



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42

Ulrike Lutz

Petra Kolip

unter Mitarbeit von Gerd Glaeske, Corinna Schach und Christel Schickanz

mit einem Vorwort von Gerd Glaeske

Die GEK-Kaiserschnittstudie

Bremen / Schwäbisch Gmünd

April 2006

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42

Die GEK-Kaiserschnittstudie

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Gmünder Ersatzkasse:

Die GEK-Kaiserschnittstudie / [Hrsg.: GEK, Gmünder ErsatzKasse.
Autorinnen: Ulrike Lutz / Petra Kolip, Institut für Public Health und
Pflegeforschung der Universität Bremen]. - Sankt Augustin: Asgard-
Verl. Hippe. 2006. (GEK-Edition; Bd. 42)
ISBN 3-537-44042-1

- Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse
Medizinisches Versorgungsmanagement
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autorinnen: Dr. med. Ulrike Lutz
Prof. Dr. phil. Petra Kolip

Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Abteilung 2 „Prävention und Gesundheitsförderung“
Grazer Str. 2, 28359 Bremen.
<http://www.public-health.uni-bremen.de>
- Verlag Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Inhalt

	Vorwort von Prof. Dr. Gerd Glaeske	5
1	Einleitung	9
2	Einflussfaktoren auf die Kaiserschnittentbindungen	15
2.1	Kaiserschnittraten	15
2.2	Ursachen für steigende Kaiserschnittraten	18
2.2.1	Kaiserschnitt: Indikationen im Wandel	18
2.2.2	Klinische und ärztliche Faktoren	20
2.2.3	Rechtliche Aspekte	24
2.2.4	Ursachen seitens der Schwangeren und ihres Partners	26
2.2.5	Gesellschaftliche Ursachen.....	29
2.3	Primärer/sekundärer Kaiserschnitt und Indikationen für eine Sectio	31
2.4	Wunschkaiserschnitt	35
2.5	Kaiserschnitt versus vaginale Geburt: Mortalität, Kurz- und Langzeitmorbidity.....	38
2.5.1	Mütterliche Mortalität	38
2.5.2	Mütterliche Morbidity.....	40
2.6	Psychosoziale Folgen des Kaiserschnitts	47
2.7	Einfluss des Geburtsmodus auf weitere Schwangerschaften.....	49
2.8	Risiken für das Kind	49
3	Fragestellung	53
4	Methoden	55
4.1	Analyse der Routinedaten (Dr. Christel Schicktanz)	57
4.2	Befragung.....	57
4.2.1	Stichprobe und Untersuchungsablauf	57
4.2.2	Fragebogen.....	58

5	Ergebnisse	63
5.1	Auswertung der GEK-Routinedaten (Dr. Christel Schick Tanz).....	63
5.1.1	Auswertung der Stammdaten.....	63
5.1.2	Regionale Verteilung.....	66
5.1.3	Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Arzneimittel-Verordnungsdaten.....	69
5.1.4	Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Ambulante Daten.....	74
5.1.5	Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Stationäre Daten.....	79
5.2	Ergebnisse der Befragung der Kaiserschnittmütter.....	81
5.2.1	Soziodemografische Angaben.....	81
5.2.2	Primäre Kaiserschnittgeburten.....	83
5.2.3	Sekundäre Kaiserschnittgeburten.....	96
5.2.3	Retrospektive Bewertung des Kaiserschnitts.....	100
5.2.4	Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt.....	102
5.2.5	Nutzung von Informationsquellen.....	107
5.2.6	Einstellungen zum Kaiserschnitt.....	110
5.3	Exkurs: Analyse von Internet-Foren zu Pro und Contra des „Wunschkaiserschnitts“ (Corinna Schach).....	116
6	Diskussion	125
7	Ausblick	145
8	Literatur	147
	Anhang: Fragebogen.....	155

Vorwort

von Prof. Dr. Gerd Glaeske

Ende des Jahres 2005 erschien eine Studie, in der aus Sicht der Patientinnen und Patienten die Gesundheitssysteme von sechs Ländern verglichen wurden – nämlich Australien, Deutschland, Großbritannien, Kanada, Neuseeland und den Vereinigten Staaten (Schoen C et al., Health Affairs, November 2005). Die deutschen Patientinnen und Patienten bewerteten ihr Gesundheitssystem am besten, forderten aber gleichzeitig am häufigsten Veränderungen bis hin zum völligen Umbau des Systems. In einem waren sich die Befragten in Deutschland aber mit allen anderen trotz der eigentlich guten Bewertung einig: Die Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten ist oftmals schlecht, die Aufklärung über medizinische Leistungen und Alternativen ist ungenügend, Probleme zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sind häufig und es kommt all zu selten zu einer Erläuterung der notwendigen Behandlungen. Vor allem aber wird bemängelt, dass sie zu einem hohen Anteil nicht in therapeutische Entscheidungen eingebunden werden – Ärztinnen und Ärzte bestimmen zum größten Teil ohne Absprache mit den Betroffenen die medizinische Intervention, ohne die Bewertung möglicher Alternativen und ohne Erläuterung der möglichen Folgen einer „verordneten“ Behandlung.

Dies ist letztlich auch das Thema der hier vorgelegten Studie. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass in Deutschland verglichen mit anderen Ländern auffällig häufig Kinder per Kaiserschnitt geboren werden – insgesamt mehr als ein Viertel mit steigender Tendenz. Gibt es hierfür medizinische Erklärungen, z.B. wenn die Mütter Diabetes haben, oder stehen hinter dieser hohen Quote Strategien der ärztlichen Professionalisierung – Hebammen dürfen schließlich keinen Kaiserschnitt durchführen –, oder stehen dahinter oder ökonomisch und zeitlich orientierte Entscheidungen. Die Abrechnung von Kaiserschnitten ist lukrativer als die Abrechnung von normalen Geburten, die zeitliche Planung von Kaiserschnitten kann Wochenendarbeit vermeiden helfen: Oder sind es

vielleicht auch die schwangeren Frauen selber, die mehr und mehr, beeinflusst von der Familie oder der öffentlichen Meinung die Geburt ihres Kindes per Kaiserschnitt wünschen, weil es angeblich einfacher und weniger belastend ist – schließlich bekommen viele prominente Schauspielerinnen und Models ihr Kinder auch auf diese Weise? Und sind alle Frauen, die einen Kaiserschnitt gewählt haben, so ausreichend aufgeklärt worden, dass sie sich mit voller Überzeugung und versehen mit den notwendigen Informationen über den Eingriff, die Folgen und die im Vergleich mit der natürlichen Geburt bestehenden Vor- und Nachteile entscheiden konnten?

Die Forderung nach shared decision making, also nach partnerInnen-schaftlichen Entscheidungsmöglichkeiten, ist eine der wichtigen Strategien in unserem Gesundheitswesen – und die oben erwähnte Studie zeigte, dass die Patientinnen und Patienten zwar unser Gesundheitswesen vergleichsweise gut einschätzen, dass es jedoch mit der Kommunikation in der ärztlichen Praxis noch relativ schlecht bestellt ist. Um hier mehr Licht ins Dunkel zu bringen und genauere Auskünfte zu erhalten, ist es der beste Weg, die Patientinnen und Patienten oder die Betroffenen selber zu fragen. Dies ist in der vorliegenden Untersuchung in breiter Weise gemacht worden, die Ergebnisse regen zum Nachdenken und Umdenken an, weil sie die internationale Vergleichsstudie bestätigen: Schwangere werden zu wenig über die Unterschiede von natürlicher Geburt und Geburt per Kaiserschnitt aufgeklärt, die Konsequenzen sind oft unklar, die Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt kommt oftmals nicht im Rahmen von shared decision making zustande, mit allen negativen Folgen für einige Frauen, die nachträglich bedauern, sich so entschieden zu haben.

Diese Untersuchung zeigt, was Versorgungsforschung leisten kann: Sie analysiert, was in der medizinischen Versorgung tatsächlich passiert, sie beschreibt die Erfahrungen der werdenden Mütter im Umgang mit dem medizinischen System und sie zeigt, wo sich die schwangeren Frauen gut aufgehoben und verstanden fühlen. Und sie zeigt, was sich verändern muss auf dem Weg zu einer partnerInnen-schaftlichen Medizin. Versorgungsforschung ist immer „aufdeckende“ Forschung, die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik und der medizinischen Versorgung

sollten die Ergebnisse als Aufforderung annehmen, Schwachstellen ausgleichen und Fehlentwicklungen abstellen. Überversorgung und Fehlversorgung muss ebenso verhindert werden wie Unterversorgung. Die auffällig hohen Kaiserschnittraten lassen den Verdacht aufkommen, dass die Entscheidung für diese Form der Geburt nicht nur aus medizinischen Gründen getroffen worden ist. Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung zum Anlass genommen werden, das Gespräch und die Aufklärung mit den schwangeren Frauen in den ärztlichen Praxen zu verbessern. Dies wäre jedenfalls ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem partnerInnenchaftlichen Gesundheitssystem.

Bremen, im April 2006

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Glaeske', written in a cursive style.

Prof. Dr. Gerd Glaeske

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren sind die Kaiserschnittraten in Deutschland wie auch in anderen Ländern stark angestiegen. Mittlerweile kommt jedes vierte Kind in Deutschland mit einem Kaiserschnitt auf die Welt, vor 10 Jahren war es nur jedes sechste (Statistisches Bundesamt, 2005). Die Ursachen für den Anstieg sind vielfältig und die Diskussion wird selbst auf Seiten der Mediziner und Medizinerinnen teilweise sehr kontrovers geführt. Auf der einen Seite stehen die Befürworter, die in den gesunkenen Sterblichkeitsraten bei Mutter und Kind die Hauptlegitimation für die Durchführung von Kaiserschnitten sehen. Sie weisen darauf hin, dass aufgrund veränderter Operations- und Narkosetechniken und einer verbesserten Infektionsprophylaxe das Komplikationsrisiko für eine Schnittentbindung soweit gesunken ist, dass die Vorteile die Risiken überwiegen. Als Extremposition formuliert diese Seite, dass in Zukunft die Sectio caesarea, der Kaiserschnitt, aufgrund dieser niedrigen Risiken zur Regelform einer Entbindung werden wird.

Auf der anderen Seite stehen die Kritiker und Kritikerinnen, die darauf aufmerksam machen, dass sich die Säuglingssterblichkeit und die kindliche Mortalität in den vergangenen Jahren nicht weiter verringert haben, obwohl die Kaiserschnittraten gestiegen sind. So zeigen die niedersächsischen Perinataldaten, dass sich der Zustand Neugeborener zwischen 1999 und 2004 im Hinblick auf Parameter wie Azidoserate¹ und 5-Minuten-Apgar-Werte² nicht verändert hat, in der gleichen Zeit aber die Sectorate von 20,6 auf 27,6% gestiegen ist (Rauskolb & Wetzlaff, 2005). Sie weisen auf das noch immer bestehende erhöhte Sterblichkeitsrisiko und auf die langfristigen gesundheitlichen Folgen (z.B. Blutungen und Narben, Thrombosen) hin und betrachten die großzügige Indikationsstellung mit Sorge. Auch psychosomatische Aspekte des

¹ Kritischer Nabelschnur-Arterien-pH-Wert

² Der von der Ärztin Viktoria Apgar entwickelte und 1953 erstmalig vorgestellte APGAR-Score erfasst fünf Vitalparameter (Herzfrequenz, Atmung, Muskeltonus, Hautfarbe und Reflexe) des Neugeborener jeweils in der 1., 5. und 10. Minute nach der Geburt mit Punktwerten.

entgangenen Geburtserlebnisses und die erschwerte Mutter-Kind-Bindung (Bonding) werden als Folgen diskutiert.

Es besteht kein Zweifel, dass ein Kaiserschnitt in vielen Fällen das Leben von Mutter und/oder Kind retten kann und dass ein geplanter Kaiserschnitt bei bestehenden Risiken oftmals die bessere Alternative ist zu einer abgebrochenen Geburt, die mit einem Notkaiserschnitt endet und auf die sich weder die Mutter noch das geburtshilfliche Personal rechtzeitig vorbereiten konnten. Es ist aber auch zu beobachten, dass sich der Katalog der so genannten „relativen Indikationen“, bei denen die Schnittentbindung nur eine von mehreren Möglichkeiten ist, ausgeweitet hat und einige Indikationen, wie z.B. Angst vor dem Geburtsschmerz, pathologische Herztöne des Kindes oder ein protrahierter, also verzögerter Geburtsverlauf, großzügiger gestellt werden als noch vor einigen Jahren.

Im Zusammenhang mit dem Anstieg der Kaiserschnittraten werden verschiedene Hypothesen diskutiert. Neben einem veränderten Risikoprofil der schwangeren Frauen (z.B. aufgrund eines gestiegenen Durchschnittsalters bei Geburt des Kindes) werden auch die stärkere Beachtung der körperlichen Folgen einer vaginalen Geburt (z.B. Verletzungen des Beckenbodens mit der Folge der Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, veränderte sexuelle Erlebnisfähigkeit), fehlende Strukturen zur Betreuung von Risikoschwangeren und die geringe Nutzung des Hebammenwissens diskutiert. Ökonomische Aspekte spielen ebenso eine Rolle wie die Krankenhausroutinen. So wird eine komplikationslose Schnittentbindung deutlich besser honoriert als eine vaginale Entbindung, und ein Kaiserschnitt ist aus Krankenhaussicht zeitlich und organisatorisch unaufwändiger, denn nach 60 Minuten ist er in der Regel abgeschlossen. So erzeugt eine komplikationslose Schnittentbindung für das Krankenhaus mehr Umsatz (ein höheres Honorar) als eine vaginale Entbindung; allerdings muss man auch sehen, dass die mittlere Verweildauer im Krankenhaus nach einem komplikationslosen Kaiserschnitt mit 6,3 Tagen angegeben wird, während sie nach einer komplikationslosen vaginalen Entbindung nur 3,8 Tage beträgt. (Quelle: Vergleich der G-DRG-Entbindungsfallepauschalen O01E und O60D für 2006).

Auch auf die veränderten geburtshilflichen Fähigkeiten wird immer wieder verwiesen: Viele Ärzte und Ärztinnen beherrschen die einschlägigen Techniken, z.B. zur Entbindung einer Beckenendlage („Steißlage“) nicht mehr, weil diese Entbindungen nur noch selten auf natürlichem Wege durchgeführt werden. Besonders prägend sind aber die forensischen Gründe, auf die MedizinerInnen immer wieder hinweisen. Die Zahl der Prozesse wegen nicht erfolgter geburtsmedizinischer Interventionen (mit der Folge kindlicher Schädigungen) ist gestiegen, die durchschnittlichen Schadenssummen belaufen sich auf etwa 100.000 € pro Fall. Dies führt zu einem defensiven Vorgehen in der Geburtshilfe, das auch bei kleinsten Anzeichen eines pathologischen Verlaufs einen Kaiserschnitt die vertretbarste Option werden lässt. Die Angst vor einer forensischen Problematik spiegelt sich in der von GynäkologInnen formulierten Beobachtung wider, dass Frauen heute weniger als früher bereit sind, Risiken einzugehen, insbesondere dann, wenn das Kind ein Wunschkind ist, das vergleichsweise spät im Lebenslauf und vielleicht mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Verfahren (z.B. in Vitro-Fertilisation) gezeugt wurde.

Als neues Argument wird in jüngster Zeit in der Diskussion die veränderte Einstellung von Frauen zur Geburt genannt. Frauen werden als Kundinnen des Gesundheitssystems wahrgenommen, die sich selbstbestimmt für den Geburtsmodus entscheiden. Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt – gegebenenfalls auch ohne medizinische Indikation (so genannter „Wunschkaiserschnitt“) – wird als legitimer Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der schwangeren Frau wahrgenommen: „mein Bauch gehört mir“ in postmoderner Variante. Angeregt durch das Vorbild prominenter Frauen, so das Argument, sehen Frauen den Kaiserschnitt nicht mehr als letzte Notlösung bei einer regelwidrig verlaufenden Geburt, sondern als eine von mehreren Möglichkeiten, das eigene Kind auf die Welt zu bringen. In der Tat: Kaum eine Woche vergeht, in der nicht in der Zeitung über die Geburt einer Prominenten berichtet wird, selbstverständlich per Kaiserschnitt und ohne medizinische Indikation. So wurden den Zeitungsberichten zufolge die Kaiserschnittgeburten von Victoria „Posh“ Spice mit dem Terminkalender ihres Ehemanns David Beckham abgestimmt, und Britney Spears begründet die Entscheidung zur Schnittentbindung laut „Elle“ damit, dass sie von ihrer Mutter gewarnt worden sei, dass die Geburt „das Schmerzhafte war,

das sie je erlebt hat“. Dass Heidi Klum auch ihr zweites Kind vaginal entbunden hat, ist so unglaublich, dass die BILD-Zeitung ihrem Erstauen in dem Satz „Angeblich wieder kein Kaiserschnitt!“ Ausdruck verleiht.

Die Einschätzungen, inwieweit der Wunschkaiserschnitt zum Anstieg der Sectoraten beiträgt, sind heterogen. Einige Ärztinnen und Ärzte formulieren, dass sie einer Schnittentbindung ohne Indikation eigentlich kritisch gegenüber stehen, aber von schwangeren Frauen und ihren Partnern inzwischen als Dienstleister wahrgenommen und zu einer Indikationsstellung genötigt werden, so dass sie sich dem Wunsch der werdenden Mütter nicht entziehen können. Andere wiederum sehen hierin den Versuch ihrer FachkollegInnen, die Hierarchien in der ärztlichen Praxis auszublenden und die Verantwortung auf die Frauen abzuwälzen.

Interessanterweise werden die Frauen selbst nur selten befragt. Wie häufig ist überhaupt ein „Wunschkaiserschnitt“? Welche Gründe spielen hier eine Rolle? Wie wird die Entscheidung zu einem Kaiserschnitt – wenn er vor Eintreten der Wehen oder unter der Geburt durchgeführt wird – gefällt? Inwieweit sind Frauen und ihre Partner hier im Sinne einer gemeinschaftlichen Entscheidung eingebunden? Möchten sie mehr eingebunden werden oder überlassen sie die Entscheidung gerne den ÄrztInnen und Hebammen? Wie gut fühlen sich Frauen auf einen Kaiserschnitt vorbereitet und welche Informationsquellen nutzen sie? Wie stehen sie zum Kaiserschnitt und ändert sich die Meinung, sobald eine Sectio bei ihnen durchgeführt wurde? Welche Vor- und Nachteile sehen Frauen und wie ist ihre Meinung zu der Frage, dass die Krankenkasse auf jeden Fall einen Kaiserschnitt bezahlen sollen, auch wenn keine medizinischen Gründe dafür vorliegen?

Diese und andere Fragen werden mit der GEK-Kaiserschnittstudie beantwortet. Im Sommer 2005 erhielten 2.800 GEK-versicherte Frauen, die im Jahr 2004 ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht haben, vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen einen 10-seitigen Fragebogen. Hier fragten wir nach den Gründen für den Kaiserschnitt und die Entscheidungsfindung, zur Einstellung zum Kaiserschnitt, insbesondere dem Wunschkaiserschnitt, sowie zu den Erfahrungen und dem Informationsbedürfnis. 1.339 Frauen, das sind

48%, schicken den Fragebogen zurück. Diese im Vergleich zu anderen Studien hohe Rücklaufquote signalisiert ein hohes Interesse der befragten Mütter, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Hierfür möchten wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bedanken. Die Teilnahme an einer solchen Studie ist nicht selbstverständlich, sie kostet Zeit und Mühe. Umso mehr sind wir froh, mit den Ergebnissen ein wenig Licht ins Dunkel bringen zu können. Viele Frauen haben die Rückseite des Fragebogens genutzt, um ausführlich ihre Meinung darzulegen und ihre Erfahrungen zu schildern. Diese Anmerkungen waren uns hilfreiche Anregungen, um Schlussfolgerungen und Konsequenzen für eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt zu formulieren. Einige der Anmerkungen sind als Zitate in diesen Bericht eingeflossen.

Wir bedanken uns an dieser Stelle ebenfalls herzlich bei Dr. Christel Schick Tanz aus der Abteilung Versorgungs- und Arzneimittelanwendungsforschung des IPP, das von Prof. Dr. Gerd Glaeske geleitet wird. Sie hat die Daten zu den Kaiserschnittentbindungen mit jenen normaler Geburten verglichen. Wir bedanken uns ebenfalls bei der Frauenärztin Corinna Schach, die das Kapitel zu den Internetforen verfasst hat. Alex Veit und Stefanie Schmidt haben als studentische Hilfskräfte die Fragebögen eingegeben und uns bei der Literatursuche unterstützt, auch ihnen gilt unser herzlichster Dank. Unseren Kolleginnen Oda von Rahden und Barbara Baumgärtner danken wir für ihren fachwissenschaftlichen Rat aus Hebammensicht.

Von besonderer Bedeutung für dieses Buch war das Interesse und Engagement der GEK, ohne deren ideelle und materielle Förderung seine Entstehung nicht denkbar gewesen wäre. Wir bedanken uns bei allen, die UNS im Hause der GEK bei der Durchführung der Studie und Erstellung des Textes aktiv unterstützt haben.

Bremen, im April 2006

Dr. med. Ulrike Lutz & Prof. Dr. phil. Petra Kolip

2 Einflussfaktoren auf die Kaiserschnittentbindungen

2.1 Kaiserschnittraten

Hintergrund der Diskussion um die Notwendigkeit und Begründung von Kaiserschnitten ist die Beobachtung, dass die Sectioraten in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen sind. Sie haben sich in den letzten 20 Jahren in den meisten Ländern der industrialisierten Welt mindestens verdoppelt und schwanken heute weltweit zwischen unter 10% und rund 40% (Husslein in Huch, 2001). Im Ländervergleich zeigt sich eine starke Korrelation zwischen Bruttosozialprodukt und Kaiserschnitt-raten. Dass neben medizinischen Gründen auch sozioökonomische Faktoren einen maßgeblichen Einfluss auf die Kaiserschnitt-raten haben können, wird an folgendem Beispiel deutlich: So ist beispielsweise in England, Amerika, vor allem aber in Brasilien die Sectiofrequenz bei Privatpatientinnen signifikant höher als bei allgemein versicherten Frauen (in einigen Privatkliniken Brasiliens bis >80%) (Schücking, 2004).

Tab. 2.1: Entwicklung der Kaiserschnitt-raten seit 1991 in Deutschland und ausgewählten westlichen Ländern

Jahr	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Spanien	USA
1991	15,2	7,7	12,5	15,0	
1996	17,6	10,1	12,7	19,3	20,7
2001	22,0	13,6	15,6	---	
2003*	25,5				27,5

Quelle: WHO Health Data 2004: Kaiserschnittentbindungen bezogen auf Lebendgeborene in % (* für Deutschland bezogen auf Krankenhausgeburten in % (Statistisches Bundesamt 2005), für USA: bezogen auf alle Geburten in % (CDC, 2005)

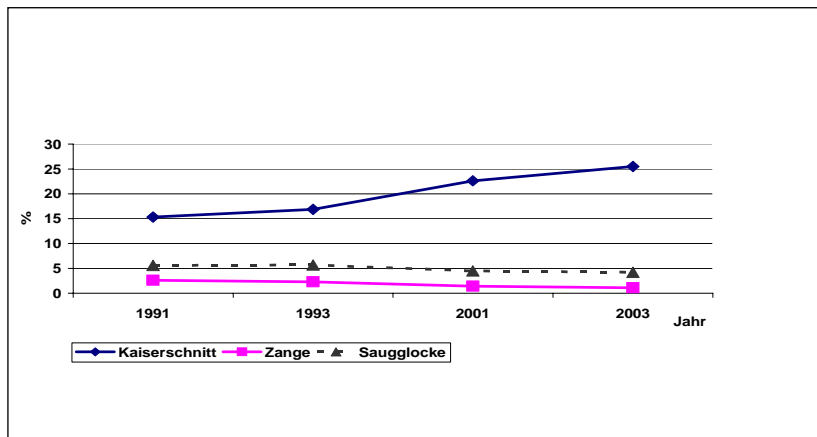


Abb. 2.1: Entwicklung der Kaiserschnitttrate und vaginal-operativer Entbindungsverfahren seit 1991 (in % aller Klinikentbindungen). Quelle: www.gbe-bund.de

Aber auch in ähnlichen politischen und ökonomischen Systemen wie Deutschland und den Niederlanden können die Kaiserschnitttraten stark differieren (vgl. Tab. 2.1). Ursächlich dafür ist zumindest teilweise ein kulturell begründeter unterschiedlicher Medikalisierungsgrad. Die ausgesprochen starke Stellung der Hebamme im niederländischen Gesundheitssystem hat zur Folge, dass in den Niederlanden viel mehr Hausgeburten stattfinden als in anderen Ländern Europas. Traditionell wird hier die Geburt als natürlicher Vorgang betrachtet, der lieber „gezellig thuis“, also in der vertrauten Umgebung des eigenen Heims stattfinden sollte, als in der unpersönlichen Atmosphäre eines Krankenhauses. Auch finanziell wird die Hausgeburt gefördert. Frauen, die bei unkomplizierter Schwangerschaft lieber im Krankenhaus gebären wollen, müssen einen Eigenanteil von derzeit etwa 70 Euro bezahlen (<http://www.unimuenster.de/HausDerNiederlande>). Die zahlreichen Hausgeburten (ein Drittel der Geburten sind Hausgeburten) sind aber auch ein äußeres Zeichen eines strukturellen Unterschiedes zu anderen Gesundheitssystemen. In den Niederlanden gilt das „Hausarztprinzip“: Niederländische Patienten und Patientinnen entscheiden sich für einen Hausarzt, der sie betreut und die Inanspruchnahme eines Facharztes oder einer Fachärztin steuert. Und während die Schwangerenvorsorge in Deutschland zum

größten Teil in den Händen von FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe liegt, erfolgt die Betreuung in den Niederlanden durch die Hebamme und den Hausarzt. Dort entscheiden deshalb primär die Hebamme und in geringerem Maße der Hausarzt, ob eine Frau zuhause oder in einer Klinik entbinden darf (Brezinka, 1998).

Im Jahr 2003 haben 687.500 Frauen in deutschen Krankenhäusern entbunden (Krankenhausentbindungen 98,7% aller Entbindungen). Laut statistischem Bundesamt wurde bei 25,5% dieser Frauen ein Kaiserschnitt durchgeführt. Zehn Jahre zuvor lag dieser Anteil noch bei 16,9%. Während sich der Anteil der Kaiserschnittgeburten an allen Entbindungen von 1993 bis 2003 kontinuierlich erhöhte, nahm der Anteil anderer geburtshilflicher Maßnahmen leicht ab: Im Jahr 2003 wurden nur noch 1,1% aller Frauen durch Zangengeburt und 4,2% mittels Saugglocke entbunden (Abb. 2.1).

Tab. 2.2: Entwicklung der Kaiserschnittraten in den 17 Bundesländern von 1993 bis 2003 (Quelle: www.gbe-bund.de)

Bundesland	1993	1998	2003
Schleswig-Holstein	15,5	18,2	24,4
Hamburg	18,4	19,1	26,1
Niedersachsen	17,1	19,0	24,5
Bremen	17,4	18,6	27,3
Nordrhein-Westfalen	19,2	19,6	25,9
Hessen	19,6	21,3	27,9
Rheinland-Pfalz	19,3	20,3	27,7
Baden-Württemberg	17,4	18,9	26,4
Bayern	17,7	- - -	25,9
Saarland	20,3	24,0	29,9
Berlin	14,6	14,0	20,0
Brandenburg	13,2	15,2	19,9
Mecklenburg-Vorpommern	14,3	13,9	21,1
Sachsen	12,5	14,2	18,9
Sachsen-Anhalt	- - -	15,2	18,8
Thüringen	12,5	14,5	27,0
Deutschland gesamt	17,8	18,6	25,1

Analysen der Perinataldaten aus verschiedenen Bundesländern zeigen, dass die Kaiserschnittraten regional schwanken. Dies verweist auf unterschiedliche Risikoklientele einerseits und offenbar bestehende Handlungsspielräume für oder gegen einen Kaiserschnitt andererseits (siehe Tab. 2.2).

2.2 Ursachen für steigende Kaiserschnittraten

2.2.1 Kaiserschnitt: Indikationen im Wandel

Was sind aber nun die Gründe für den stetigen Anstieg der Kaiserschnittraten?

Noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts war ein Kaiserschnitt eine risikoreiche Operation mit einer hohen mütterlichen Komplikations- und auch Sterblichkeitsrate und wurde nur als letzte Maßnahme durchgeführt, wenn es darum ging, das Leben der Mutter bei Komplikationen unter der Geburt zu retten. Erst durch verschiedene medizinische Entwicklungen wurden Voraussetzungen geschaffen, durch die sich die Geburtshilfe dramatisch verändern konnte. Mit immer sicherer werdenden Operations- und Narkoseverfahren, Blutersatz und Infektionsprophylaxe wurden die Geburtshelfer in die Lage versetzt, einen Kaiserschnitt nicht erst zur Rettung aus akuter Gefahr, sondern bereits zur Abwendung einer voraussehbaren oder drohenden Gefahr durchzuführen.

Die Geburtshilfe wandelte sich zur Geburtsmedizin und die medizinischen-apparativen Techniken wurden zunächst als Bereicherung und Verbesserung empfunden und in den Klinikalltag übernommen. Mit medizintechnischen Neuerungen war ein Perspektivenwechsel verbunden: Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt fiel nicht mehr nur vor dem Hintergrund einer Gefährdung des mütterlichen Lebens, sondern das Wohl des Kindes rückte verstärkt in das Zentrum des Interesses.

In den 1960er Jahren wurden medizintechnische Methoden entwickelt, die es erlaubten, den Zustand des ungeborenen Kindes zu untersuchen

(Kardiotokographie (CTG)³, Mikroblooduntersuchung⁴), damit wurde eine neue Grundlage für geburtshilfliche Entscheidungen geschaffen. Es kam nun erstmalig zu Schnittentbindungen bei kindlicher Gefährdung. Im Laufe der Zeit weiteten sich die präventiven Indikationen bei fetaler Gefährdung oder protrahierter Geburt immer weiter aus. Zusätzlich haben Thromboseprophylaxe und die Antibiotikatherapie Morbidität und Mortalität der Mutter so weit gesenkt, dass das Risiko, bei einer Geburt sterben zu können, heute aus dem öffentlichen Bewusstsein fast völlig verschwunden ist.

Die durch Fortschritte in der Intensivtherapie extrem verbesserten Überlebenschancen von Frühgeborenen führten ebenfalls zu Veränderungen. Während 1975 aus kindlicher Indikation selten vor der 34. Schwangerschaftswoche (SSW) eingegriffen wurde, in den 1980er Jahren ein Überleben der frühgeborenen Kinder bereits ab der 28. SSW möglich war, werden mittlerweile ab der 25. SSW Kaiserschnitte aus kindlicher Indikation durchgeführt. Auch bei anderen Indikationen wird sehr viel großzügiger mit einer Schnittentbindung verfahren. Am Beispiel der Beckenendlage („Steißlage“) lässt sich zeigen, dass hier verschiedene Faktoren ineinander greifen, die dazu geführt haben, dass die vaginale Entbindung bei Beckenendlage heute ein sehr seltenes Ereignis im Kreißsaal geworden ist. Die vaginale Entbindung bei Beckenendlage verlangt nach besonderen geburtshilflichen Fähigkeiten, die junge Ärztinnen und Ärzte heute in der Ausbildung selten erwerben. Die Geburt gilt als risikoreich, und aus forensischen Gründen fällt die Entscheidung häufig schnell zugunsten einer Sectio. Auch die Frauen und ihre Partner sind seltener bereit, das Risiko zu tragen, auch weil der Kaiserschnitt inzwischen risikoärmer ist als noch vor einigen Jahren. Vor die Wahl

³ Mit der Kardiotokographie werden in der Schwangerschaft bzw. unter der Geburt die Herzfrequenzmuster des Kindes und die Wehen synchron aufgezeichnet. Aus den gewonnenen Aufzeichnungen können Hinweise auf mögliche Gefährdungen für das Kind im Mutterleib abgeleitet werden (z.B. Hinweise auf eine mangelnde Durchblutung des Mutterkuchens).

⁴ Mit einer Mikroblooduntersuchung (MBU) von der Kopfschwarte des ungeborenen Kindes kontrolliert man dessen Säuregehalt (pH-Wert) während der Geburt. Sinkt der pH-Wert in einen kritischen Bereich, muss das Kind möglichst zügig geboren werden.

gestellt, einen Kaiserschnitt von einem routinierten Geburtshelfer oder einer vaginalen Entbindung durch einen Arzt, der damit wenig Erfahrung hat, durchführen zu lassen, lässt schnell die Entscheidung zugunsten der Sectio fallen – der Kreis schließt sich. An den meisten Kliniken in Deutschland ist mittlerweile, unabhängig davon, ob es das erste Kind ist oder nicht, bei Beckenendlage des Kindes der Kaiserschnitt der einzige Entbindungsmodus (Hasbargen, 2003). Dies führt dazu, dass der Anteil der Schnittentbindungen bei Beckenendlage inzwischen bei über 90% liegt (BQS, 2004).

Auch zur Prävention von möglichen geburtsassoziierten Langzeitschäden wie Inkontinenz und Sexualstörungen, ist der Kaiserschnitt eine praktizierte Alternative zur normalen Geburt geworden. Spätestens seit einer britischen Untersuchung, in der Gynäkologinnen zu ihrem persönlich bevorzugten Geburtsmodus befragt wurden, wird das Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frau bei der Entscheidung für einen Geburtsmodus breit in der Öffentlichkeit diskutiert (Al Mufti et al., 1996). Auf diese Studie werden wir weiter unten noch näher eingehen. Die skizzierten Gründe sollen in den folgenden Abschnitten ausführlich diskutiert werden, um die Komplexität des Ursachenbündels zu verdeutlichen.

2.2.2 Klinische und ärztliche Faktoren

Die starke Technisierung der Geburtshilfe in den letzten Jahrzehnten hat die Kaiserschnittsraten ansteigen lassen. Die technische Überwachung der Schwangerschaft und des Geburtsverlaufs bietet zwar die Sicherheit, dass problematische Entwicklungen frühzeitig erkannt werden, sie bergen aber auch die Gefahr, dass schon geringe Normabweichungen der beobachteten Parameter (z.B. kindliche Herztöne) pathologisiert werden und die Schwelle für Interventionen sinkt. Von besonderer Bedeutung sind hier das CTG sowie die Gewichtsschätzung des Ungeborenen per Ultraschall. Die CTG-Überwachung unter der Geburt, die bei nahezu 100% aller Gebärenden in einer Klinik durchgeführt wird, hat zwar eine hohe Sensitivität, das heißt, sie ist sehr gut in der Lage, eine fetale Zustandsverschlechterung anzuzeigen, auf der anderen Seite steht diesem Vorteil aber die geringe Spezifität gegenüber, was sich in

einer hohen Anzahl falsch positiver Befunde ausdrückt. So gehen nur 15-20% der als pathologisch gewerteten CTG-Befunde tatsächlich mit einer fetalen Geburtsazidose einher (Gnirs, 2000). Werden pathologische CTG-Befunde nicht durch Zusatzuntersuchungen, wie Mikroblutuntersuchungen, abgeklärt (was nicht immer möglich ist), ist ein Kaiserschnitt oft die Folge (DGGG-Leitlinie: Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt, 2004).

An zweiter Stelle steht der breite Einsatz der Ultraschalldiagnostik in der Schwangerenvorsorge. Hierdurch können einige fetale Erkrankungen schon vor der Geburt diagnostiziert werden, bei denen dann aus Sicherheitsgründen ein Kaiserschnitt durchgeführt wird, um das Kind nicht zu gefährden. Zu nennen sind hier z.B. fetale Herzfehlbildungen, Bauchspalten oder Zwerchfelldefekte. Verbreitet ist aber mittlerweile auch die kindliche Gewichtsschätzung per Ultraschall am Geburtstermin, da mit zunehmendem kindlichem Geburtsgewicht sowohl die kindlichen als auch die mütterlichen Komplikationsraten steigen. Doch auch diese Untersuchungsmethode ist nicht sehr zuverlässig, wenn es darum geht sehr schwere und große Kinder sicher zu erkennen, und normgewichtige Kinder gewichtsmäßig nicht zu überschätzen. Die möglichen Gefahren der fetalen Makrosomie⁵ sind Verletzungen der mütterlichen Geburtswege und kindliches Trauma, bedingt durch einen protrahierten Geburtsverlauf und erschwerte operative Entbindung. Verschiedene Untersucher konnten zeigen, dass bei falsch-positiver Ultraschalldiagnose einer Makrosomie eine erhöhte Tendenz zum Kaiserschnitt besteht, verglichen mit einer Kontrollgruppe mit vergleichbaren tatsächlichen Kindsgewichten, aber ohne vorherige Ultraschallmessung (Levine et al., 1992).

Auch medikamentöse Geburtseinleitungen (z.B. wegen Terminüberschreitung oder eines Fruchtblasensprungs vor Wehenbeginn) haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Verschiedene Untersucher konnten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Kaiserschnitt nach

⁵ Makrosomie („Großwuchs“): Geburtsgewicht des Kindes liegt über der 90er Perzentile der Gewichte aller Kinder des entsprechenden Schwangerschaftsalters. Bei reifgeborenen Kinder spricht man allgemein von Makrosomie bei einem Geburtsgewicht > 4000g.

Geburtseinleitung erhöht ist, im Vergleich zu Geburtsverläufen ohne medikamentöse Einleitung (Maslow et al., 2000; Yeast et al., 1999). Sehr häufig werden Kaiserschnitte mit der Indikation „protrahierte Geburt“ und „Geburtsstillstand“ vorgenommen. Eine protrahierte Geburt ist nicht selten Folge einer ungünstigen Interventionskaskade, wie z.B. Geburtseinleitung, Periduralanästhesie, Wehentropf bei Wehenschwäche, mütterlicher Erschöpfung, und nicht zu vergessen auch Ungeduld der Geburtshelfer. Insbesondere die ärztliche Ausbildung ist auf „Handeln“ ausgelegt. „Abwarten“ wird nicht gelehrt und nicht belohnt. Im Gegensatz zur Hebamme sind die Ärzte und Ärztinnen auch seltener bei einem unkomplizierten Geburtsverlauf im Kreißsaal anwesend, sondern erst wenn Besonderheiten auftreten. Die Überbetonung potentieller geburtshilflicher Risikosituationen und die Angst vor Regressansprüchen können zu Aktionismus auch bei unkomplizierten Geburtsverläufen führen. Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung unter der Geburt senkt dagegen das Risiko, per Kaiserschnitt zu entbinden und steigert die Zufriedenheit der Gebärenden mit dem Geburtsverlauf (Hodnet et al., 2003).

Als Ursache für steigende Kaiserschnittraten werden auch systembedingte Ursachen diskutiert. Für eine Klinik sind vaginale Geburten, verglichen mit Kaiserschnittentbindungen, mit einem höheren Personal- und Organisationsaufwand verbunden. Während ein geplanter Kaiserschnitt nach etwa 60 Minuten abgeschlossen ist, kann eine vaginale Geburt auch 10 oder mehr Stunden dauern. In diesem Zeitraum müssen Hebammen und Gynäkologen, Narkose- und Kinderärzte sowie OP-Schwestern/-Pfleger jederzeit kurzfristig verfügbar sein. Gerade für Kliniken mit kleineren geburtshilflichen Abteilungen kann das erhebliche organisatorische Schwierigkeiten bereiten. Bei einer differenzierten Analyse der Kaiserschnittraten in niedersächsischen Geburtskliniken durch Rauskolb und Wenzlaf (2005) konnte gezeigt werden, dass im Jahr 2004 nur noch 6,9% der Kliniken eine Sectorate unter 20% aufwiesen, insbesondere aber Kliniken und Belegabteilungen mit weniger als 500 Geburten an dem Anstieg der Kaiserschnittraten überproportional beteiligt waren (Sectoraten bis 50%).

Derzeit ist auch die Vergütung von vaginalen Geburten und Kaiserschnittentbindungen noch unterschiedlich. Für einen einfachen Kaiserschnitt erhält eine Klinik 78% mehr Geld,⁶ hat allerdings aufgrund der längeren Liegezeit in der Klinik einen höheren Aufwand. Insbesondere Privatpatientinnen werden viel häufiger durch Kaiserschnitt entbunden als gesetzlich versicherte Schwangere. Zwar werden in deutschen Krankenhäusern die Leistungen für GKV-Versicherte, PKV-Versicherte und Selbstzahler per Gesetz gleich vergütet, aber unter den Privatversicherten ist ein höherer Anteil von Personen, die zusätzlich über eine Versicherung verfügen, die die Mehrkosten von Wahlleistungen wie Chefarztbehandlung und 2-Bettzimmer trägt. Dies könnte einen Anreiz darstellen, bei PKV-versicherten Frauen eher einen Kaiserschnitt durchzuführen.

Auch führen abnehmende Geburtenzahlen zur Verschärfung des Wettbewerbs der Kliniken untereinander. So sind eben nicht nur Angebote wie Wassergeburt oder Familienzimmer wichtige Marketinginstrumente der Kliniken, sondern es wird auch dem Wunsch der Frauen nach einer Kaiserschnittgeburt sicherlich schneller nachgegeben, um die schwangeren Frauen nicht an die Konkurrenz zu verlieren.

Die steigenden Kaiserschnittsraten z.B. bei Beckenendlagegeburten oder Zwillingschwangerschaften führen dazu, dass in der Weiterbildung der jungen Geburtshelfer alternative vaginal-operative Entbindungsverfahren nicht mehr ausreichend gelehrt und geübt werden können. Die zukünftige Generation von Geburtshelfern wird nicht mehr über die nötige Erfahrung verfügen, so dass schließlich auch risikoarme vaginal zu entbindende Zwillings- oder Steißlagenschwangerschaften per Kaiserschnitt entbunden werden müssen.

Es findet immer größere Akzeptanz, dass gerade die einfach zu beherrschende Kaiserschnitttechnik sinnvoller in der Anwendung und eher im Interesse von Mutter und Kind sei als jedes andere mäßig schwierigere

⁶ berechnet auf der Basis der Relativgewichte 2006 G-DRG O60D „Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose“ [0,554] und O01E „Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen“ [0,984]

vaginal-operative Verfahren (z.B. Saugglocke oder Zange). Begünstigt hat das auch die Verbreitung der modernen Operationstechnik, der so genannten „sanften Sectio“. Der „sanfte Kaiserschnitt“ beruht auf der Technik, dass möglichst viele Gewebestrukturen gedehnt oder stumpf präpariert werden. Im Bereich der Geburtshilfe hat diese Technik Dr. Michael Stark vom Misgav-Ladach Hospital/Jerusalem etabliert, deshalb wird diese Technik oft auch als Misgav-Ladach-Sectio bezeichnet. Vorteile dieser Operationsmethode liegen in der Verkürzung der reinen Operationszeit auf ca. 15 bis 20 Minuten (gegenüber 45 Minuten bei der klassischen Sectio), der Schonung von Blutgefäßen und Nervenbahnen mit geringerem Blutverlust und geringeren postoperativen Wundschmerzen. Der Ausdruck „Sanfte Sectio“ bagatellisiert allerdings den Eingriff, denn wie bei jeder Operation wird auch bei dieser Technik vorher intaktes Gewebe verletzt, mit allen möglichen Risiken, wie Infektionen, Nachblutungen und Verwachsungen.

2.2.3 Rechtliche Aspekte

In der Medizin gilt die Geburtshilfe als Hochrisikomedizin mit den höchsten Haftpflichtversicherungsprämien und teuersten Schadensfällen. Häufig werden in Gutachten und vor Gericht Schäden beim Neugeborenen und beim Kleinkind auf mangelnde Überwachung unter der Geburt und einen versäumten Kaiserschnitt zurückgeführt. So werden auch die meisten Haftpflichtansprüche wegen des „nicht“ oder „zu spät“ vorgenommenen Kaiserschnittes gestellt. In den USA sind Kunstfehlerprozesse umso häufiger, je niedriger die Kaiserschnittquote der jeweiligen Klinik ist. Auch in Deutschland ist die Entwicklung der letzten Jahre vor allem gekennzeichnet durch eine Zunahme gemeldeter Schadensfälle sowie durch eine enorme Steigerung des durchschnittlichen Schadenaufwandes pro Fall. Bis zu 2 Mio. € werden für schwere Geburtsschäden ausgereicht (Dierks, 2001) und die durchschnittliche Schadenssumme beläuft sich auf etwa 100.000 € pro Fall. Den ersten Platz der Schadensursachen nehmen dabei die kindlichen Hirnläsionen ein. Die Hirnschädigung eines Kindes am Lebensanfang mit schweren Behinderungen kann

lebenslange Zahlungen durch die Versicherungsgesellschaften nach sich ziehen.

Eine weitere gefürchtete, wenn auch seltene Komplikation bei vaginaler Geburt ist die Schulterdystokie⁷ des Kindes. Die hohe Rate kindlicher Schäden führt auch hier häufig zu juristischen Auseinandersetzungen. Die Norddeutsche Schlichtungsstelle führt an, dass unter 100 bearbeiteten geburtshilflichen Ansprüchen 16% aufgrund einer Schädigung durch Schulterdystokie gestellt werden (www.schlichtungsstelle.de/daten/fallbsp7.htm).

Der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung einer Schulterdystokie ist das kindliche Geburtsgewicht. Die Häufigkeit wird bei einem Geburtsgewicht von 4000g mit 2% angegeben und bei einem Gewicht von 4500g mit 10%. Allerdings ist eine Vorhersage nicht möglich. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird angegeben, dass bei sonographisch geschätztem Kindsgewicht von >4500g zusätzlich 132 Kaiserschnittentbindungen erforderlich wären, um 5 Fälle einer Schulterdystokie zu verhindern (DGGG-Leitlinie: Empfehlung zur Schulterdystokie, 2004). Trotz dieser eher ungünstigen Nutzenabwägung empfiehlt die DGGG, jede Schwangere mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie nicht zuletzt aus forensischen Gründen über die Risikosituation und die Möglichkeit einer Schnittentbindung aufzuklären. Hierzu auch ein Zitat vom OLG Frankfurt (v. 11.12.2003) über die ärztliche Aufklärung bei Verdacht auf kindliche Makrosomie: *„Bei einem Geburtsgewicht von möglicherweise 4000g oder mehr hat der Arzt die Gebärende über die der Vaginalgeburt inhärente Gefahr einer Schulterdystokie aufzuklären, auch wenn er selbst eine Sectio Caesaris für nicht indiziert erachtet, denn es ist allein Sache der Mutter zu entscheiden, welche Art der Entbindung sie wählt.“* (in: Krause & Feige, 2005).

Die laufend steigende Zahl der Schäden und insbesondere der wachsende Schadensumfang haben aber auch einen Rückzug der Versiche-

⁷ „Steckenbleiben“ des Kindes (nach Geburt des Kopfes) mit der Schulterbreite im Beckeneingang oder auf dem Beckenboden. Folgen können neurologische Verletzungen des Kindes und Hirnschädigungen durch Sauerstoffmangel sein.

rungsgesellschaften vom Markt zur Folge. So sind gegenwärtig nur noch sehr wenige Versicherungen überhaupt bereit, Krankenhäuser und Ärzte gegen berufliche Risiken zu versichern. Tritt ein Schadensfall ein, verlieren die Krankenhäuser oder Ärzte dann oftmals auch den zukünftigen Versicherungsschutz. Diese Entwicklung führt immer stärker zu einer Defensivmedizin, bei der die juristische Absicherung der Geburtshelfer im Vordergrund steht und nicht die Interessen der gebärenden Frauen.

„Meine ganz persönliche – und absolut negativ geprägte Meinung ist, dass sehr viele Kaiserschnitte von den Ärzten ausgehen. Ich bin definitiv zum zweiten Kaiserschnitt gedrängt worden! Mit ziemlich üblen Horrorgeschichten, was bei diesem „großen“ Kind alles passieren könnte – von gebrochener Schulter über bleibende Nervenschäden.“⁸

2.2.4 Ursachen seitens der Schwangeren und ihres Partners

Ein Teil der steigenden Kaiserschnittraten geht sicherlich auf das Konto veränderter medizinischer Bedingungen bei Schwangerschaft und Geburt: Die Schwangeren sind im Durchschnitt älter, was häufiger zu Schwangerschaftskomplikationen wie z.B. Schwangerschaftsdiabetes und Bluthochdruck führt. Das Durchschnittsalter für das erste Kind liegt heute mit knapp 30 Jahren rund fünf Jahre höher als noch 1960.

Mittlerweile werden die meisten Kinder von Frauen im Alter von 30 bis etwa 37 Jahren geboren. Da nun das Zeitfenster, in dem Kinder geboren werden, kürzer ist, ist insgesamt auch die Wahrscheinlichkeit für die Frau, ein zweites oder drittes Kind zu bekommen, reduziert. Vor diesem Hintergrund wird möglicherweise auch den erheblichen Risiken bei weiteren Schwangerschaften und Geburten nach einmal durchgeführtem Kaiserschnitt keine sehr hohe Bedeutung zugemessen.

„Bei der Geburt meiner Tochter war ich 40 Jahre. Da denkt man anders als junge Mütter.“

⁸ Viele der mit dem GEK-Fragebogen angeschriebenen Kaiserschnittmütter nutzten die Rückseite des Fragebogens für persönliche Anmerkungen und Schilderungen. Zitate daraus sind in den folgenden Abschnitten eingestreut.

Auch können heutzutage teilweise Frauen mit chronischen Erkrankungen, wie Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder Nierenerkrankungen relativ sicher eine Schwangerschaft erleben. Bei vielen dieser Frauen wird dann auch aus Sicherheitsgründen am Ende der Schwangerschaft ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Frauen, die sich für ein Leben mit Kindern entscheiden, müssen nach wie vor erhebliche Nachteile am Arbeitsmarkt und bei der zukünftigen Rentenberechnung hinnehmen. Aus diesen Gründen schieben viele, insbesondere gut ausgebildete Frauen ihren Kinderwunsch auf; oft bis es zu spät ist. Parallel zur steigenden Kinderlosigkeit in Deutschland hat sich daher die Reproduktionsmedizin etabliert, die mittlerweile zu knapp 2% aller Geburten beiträgt. Doch die Zunahme der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen hat nun wieder einen Einfluss auf die Kaiserschnitttrate. Die Wahrscheinlichkeit, per Kaiserschnitt geboren zu werden, ist für Kinder aus künstlicher Befruchtung deutlich erhöht im Vergleich zu Kindern aus spontanen Schwangerschaften (Shevell et al., 2005). Die Autoren dieser Studie vermuten, dass die Ursachen dafür weniger medizinischer Natur sind, sondern dass die Schwangeren ängstlich sind und die Geburtshelfer mit diesen Frauen anders umgehen. Auch führen über 40 Prozent aller künstlich erzielten Schwangerschaften zu Mehrlingsschwangerschaften mit deutlich erhöhten Komplikations- und Kaiserschnitttraten.

„Ich bin sehr froh, ein gesundes Kind per Kaiserschnitt entbunden zu haben, nachdem ich erst durch eine IVF [in vitro-Fertilisation=Künstliche Befruchtung] schwanger geworden bin. Da mein Kind sehr groß war wollte ich auf keinen Fall durch einen zu engen Geburtskanal etc. die Gesundheit des Kindes gefährden. Ich würde immer wieder so entscheiden, obwohl ich viel lieber „normal“ entbunden hätte.“

Das Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Schwangeren und ihrer Partner ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Bergmann et al. (2000) zeigten in einer Befragung junger Eltern über ihre Erwartungen an die Entbindung, dass für die Wahl der Geburtsklinik die hohen medizinischen Standards an erster Stelle standen. Die Schwangerschaft und insbesondere das Ereignis „Geburt“ sind mit hohen Erwartungen auf Seiten der werdenden Eltern besetzt. Der Artikel *„Wie man in Deutsch-*

land geboren wird“ in dem Wochenmagazin „Die Zeit“ (Spiwak, 2003) verdeutlicht das Spannungsfeld, in dem sich schwangere Frauen und ihre Partner befinden: „Nichts bleibt bei der „Operation Nachwuchs“ dem Zufall überlassen... Eine Geschichte zwischen umfassender Informiertheit und steter Verunsicherung, zwischen High-tech und der Sehnsucht nach Ursprünglichkeit, zwischen gehobenen Ansprüchen und gesunkenen Leidenstoleranz.“

Gibt es einen Zusammenhang, zwischen der steigenden Kaiserschnitttrate und der Anwesenheit der Partner im Kreißaal? Michel Odent, Arzt und Begründer der „Sanften Geburt“ sagt: „Heute wagt niemand, auch nur darauf hinzuweisen, dass das Aufkommen der neuen Doktrin von der *Teilnahme des Vaters an der Geburt* und der spektakuläre Anstieg der Kaiserschnittraten gleichzeitig auftraten“ (Odent, S. 33, 2005). Während früher die Geburt eines Kindes in allen Kulturkreisen noch in erster Linie Angelegenheit der Frau, zurückgezogen oft mit einer Hebamme oder anderen Frauen war, ist heute die Anwesenheit des Partners im Kreißaal zumindest in den meisten Ländern Westeuropas und den USA zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Frauen, die ihre Kinder ohne Begleitung des werdenden Vaters bekommen, sind die Ausnahme. In den 1960er Jahren waren die Partner bei den Klinikgeburten noch ausgeschlossen. Ausgehend von der Studenten- und Frauenbewegung in den 1970er Jahren kam es zu einer familienorientierteren Geburtshilfe in der auch der Partner einen Platz bei der Geburt eingeräumt bekam. Inwieweit der Partner nun aber einen Einfluss auf den Geburtsmodus hat, ist wissenschaftlich bislang nicht untersucht. Nach 30 Jahren Erfahrung mit der Anwesenheit von Vätern bei der Geburt stehen Meinungen dazu gegenwärtig auf dem Prüfstand (Otto, 2005). In Befragungen dazu empfindet der Großteil der Frauen die Begleitung durch den Partner während der Geburt als hilfreich. Michel Odent vertritt jedoch im Gegensatz dazu die These, dass die Teilnahme der Väter an der Geburt im Kreißaal einer weiteren Technisierung und Medikalisierung Vorschub leistet, da die Väter im Kreißaal dazu neigen, rational an die Geburt heranzugehen, und dieses auch auf die Frauen übertragen (Odent, 2005). So verlangen die Frauen im Kreißaal häufiger nach Schmerzmitteln und entscheiden sich schneller zum Kaiserschnitt, wenn der Partner dabei ist. Dies verweist darauf, dass den Partnern eine wichtige Rolle in

der Betreuung unter der Geburt und auch bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf geburtshilfliche Interventionen zukommen kann, auf die diese entsprechend vorbereitet werden müssen.

2.2.5 Gesellschaftliche Ursachen

Die Entwicklung der Kaiserschnittgeburten lässt sich nicht analysieren, ohne die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu betrachten, die die Geburtsmedizin prägen. Hier ist ein deutlicher Wandel zu beobachten, bei dem die Geburtshilfe zunehmend als Dienstleistung wahrgenommen wird. Schwangere und ihre Partner wählen, so ein zugespitztes Bild, das für sie passende Betreuungsangebot aus. Die Geburt soll nicht nur sicher, sondern auch ein besonders schönes Lebensereignis sein und wird sorgfältig vorbereitet. Die Fülle der Angebote ist fast unüberschaubar: Geburtsvorbereitungskurse, Informationsabende in der Geburtsklinik, 3D-Ultraschall für das Familienalbum, Yoga, Bauchtanz und Aqua-Fitness für Schwangere sind nur einige dieser Angebote. Auch für die Geburt selbst gibt es einen Entscheidungsspielraum, der sich auf den Geburtsort (Klinik, Hausgeburt, Geburtshaus, Hebammenpraxis), die Art der Betreuung (z.B. mit Begleithebamme), den Technisierungsgrad und auch auf den Geburtsmodus beziehen kann. Frauen und ihre Partner können aus einer Fülle von Optionen wählen, und zunehmend stellt sich auch die Frage, ob ein Kaiserschnitt eine akzeptable Variante ist. Durch die Medien wird diese Einstellung breit in die Öffentlichkeit transportiert. So wird immer wieder in der Regenbogenpresse von unkomplizierten Wunschkaiserschnittentbindungen bekannter Persönlichkeiten berichtet. Inwieweit dieses auch eine Vorbildfunktion in anderen Teilen der Bevölkerung hat ist unklar, sicher ist jedoch, dass Frauen mit ihrem Wunsch nach einem Kaiserschnitt selbstbestimmter auftreten.

Soziokulturelle Einflüsse spielen eine große Rolle im Geburtserleben. Die westliche Kultur zeichnet sich durch eine starke Kontrolle der Gefühle und ihrer Äußerungen aus. Ein häufig genannter Aspekt von Schwangeren ist daher auch die Angst vor Ausgeliefertsein unter der Geburt (Geissbühler et al., 2005).

Auch der Umgang mit Schmerzen hat sich in der modernen Gesellschaft gewandelt. In unserem Kulturkreis ist Schmerz überwiegend negativ besetzt und wird häufig mit Medikamenten behandelt. Nicht nur die Diskussion um den Geburtsmodus (Natürlichkeit versus Kalkulierbarkeit) wird ideologisch geführt, sondern auch die Diskussion, ob Schmerzen zum Geburtserleben dazugehören müssen oder nicht. Für manche ist der Wehenschmerz überflüssig und sinnlos, für andere ist er zentrales Element der Geburt und für eine enge Mutter-Kind-Beziehung unverzichtbar. Die Soziologin Isabelle Azoulay, die sich radikal mit dem Mythos „natürliche Geburt“ auseinandergesetzt hat, fragt: *„Passt die „natürliche Geburt“ noch in unser Bild vom selbstbestimmten, zivilisierten Menschen?... In der Lage zu sein, den Geburtsschmerz auszuhalten, ist quasi gleichbedeutend mit der Fähigkeit, ein Kind zu gebären, die Prüfung zu bestehen... Implizit wird den Frauen, die sich gut wirksamer Schmerzmittel bedienen oder sich gar für den Kaiserschnitt entscheiden, suggeriert, dass sie sich um das wahrhaftig Weibliche gedrückt hätten, dass ihnen das Wesentliche entgangen sei, dass sie nicht mitreden können.“* (Azoulay, 2003).

Ein physiologischer Aspekt des Geburtsschmerzes scheint die Stimulation von körpereigenen Endorphinen zu sein. Endorphine haben eine morphiumpähnliche Wirkung, sind unter anderem also auch schmerzlindernd, und werden bei starker körperlicher oder seelischer Anstrengung und im Schmerz ausgeschüttet. In dem Moment, in dem das Kind geboren ist, und kein Schmerzreiz mehr wirkt, schärfen die Endorphine die Aufmerksamkeit von Mutter und Kind, vermitteln das oftmals beschriebene überwältigende Glücksgefühl und unterstützen so die enge Mutter-Kind-Bindung (Bonding-Prozess). Das Schmerzerleben unter der Geburt ist aber von vielen Faktoren abhängig. So können extreme Wehenschmerzen zu einer Spirale von Angst und Anspannung führen, die eine Ausschüttung von Stresshormonen zur Folge hat mit Blutdruckanstieg, Hyperventilation und Angstzuständen, was den normalen Geburtsverlauf stören und bis zum Stillstand bringen kann.

Die Möglichkeiten zur Schmerzlinderung sind ähnlich wie der Kaiserschnitt in der Diskussion. Mittlerweile entbinden 18% der Frauen auch bei einer Spontangeburt mit Periduralanästhesie (BQS-Bundesaus-

wertung, 2004). Die extremste Form der Schmerzvermeidung unter der Geburt ist der (Wunsch-)Kaiserschnitt. Angst vor der Geburt und vor Schmerzen ist ein häufig genanntes Argument von Frauen, die einen ansonsten indikationslosen Kaiserschnitt wünschen (Ryding, 1993; Melender, 2002). Doch auch ein Kaiserschnitt verläuft keineswegs ohne Schmerzen, und es ist zu vermuten, dass über diese häufig im Vorfeld nicht angemessen informiert wird.. In den ersten Tagen nach der Operation haben die betroffenen Frauen zum Teil erhebliche Wundschmerzen. „Durch die fehlende Hormonausschüttung der physiologischen Geburt bleibt der Schmerz bei einem Kaiserschnitt viel stärker im Gedächtnis haften“, meint V. Schmid, Hebamme und Leiterin einer Hebammenschule. Dass viele Frauen danach keine weiteren Kinder mehr wollen, sei demnach kein Zufall (Schmid, 2005).

„Nach dem ersten Kaiserschnitt war ich schnell wieder fit, trotzdem leide ich unter den Folgeerscheinungen bzw. Spätfolgen .Nach dem 2. (Kaiserschnitt) habe ich mehrere Wochen gebraucht, um fit zu sein, die Spätfolgen haben sich intensiviert. Ich wollte immer 4 Kinder, jetzt bin ich da nicht mehr so sicher, da ich nicht mehr versuchen darf, normal zu entbinden.“

2.3 Primärer/sekundärer Kaiserschnitt und Indikationen für eine Sectio

Betrachtet man die Entwicklung der Kaiserschnitttraten ist zunächst zwischen **primärer**, oder elektiver, und **sekundärer** Sectio zu unterscheiden. Die primäre Sectio erfolgt, bevor muttermundwirksame Wehen einsetzen. Die Entscheidung zur Schnittentbindung ist somit meist vor dem Geburtstermin getroffen worden, und es handelt sich damit fast immer um eine geplante Operation und nicht um eine Notfallmaßnahme. Bei einem sekundären Kaiserschnitt fällt die Entscheidung erst unter der Geburt, z.B. wegen schlechter Herztöne des Kindes oder wegen eines Geburtsstillstandes. Primäre und sekundäre Kaiserschnitte werden etwa gleich häufig vorgenommen, und beide Formen haben in den vergangenen Jahren zugenommen. So ergibt sich in der niedersächsischen Perinatalerhebung von 2004 die Gesamtsectorate von 27,6% aus 13,5%

primären und 12,5% sekundären Kaiserschnitten (restliche 1,6%: „nicht näher bezeichnet“) (www.zq-aekn.de). Gerade die oft formulierte Hypothese, dass der Anstieg der Kaiserschnitttraten in den letzten Jahren vor allem auf die starke Zunahme primärer Schnittentbindungen zurückzuführen ist, lässt sich somit nicht bestätigen.

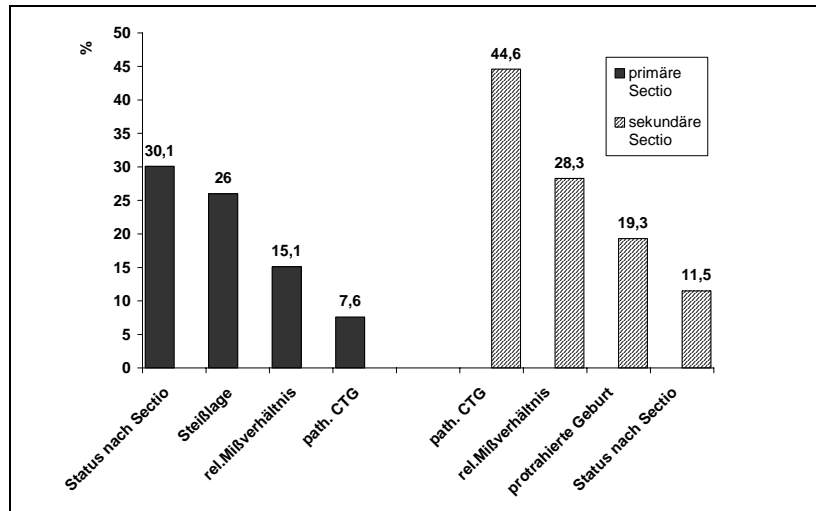


Abb. 2.2: Darstellung der häufigsten Indikationen für primäre und sekundäre Kaiserschnitte bei reifgeborenen Einlingen (niedersächsische Perinatalstatistik, Geburtsjahrgang 2004) (Mehrfachnennung möglich). Quelle: www.zq-aekn.de

Eine Auswertung der niedersächsischen Perinataldaten aus dem Geburtsjahrgang 2004 ergab, dass bei reifgeborenen Einlingen (37-41 Schwangerschaftswochen), die per primärer Sectio entbunden wurden, der Status nach früherem Kaiserschnitt der häufigste Grund war. Bei Einlingen, die per sekundärer Sectio entbunden wurden war ein pathologisches CTG die häufigste Indikation (bei Angabe mehrerer Indikationen). Seit dem Jahr 2003 steht damit in den niedersächsischen Perinataldaten auch der Zustand nach Kaiserschnitt zahlenmäßig erstmalig vor der Indikation Beckenendlage bei den primären Kaiserschnitten. Dies ist

besonders bemerkenswert, weil sich eine einmal durchgeführte Operation anscheinend zukünftig immer häufiger selber bedingt. Abb. 2.2 zeigt die häufigsten Indikationen für primäre und sekundäre Kaiserschnittentbindungen.

Obwohl ein vorangegangener Kaiserschnitt keinesfalls automatisch eine Indikation zur erneuten Sectio (Re-Sectio) bei nachfolgender Geburt darstellt, wird die Frau doch automatisch in der nächsten Schwangerschaft einer Risikoklientel zugeordnet. Im Jahre 2004 hatten 9,5% aller Schwangeren bei Geburt bereits mindestens einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte (BQS, 2004). Dieser Anteil wird bei weiter steigenden Sectoraten natürlich noch weiter zunehmen. Die Re-Sectorate bei Einlingen von Müttern mit vorausgegangener Kaiserschnittentbindung lag im Jahr 2004 in Deutschland bei 63% (BQS, 2004). Im Vergleich dazu lag in den USA die Re-Sectorate bei der nachfolgenden Geburt bereits bei fast 90%. Die medizinischen Indikationen, die einer Schnittentbindung zugrunde liegen, sind vielfältig und lassen sich in **absolute** und **relative Sectioindikationen** unterteilen.

Absolute Indikationen sind gegeben bei Regelwidrigkeiten, die das Leben von Mutter oder Kind gefährden, unabhängig davon, ob die Entscheidung vor oder während der Geburt getroffen wurde. Als absolute Indikationen gelten z.B. Querlage des Kindes, Plazenta praevia⁹, das Aufreißen einer Narbe in der Gebärmutter nach vorangegangenem Kaiserschnitt (Uterusruptur) oder Nabelschnurvorfall. Diese Indikationen machen weniger als 10% aller Indikationen für eine Schnittentbindung aus (DGGG Stellungnahme, 2004).

Relative Indikationen liegen bei etwa 90% aller Schnittentbindungen vor. Im Bereich der relativen Indikationen sind keine schematischen Indikationslisten möglich. Hierbei handelt es sich um Regelwidrigkeiten

⁹ Als Plazenta praevia bezeichnet man eine atypische Lokalisation des Mutterkuchens im unteren Teil der Gebärmutter, wobei der innere Muttermund durch die Plazenta ganz oder zum Teil überdeckt wird. Die Plazenta liegt „im Weg“ = prävia. Häufigkeit: bei etwa 0,4% aller Schwangerschaften. Die spontane Geburt ist bei einer Plazenta praevia nicht möglich, es muss durch Kaiserschnitt entbunden werden. Darüber hinaus kann es zu massiven Blutungen nach Ablösung der Plazenta kommen.

oder Risikofaktoren, die anzeigen, dass die Belastbarkeit von Mutter oder Kind während der Geburt überstiegen werden kann.

Als Indikationen sind hier unter anderem zu nennen: Beckenendlage, protrahierte Geburten, pathologisches CTG, Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Größe des Kindes und dem mütterlichen Becken oder ein voran gegangener Kaiserschnitt. Im Zentrum solcher relativer Indikationen steht die Abwägung zwischen dem Gewinn für Mutter und Kind aufgrund der abgebrochenen oder vermiedenen vaginalen Geburt sowie dem Risiko für Mutter und Kind durch die Operation. Gerade auch der Anstieg der sekundären Kaiserschnittraten mit den Hauptindikationen „pathologisches CTG“ und „protrahierte Geburt“ in den letzten Jahren zeigt, dass der bestehende Handlungsspielraum häufig auch aufgrund des angestiegenen forensischen Druckes (siehe z.B. Ulsenhimer, 1998) zugunsten einer für den Geburtshelfer risikoärmeren Kaiserschnittentbindung ausgenutzt wird.

Gesondert betrachtet werden soll im Folgenden noch die Beckenendlage des Kindes, da diese derzeit eine der Hauptindikationen bei den primären Kaiserschnittgeburten stellt. Die Häufigkeit der Beckenendlage ist abhängig von der Tragzeit. Zum Geburtstermin liegt das Kind in ca. 3 bis 5% aller Schwangerschaften in Beckenendlage. Bei Frühgeburten kommt eine Beckenendlage bis zu 30% der Geburten vor, abhängig vom Schwangerschaftsalter. In den letzten drei Jahrzehnten hat sich ein stetiger Wandel in der Einstellung zur Beckenendlagenentbindung vollzogen. Dies betrifft nicht nur den deutschsprachigen Raum, sondern ist weltweit zu beobachten. Aktuell liegt die Kaiserschnittquote bei Beckenendlage in Deutschland bei über 90%. In einer Analyse der niedersächsischen Perinataldaten liegt die Rate bei Erstgebärenden bei annähernd 100% und bei Mehrgebärenden zwischen 84-90% (Rauskolb, 2005). Zu einem grundlegenden Wandel bei den Beckenendlagegeburten führte eine einzige, im Jahr 2000 veröffentlichte prospektiv randomisierte Studie. Der so genannte „Term Breech Trial“ (Hannah et al., 2000) zeigte damals, dass kindliche Mortalität und schwere Morbidität bei Beckenendlage signifikant geringer waren bei einem geplanten Kaiserschnitt im Vergleich zur geplanten vaginalen Geburt. So starben oder waren ernsthaft geschädigt 5% der vaginal geborenen Kinder, aber nur 1,6% der

Kaiserschnitt-Babys. Diese Daten wurden dahingehend interpretiert, dass die vaginale Entbindung bei Beckenendlagen ein höheres Risiko für die Kinder beinhaltet als die vaginale Geburt. Nach Veröffentlichung dieser Studie änderte sich weltweit der Geburtsmodus für Beckenendlagen grundlegend: Eine niederländische Studie mit 35.453 reifgeborenen Kindern in Beckenendlage konnte zeigen, dass innerhalb von nur 2 Monaten nach Veröffentlichung der Studie die Kaiserschnittraten bei Beckenendlagegeburten von 50% auf 80% anstiegen (Rietberg, 2005).

Mittlerweile gibt es deutliche Zweifel an der Gültigkeit dieser Ergebnisse, da der Studie („Term Breech Trial“) erhebliche methodische Schwächen nachgewiesen werden konnten. Bei einer aktuellen Re-Analyse lösten sich die Unterschiede hinsichtlich Morbidität und Mortalität der Neugeborenen auf (Glezerman, 2006). Ob sich zukünftig am Entbindungsmodus für Beckenendlage wieder etwas ändern wird, ist zu bezweifeln, da möglicherweise schon der „point of no return“ erreicht ist: In den letzten Jahren ist die Fähigkeiten von Geburtsmedizinerinnen bei der Entbindung von Beckenendlagen so deutlich zurückgegangen, dass es bei vaginalen Beckenendlagegeburten mittlerweile wahrscheinlich zu einer höheren Komplikationsrate aufgrund eines mangelnden Trainings der Geburtshelfer kommen würde.

2.4 Wunschkaiserschnitt

Eine besondere Form der primären Sectio ist der so genannte „Wunschkaiserschnitt“, ein Kaiserschnitt, der ohne medizinische Indikation durchgeführt wird. Dieser genießt in den vergangenen Jahren zunehmend Aufmerksamkeit, und es wird die These formuliert, dass der Anstieg der Kaiserschnittraten vor allem auf diese Wunschkaiserschnitte zurückgeführt werden muss. Die öffentliche Diskussion um die elektive Sektio ohne medizinische Indikation („Wunschkaiserschnitt“) wurde 1996 ausgelöst durch die Veröffentlichung einer Umfrage unter 282 Frauenärztinnen in London zum persönlich gewünschten Geburtmodus. Diese Untersuchung ergab, dass 31% der Befragten für die eigene Person einen elektiven Kaiserschnitt nach einer komplikationslosen Schwangerschaft und mit einem Kind in Schädellage bevorzugen würden. Als

Gründe wurden Angst vor Beckenbodenschäden und Inkontinenz, Dammverletzungen, sexueller Beeinträchtigung nach der Geburt, Angst vor Schädigung des Kindes und Wunsch nach Planbarkeit der Geburt angegeben (Al Mufti, 1996). Mit dieser Studie wurde die Frage aufgeworfen, ob Frauen ohne medizinische Ausbildung verwehrt werden dürfte, was Gynäkologinnen sich für sich selber wünschen. Für Deutschland lassen sich diese Zahlen so allerdings nicht übertragen. Eine Umfrage unter deutschen GynäkologInnen im Jahr 2003 ergab, dass ein Großteil der Befragten (88-95%) sich bei fehlenden geburtshilfflichen Risiken eine vaginale Entbindung für sich selbst oder die eigene Partnerin wünscht (Schmutzler et al., 2003). Die Studie von Al Mufti ist dennoch in mehrfacher Hinsicht interessant. Nicht nur, dass sie die Frage nach der Grenze des Selbstbestimmungsrechts schwangerer Frauen aufwirft, sie zeigt auch, wie das berufliche Selbstverständnis den Umgang mit dieser Frage prägt. So zeigt eine entsprechende Studie mit Hebammen, dass diese sich in vergleichbarer Situation zu 100% eine vaginale Geburt wünschen (Harder, 2002).

Kaum ein anderes Thema führt in gynäkologischen Fachkreisen zu einer so starken Polarisierung wie die Wunschsectio. Die Ethikkommission des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) veröffentlichte im Oktober 2003 eine Erklärung, die den Kaiserschnitt auf Wunsch als ethisch vertretbar darstellte, nachdem er in den Jahren zuvor noch als unethisch gegolten hatte. Gleichzeitig gab in Großbritannien das National Institute of Clinical Excellence (NICE)¹⁰ Richtlinien heraus, die besagten, dass Ärzte einer Frau das Recht auf den Kaiserschnitt nicht verweigern dürften, zunächst aber die Gründe für diesen Wunsch erfragt, dokumentiert und erörtert werden müssten. Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sieht eine Wunschsectio als ethisch unbedenklich: *„Nicht jede ärztliche Maßnahme geschieht zu Heilzwecken. Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise oft Behandlungen durch, die wie Sterilisationen oder*

¹⁰ NICE ist eine im Jahre 1999 gegründete Gesundheitsbehörde der britischen Regierung, welche medizinische Behandlungen systematisch auf ihre Wirksamkeit und Kosteneffizienz überprüft.

kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können. Die Sectio auf Wunsch ist solchen Eingriffen gleichzustellen, sofern sie nach gehöriger Aufklärung mit wirksamer Einwilligung vollzogen wird und medizinisch jedenfalls nicht kontraindiziert ist“ (Stellungnahme DGGG, 2004).

Aber auch die Meinung der direkt Betroffenen, der schwangeren Frauen, ist gespalten: Für die eine Frau hat das Geburtserlebnis einen hohen emotionalen Stellenwert und ist eng mit dem weiblichen Selbstverständnis verknüpft, für die anderen ist die spontane Geburt mit zu vielen Unwägbarkeiten verbunden, sei es im Hinblick auf zeitliche Planung oder auf mögliche körperliche Folgeschäden. Unklar ist jedoch, wie viele Frauen tatsächlich einen Kaiserschnitt ohne klare medizinische Indikation nachfragen. Die Untersuchungen, die bisher zu dieser Frage durchgeführt wurden, zeigen, dass nur wenige Frauen einen Sectio-Wunsch äußern (zwischen 3,7% und 14,7%, in Hellmers, 2005), während die meisten Frauen ihr Kind durch eine Spontangeburt ohne operative Maßnahmen gebären möchten. Es hat den Anschein, dass das Thema Wunschkaiserschnitt in den Medien eher hochgespielt wird, in der geburtshilflichen Praxis aber gemessen an der Häufigkeit ein eher nachrangiges Problem ist. Dennoch ist es interessant zu fragen, welche Gründe für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt ohne Indikation eine Rolle spielen.

Der Begriff „Wunschkaiserschnitt“ gibt vor, dass der Wunsch nach einer operativen Geburt Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts schwangerer Frauen sei. Die Literatur zeigt aber, dass hinter diesem Wunsch oft erhebliche Ängste stehen, die zu einem Vermeidungsverhalten führen. Eine besser plan- und kalkulierbare Operation wird der Unwägbarkeit einer normalen Geburt vorgezogen. Eine schwedische Untersuchung zur Frage nach Häufigkeit von Wunschkaiserschnitten zeigt, dass nur Ängstlichkeit und Depressivität sowie traumatische Erfahrungen bei früheren Geburten mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt verbunden waren (Hildingson 2002).

„Ich hatte eine „normale“ erste Geburt, die für mich der blanke Horror war (Geburtstrauma)...Für mich war die Sectio beim zweiten Mal das Optimale.“

Das Thema Wunschkaiserschnitt berührt auch sozialversicherungsrechtliche Fragen. Die Kosten für einen unkomplizierten Kaiserschnitt, die etwa 1250 € über denen einer komplikationslosen vaginalen Entbindung liegen, dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen nur übernommen werden, wenn der Kaiserschnitt medizinisch begründet ist. In der Praxis hat diese Vorgabe allerdings keine Konsequenzen, denn aus den Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen eingehen, ist eine solche Konstellation eines reinen Wunschkaiserschnitts nicht oder fast nie zu erkennen, so dass diese Rechnungen normalerweise ohne Rückfragen bezahlt werden dürften. Zudem lässt sich im Zweifel der Kaiserschnitt von Seiten des Krankenhauses auch mit einer übermäßigen Angst vor Geburtsschmerzen oder mit einer Zusatzdiagnose begründen. So findet sich Begründungen für einen Wunschkaiserschnitt bei der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) unter den „relativen Indikationen“ wieder, da hier „weiche“ medizinisch-psychologische Gründe, z.B. Angst vor Schmerzen, Angst vor organischen Spätschäden, Angst vor Schädigung des Kindes, insbesondere nach der Geburt eigener beeinträchtigter Kinder oder von Kindern im Bekanntenkreis, als eigenständige Indikationen für einen Kaiserschnitt genannt werden.

2.5 Kaiserschnitt versus vaginale Geburt: Mortalität, Kurz- und Langzeitmorbidity

In der Diskussion um die Gründe für den Anstieg der Kaiserschnittraten spielen auch Argumente der Mortalität und Morbidity von Mutter und Kind eine Rolle. Durch den Kaiserschnitt konnte die Mortalität von Mutter und/oder Kind über Jahrzehnte gesenkt werden, und die Risiken des Eingriffs wurden durch verbesserte Infektions- und Thromboseprophylaxe und schonendere Narkoseverfahren deutlich reduziert.

2.5.1 Mütterliche Mortalität

Die Müttersterblichkeit in Deutschland und auch generell in den industrialisierten Ländern hat seit Mitte der 1990er Jahre einen Tiefstand

erreicht. Mittlerweile sterben in Deutschland jährlich nur noch 8 von 100.000 Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. In Europa beträgt die Sterblichkeit 24 von 100.000, weltweit 400 von 100.000 (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, www.dsw-online.de), oder anders ausgedrückt: Während in den ärmsten Ländern der Welt (südliches Afrika) 1 von 16 Frauen an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt verstirbt, liegt dieses Risiko für Frauen in Deutschland bei 1:12.500. Die genannten Zahlen beziehen sich auf die gesamte Spanne der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Noch seltener wird dieses Ereignis, wenn man nur die unmittelbar geburtsbedingten Todesfälle betrachtet. Dies hat dazu geführt, dass die mütterliche Morbidität und Mortalität bei Kaiserschnittgeburten vernachlässigt wird. Ausdrücke wie „sanfte Sectio“ oder „Wunschkaiserschnitt“ suggerieren Risikofreiheit und bagatellisieren den operativen Eingriff.

Es gibt nur sehr wenige zuverlässige Untersuchungen zur sectioassoziierten Letalität¹¹. Eine Einzeluntersuchung auf der Grundlage aller Müttersterbefälle aus der Bayerischen Perinatalerhebung seit 1983 ergab für die Jahre 1995-1998 bei der Sectio caesarea ein um den Faktor 3,5 höheres Sterblichkeitsrisiko gesunder Schwangerer im Vergleich zur Vaginalgeburt. Nach diesen Daten sind von diesem erhöhten Risiko auch Mütter mit elektiver Sectio caesarea betroffen (Welsh, 1997). Eine im Lancet 1999 publizierte Studie errechnete für die Jahre 1994-1996 in Großbritannien ein im Vergleich zur Vaginalgeburt 6-fach höheres Sterblichkeitsrisiko bei Schnittentbindungen (3-fach höher bei elektiver Sectio). Hier wurden jedoch alle direkten Müttersterbefälle, die bei und nach einer Schnittentbindung auftraten, dem Eingriff angelastet, und es wurde nicht differenziert, ob der Kaiserschnitt die Ursache oder erst die Folge einer Komplikation (z.B. Lungenembolie) gewesen war (Hall & Bewley, 1999). Befürworter der Wunschsectio gehen mittlerweile davon aus, dass die Letalität eines geplanten Kaiserschnitts in Regionalanästhesie derjenigen einer vaginalen Geburt entspricht, gesichert ist dieses allerdings nicht, da hierzu prospektive Studien fehlen. Wenn aber die Frage

¹¹ Zur Sectioletalität gehören alle Todesfälle, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt stehen

nach der Sterblichkeit keine große Rolle mehr spielt, müssen gerade die kurz- und langfristigen Folgen einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur vaginalen Geburt betrachtet werden.

2.5.2 Mütterliche Morbidität

Auch die Frage nach der sectioassoziierten Morbidität ist aufgrund der erhöhten Risiken der zum Kaiserschnitt führenden Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen nur schwer zu beantworten. Hier fehlen große prospektiv angelegte Studien, die langfristige Komplikationen und Gesundheitsstörungen nach ausschließlich elektiver Sectio im Vergleich zur vaginalen Geburt untersuchen. Eine retrospektiv angelegte Studie von kanadischen Epidemiologen, in der die Gründe für eine erneute Krankenhauseinweisung nach Kaiserschnittentbindung anhand von großen Gesundheitsregistern untersucht wurden, konnte zeigen, dass nach Kaiserschnitt ein fast doppelt so hohes Risiko für einen erneuten stationären Aufenthalt bestand wie nach spontaner vaginaler Geburt. Dieses wurde hervorgerufen durch eine deutlich höhere Rate an Gebärmutterentzündungen, Wundheilungsstörungen und thromboembolischen Komplikationen (Liu et al., 2005). Allerdings hatten auch Frauen nach vaginal-operativen Entbindungen (Zange, Saugglocke) im Vergleich zu Spontangeburt eine deutlich erhöhte Komplikationsrate.

Befunde zur vergleichenden Morbidität zwischen einer Kaiserschnittentbindung und einer vaginalen Geburt, wie sie in den aktuellen englischen Leitlinien zum Kaiserschnitt (April 2004) vom National Institut of Clinical Excellence (NICE) zusammengefasst wurden, zeigt Tab. 2.3.

Frühmorbidität

Die Frage, ob direkt nach der Geburt bei einer vaginalen oder einer Kaiserschnittentbindung mehr Komplikationen auftreten, ist nicht einfach zu beantworten, da sich die verschiedenen Komplikationsmöglichkeiten in unterschiedlichem Maße auf die beiden Entbindungsformen verteilen. Eine retrospektive Studie an zwei Vergleichskollektiven mit Daten aus der Bayerischen Perinatalerhebung von 1987-1990 und 1995-1998 untersuchte die Morbiditätsrisiken bei Mutter und Kind nach vaginaler Ge-

burt und geplanter Sectio (Schneider et al., in: Huch, 2001). Insgesamt lag die Rate für leichte mütterliche Komplikationen bei den vaginalen Geburten etwas höher als bei den Kaiserschnittentbindungen, was durch Geburtsverletzungen, wie Scheiden-Dammrisse, die nur bei einer vaginalen Geburt auftreten können, eine Erklärung findet. Die Komplikationsraten durch Wundheilungsstörungen, Fieber und Anämie waren nach Kaiserschnittgeburten höher.

Tab. 2.3: Befunde zur vergleichenden Morbidität zwischen Kaiserschnittentbindungen und vaginalen Geburten nach den NICE-Guidelines, April 2004

Erhöhtes Risiko bei Kaiserschnitt	Kein Unterschied zwischen Kaiserschnitt und vaginaler Geburt	Erniedrigtes Risiko bei Kaiserschnitt
<ul style="list-style-type: none"> • Wund- und Narbenschmerzen • Blasen- und Harnleiterverletzungen • Gebärmutterentfernung • Folgeeingriffe • Thromboembolien • Krankenhausaufenthalt verlängert • Plazenta praevia bei folgenden Schwangerschaften • Uterusruptur bei folgenden Schwangerschaften • Totgeburt • Reduzierte Fertilität • Atem- und Anpassungsstörungen des Neugeborenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Blutungen • Infektionen • Stuhlinkontinenz • Schmerzen beim Geschlechtsverkehr • Postnatale Depression • Neonatale Mortalität (ausgenommen Beckenendlage) • Kindliche Hirnblutungen • Cerebralpareesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen im Scheiden-Dammbereich (Schnitt- oder Rissverletzungen) • Plazentaretention • Harninkontinenz • Gebärmutter-Scheidensenkung

Nach vaginalen Geburten treten Plazentaretentionen¹² sechsmal häufiger auf. Diese Komplikation ist bei der Kaiserschnittentbindung durch die sofortige Nachtastung und die Möglichkeit der manuellen Plazentalösung unter Sicht deutlich verringert. Bei Kaiserschnittentbindungen kann es dagegen zu intraoperativen Komplikationen, wie z.B. Darmverletzungen, Blasenverletzungen und Verletzungen größerer Blutgefäße kommen, die allerdings in weniger als 1% aller Kaiserschnittgeburten auftreten.

Ein wichtiger Teil des Morbiditätsspektrums bei Kaiserschnittgeburten ist die peri- oder postoperativ auftretende Infektion. Die allgemeine Rate an Wundinfektionen nach Sectio caesarea wird mit 5 bis 10% angegeben (Roberts, 1993).

Auch wenn die routinemäßig durchgeführte Antibiotikagabe bei sekundären Kaiserschnitten das Infektionsrisiko deutlich gesenkt hat, liegt dennoch die Rate an Wundinfektionen und Gebärmutterentzündungen nach Sectio immer noch höher als nach vaginaler Geburt. Ein schwer messbarer, aber von befragten Frauen sehr oft angeführter Aspekt ist die Bewegungseinschränkung und erschwerte Versorgung des Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Operation durch Wundschmerzen und Narbenbeschwerden.

„Es sollte überall deutlicher darauf hingewiesen werden, welche Folgen postoperativ auf die Frauen nach Kaiserschnitt zukommen (Stillprobleme, Schmerzen, Taubheitsgefühle, Narbe...). Die öffentliche Wahrnehmung geht von einem Routineeingriff aus. Aber für jede Frau ist es eine große Bauch-OP.“

Spätmorbidität

Als ein Risiko der vaginalen Geburt werden heute vor allem die geburtsbedingten Veränderungen des Beckenbodens gesehen, die zu Gebärmutter- und Scheidensenkungen sowie Harn- und Stuhlinkontinenz führen können. Die Möglichkeit, solche Beckenbodenschäden zu vermei-

¹² Plazentaretention: Fehlende oder unvollständige Ablösung des Mutterkuchens nach der Geburt, mit dem Risiko erheblicher Nachblutungen

den, die im späteren Leben eine Reduktion der Lebensqualität bedeuten können und oft Operationen nach sich ziehen, wird als besonderer Vorteil der primären Sectio angeführt.

Ein Kaiserschnitt dagegen birgt bedeutsame Risiken für nachfolgende Schwangerschaften. Die Narbenbildung an der Gebärmutter kann zu Fehlgeburten, Aufreißen der Gebärmutter während Schwangerschaft und Geburt sowie Störungen bei der Einnistung der Plazenta (und als Folge lebensbedrohliche Blutungen unter der Geburt) führen. Im Folgenden werden die wichtigsten Spätfolgen etwas näher betrachtet.

Harn- und Stuhlinkontinenz

Mit zunehmendem Lebensalter der Bevölkerung ist die Harninkontinenz ein gesundheitliches Problem, oft mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität. Die weibliche Harninkontinenz wird häufig ausschließlich mit vorausgegangenen vaginalen Geburten in Verbindung gebracht, was nur mit Einschränkungen vertretbar ist. Ergebnisse epidemiologischer und pathophysiologischer Studien zur Bewertung der Beziehung zwischen Art der Geburt und Harninkontinenz sind uneinheitlich. Viele dieser Studien weisen methodische Schwächen auf, bedingt durch kleine und nur teilweise vergleichbare Kollektive und die unterschiedlichen Methoden der Objektivierung einer Harninkontinenz. So streut die Angaben der Häufigkeit von Harninkontinenz nach vaginaler Entbindung zwischen 3% bis 32% (Wisser in Huch, 2001). Eine große epidemiologische Kohortenstudie hat den Einfluss des Geburtsmodus auf spätere Harninkontinenz untersucht (Rortveit, 2003a). Einbezogen waren hier 15.307 Frauen unter 65 Jahren. So wurde Harninkontinenz bei Frauen, die keine Kinder geboren hatten in 10,1% der Fälle beobachtet. Frauen nach Kaiserschnitt hatten in 15,9% eine Harninkontinenz (wobei hier nicht zwischen primärer und sekundärer Sectio unterschieden wurde) und nach vaginaler Geburt in 21,0%. In einer weiteren Analyse haben Rortveit et al. (2003b) den Zusammenhang zwischen neun verschiedene Parametern einer vaginalen Geburt (Gewicht des Kindes, Schwangerschaftsalter, Lage des Kindes u. a.) und dem Auftreten einer späteren Harninkontinenz untersucht. Für das Geburtsgewicht und den kindlichen Kopfumfang ließen sich Zusammenhänge erkennen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass der abzuwägende protektive Effekt

des elektiven Kaiserschnittes zur Vermeidung einer späteren Harninkontinenz aufgrund der Berechnung der Autoren als relativ gering anzusehen ist.

Ungeklärt ist bislang die Frage, ob es der Druck des Kindes auf den Beckenboden ist, oder ob es hormonelle und anatomische Veränderungen während der Schwangerschaft sind, die zur Harninkontinenz beitragen. Träfe letzteres zu, hätte ein Kaiserschnitt nur einen geringen protektiven Effekt auf die Harninkontinenz.

Bereits die hormonelle Umstellung in der Schwangerschaft macht das Gewebe weicher und nachgiebiger, und die wachsende Gebärmutter drückt in den letzten Monaten der Schwangerschaft immer stärker auf Organe und Gewebestrukturen des mütterlichen Beckens. Anatomische Veränderungen sind schon während der Schwangerschaft nachzuweisen, die sich unabhängig vom Geburtsmodus nur bedingt zurückbilden. Damit decken sich diese Beobachtungen, dass das Auftreten einer Harninkontinenz nach drei oder mehr Schnittentbindungen vergleichbar ist im späteren Lebensalter mit der Häufigkeit einer Harninkontinenz nach Vaginalgeburt (Schmidt, in Huch 2001). In einer aktuellen amerikanischen Studie zu Inkontinenz in der Postmenopause an Geschwisterpaaren spielten die genetischen Faktoren für die Entwicklung einer Harninkontinenz eine wichtigere Rolle als frühere vaginale Geburten (Buchsbäum et al, 2005).

Noch mehr als für die Harninkontinenz gilt für die Stuhlinkontinenz, dass diese Erkrankung zur sozialen Isolation und zum Verlust von Selbstachtung und Selbstvertrauen führen kann. Die Inzidenz der Stuhlinkontinenz in der Gesamtbevölkerung liegt bei etwa 2%. Das Alter ist auch hier der wichtigste Risikofaktor, Frauen sind etwa sechs- bis achtmal häufiger betroffen als Männer. Bei Frauen wird die vaginale Geburt als der häufigste prädestinierende Faktor für eine Stuhlinkontinenz angesehen, doch auch für die Stuhlinkontinenz sind die Studienergebnisse uneinheitlich. Während z.B. in den NICE-Guidelines keine Risikoerhöhung durch eine Vaginalgeburt angegeben wird, gibt es viele Studien, die einen Zusammenhang zeigen (Sultan et al., 1996; Faridi et al., 1999). Offene oder auch okkulte Verletzungen des analen Schließmuskels, wie sie nur nach vaginalen Geburten (insbesondere nach Zangengeburt) vor-

kommen, führen zunächst relativ selten dauerhaft zur Stuhlinkontinenz. Auf dem Boden einer Vorschädigung kann sich aber durch veränderte Lebensumstände (weitere Schwangerschaften und vaginale Geburten, Alter, mangelnde körperliche Betätigung) eine Stuhlinkontinenz entwickeln.

Zur Frage der Harn- und Stuhlinkontinenz lässt sich zusammenfassen, dass es derzeit noch keine gesicherte wissenschaftliche Evidenz gibt, dass ein elektiver Kaiserschnitt generell vor der Entwicklung einer Inkontinenz schützen kann. Möglicherweise gibt es aber Gruppen von Frauen, z.B. mit erhöhter genetischer Belastung, die von einem Kaiserschnitt profitieren könnten.

Sexualität

Ein wichtiges Argument der Kaiserschnittbefürworter ist die beeinträchtigte Sexualität durch vaginale Geburten. Tatsächlich belegen viele Studien höhere Raten an sexuellen Problemen bei Frauen, die vaginal entbunden hatten. Viele dieser Studien weisen aber methodische Schwächen auf, beispielsweise durch einen sehr frühen Befragungszeitpunkt nach der Geburt. Nach der Geburt eines Kindes kommt es unabhängig vom Geburtsmodus zu Veränderungen der Sexualität. Nach einer vaginalen Geburt nehmen Frauen erst später den Geschlechtsverkehr wieder auf als Frauen nach Sectio und klagen auch häufiger über Schmerzen im Dammbereich und über Dyspareunie¹³ (Barrett, 1999). Diese kann aber neben dem Geburtsmodus auch von anderen Faktoren abhängig sein. So haben Frauen, die ihr Baby stillen, insgesamt später und seltener Geschlechtsverkehr als Mütter, die nicht stillen (Byrd, 1998). Es gibt einen Zusammenhang zwischen vaginal-operativen Entbindungen (wie insbesondere Zangengeburt) und auch längerfristig beeinträchtigter Sexualität, doch insgesamt ist die Datenlage hierzu noch sehr unvollständig und es besteht Forschungsbedarf, um objektiv die Auswirkungen des Geburtsmodus auf die Sexualität nach der Geburt zu beschreiben.

¹³ Dyspareunie: Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Plazentationsstörungen/Uterusruptur

Eine vorangegangene Sectio ist ein zentraler Risikofaktor für die Ausbildung einer Plazenta praevia und abhängiger Komplikationen in weiteren Schwangerschaften (Hemminki, 1996). So formulieren die NICE-Guidelines, dass das Risiko für eine Plazenta praevia bei nachfolgenden Schwangerschaften nach einem Kaiserschnitt um 30-60% höher liegt. Eine Plazenta praevia oder andere Anlagestörungen der Plazenta bergen lebensgefährliche Risiken für die Schwangere. Bei der Geburt kann es zu massiven Blutungen kommen, die oftmals die Gabe von Blutkonserven erforderlich machen. In besonders schwerwiegenden Fällen muss sogar die Gebärmutter entfernt werden.

Eine aktuelle britische Studie zeigt weitere Risiken: Frauen, die einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte hatten, haben in der folgenden Schwangerschaft ein fast doppelt so hohes Risiko, eine Totgeburt zu erleiden, als Frauen, die nie einen Kaiserschnitt hatten. Absolut gesehen liegt das Risiko zwar nur im Promillebereich (1,1‰), betrifft also nur eine von tausend Frauen, doch ist dieses Ereignis besonders tragisch, da die Kinder, die im Mutterleib absterben, meist weit entwickelt sind. Zur Beendigung der Schwangerschaft muss die Geburt eingeleitet werden – ein psychisch ausgesprochen belastender Vorgang für die Frauen. Als Ursache wird vermutet, dass diese späten Totgeburten – meist nach der 34. Schwangerschaftswoche – durch Verwachsungen des Mutterkuchens nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden (Smith et al., 2003). Auch das Risiko einer Uterusruptur ist nach einem Kaiserschnitt deutlich erhöht. Bei der üblichen Kaiserschnitt-Operationstechnik des tiefen Uterus-Querschnitts kommt es bei 0,2 bis 1,5% der folgenden Schwangerschaften und Geburten zu einem Aufreißen der alten Kaiserschnittnarbe (ACOG, 1998). Verglichen mit Frauen, die vaginal entbunden haben ist dieses Risiko für Schwangere, die einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte haben, um den Faktor 42 erhöht (NICE-Guidelines, 2004).

„Der 2. Kaiserschnitt wurde wegen des 1. (früheren Kaiserschnitts) zwingend notwendig, weil beim Pressen die Gebärmutter gerissen ist. Ich wusste gar nicht, dass so etwas passieren kann!“

2.6 Psychosoziale Folgen des Kaiserschnitts

Das traditionelle Frauenbild beinhaltet den Aspekt, dass Mutterschaft und Geburt zu den natürlichsten Erfahrungen gehören, die eine Frau überhaupt machen kann. Kaum ein Ereignis in unserem Leben ist derart mystisch und ideologisch besetzt wie die Geburt, und dies bezieht sich nach Rott et al. (2000) in allen Kulturen der Welt ausschließlich auf die vaginale Entbindung und keinesfalls auf den Kaiserschnitt. Wird also am Ende der Schwangerschaft ein Kaiserschnitt durchgeführt, bedeutet das immer, einen anderen Weg gewählt zu haben – aus medizinischer und psychologischer Sicht. Und dies kann Konsequenzen für die Frauen haben. Frauen werden, so die Perspektive der Kaiserschnittkritiker, der Geburtserfahrung und der reproduktiven Potenz beraubt.

Frauen, die in den ersten zwei Tagen nach der Entbindung bezüglich ihrer Erfahrungen mit der Geburt befragt wurden, schätzten die Entbindungssituation dann als besonders belastend ein, wenn ein Kaiserschnitt unter Vollnarkose durchgeführt wurde (Marut, 1979).

In älteren Arbeiten zu psychosomatischen Folgen einer Kaiserschnittentbindung wurden häufig ein gestörter Mutter-Kind-Kontakt und eine erhöhte Rate an Depressionen angeführt. Diese Daten stammen allerdings aus einer Zeit, in der es praktisch nur sekundäre Kaiserschnitte in Allgemeinnarkose gab. Neuere Arbeiten konnten erneut zeigen, dass ein Kaiserschnitt, und insbesondere ein ungeplanter Kaiserschnitt, häufig sehr negativ erlebt wird, und dass die Frauen, das fehlende Geburtserlebnis bedauern. Langfristige Folgen, wie Depressivität und vermindertes Selbstwertgefühl, stehen in keinem Zusammenhang mit dem Geburtsmodus (DiMatteo et al., 1996; Durik et al., 2000).

Es ist zu beobachten, dass die Diskussion um die psychischen Folgen eines Kaiserschnitts sehr ideologisch geführt wird. Es lässt sich sowohl zeigen, dass sich Frauen um das Geburtserlebnis beraubt fühlen, und um die fehlende Erfahrung trauern (insbesondere nach einer sekundären Sectio), als sich auch Frauen finden lassen, die froh sind, ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht zu haben; insbesondere dann,

wenn sie die Risiken für eine vaginale Entbindung als zu hoch einschätzen.

„Ich habe einen ungeplanten Kaiserschnitt miterlebt und dies als das negativste Erlebnis meines Lebens (immerhin 35 Jahre zum Geburtszeitpunkt) immer noch nicht ganz verdaut, obwohl dies schon 13 Monate zurückliegt. Es ist ein enormer Eingriff in den Körper und seine Funktionen und die Psyche leidet sehr.“

„Ein geplanter Kaiserschnitt, weil das Kind zu groß ist für die Mutter und auf normalem Wege nicht geboren werden könnte, kann etwas sehr Schönes sein, weil man sich darauf einstellen und es so genießen kann.“

„Mir ist nicht die Art der Geburt wichtig, dass muss jeder mit sich selber ausmachen. Wichtig ist nur, dass die Kinder gesund zur Welt kommen.“

Studien zu den psychosozialen Folgen werden selten durchgeführt, so dass zuverlässige Aussagen kaum möglich sind. Auch zur Frage der Mutter-Kind-Bindung nach Kaiserschnitt gibt es sehr unterschiedliche Erfahrungen. Nach einer Kaiserschnittgeburt brauchen die Mütter oft länger, eine Mutter-Kind-Bindung aufzubauen als Frauen, die vaginal entbunden hatten, und diese ist anfänglich auch nicht so eng (DiMatteo et al., 1996). Eine neuere Langzeit-Studie verglich die Mutter-Kind-Bindung nach Spontangeburt, primärer und sekundärer Sectio nach 4 Monaten und einem Jahr nach der Geburt und fand keinen Einfluss des Geburtsmodus auf die langfristige Beziehung zwischen Mutter und Kind (Durik, 2000). Auch Hannah et al. (2004) haben, ausgehend von einer prospektiven Kohortenstudie zum Vergleich zwischen vaginaler Beckenendlagegeburt und Beckenendlagegeburt per Kaiserschnitt, beide Gruppen von Müttern zwei Jahre nach der Entbindung unter anderem bezüglich Mutter-Kind-Beziehung befragt, und fanden keine Unterschiede.

„Oft hab ich gesagt bekommen, dass die Bindung zu dem Kind bei einem Kaiserschnitt nicht so ist, wie bei einer normalen Geburt. Das stimmt überhaupt nicht. Auf jeden Fall war es, obwohl ich eine Sectio hatte, der schönste Tag in meinem Leben.“

2.7 Einfluss des Geburtsmodus auf weitere Schwangerschaften

Ältere Studien (de Gregorio, 1988; Hall, 1989) zeigten, dass die Gesamtkinderzahl bei Frauen die per Sectio entbunden hatten, deutlich niedriger waren als in der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt (1,9% vs. 3,0%). Eine aktuelle bevölkerungsbezogene Kohortenstudie aus Schottland mit 25.371 erstgebärenden Frauen bestätigt dieses Ergebnis: Die Wahrscheinlichkeit, weitere Kinder zu bekommen ist nach einem Kaiserschnitt deutlich reduziert ist (66,9%) im Vergleich zu vaginal-operativer Geburt (71,6%) und Spontangeburt (73,9%). Auch die Zeitspanne bis zur nächsten Schwangerschaft war bei Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, im Durchschnitt deutlich verlängert (36,3 Monate vs. 31,8 Monate vs. 30,4 Monate) (Mollison, 2005). Die Gründe dafür sind vielfältig, der Geburtsmodus selbst ist aber sicher nur bedingt Ursache der folgenden Kinderlosigkeit. Oft sind es vorbestehende Faktoren, wie gesundheitliche Probleme der Mutter, ein höheres Alter bei Geburt oder vorbestehende Subfertilität, die zum einen eine Schnittentbindung erforderlich gemacht haben, zum anderen aber auch zur späteren geringeren Schwangerschaftsrate beitragen. Aber gerade auch negative oder traumatische Geburtserfahrungen haben Einfluss auf weitere Schwangerschaften. Frauen, die ein negatives Geburtserlebnis bei einer Geburt gemacht hatten, haben in der Folge insgesamt weniger Kinder und längere Intervalle bis zur Geburt des nächsten Kindes (Jolly et al, 1999; Gottvall & Waldenström, 2002).

„In meinem Fall lag es an mir, mich für oder gegen den Kaiserschnitt zu entscheiden...Ich habe mich für den Kaiserschnitt entschieden. Ich will kein 3. Kind mehr, nur weil ich dann wieder diesen Kaiserschnitt über mich ergehen lassen müsste.“

2.8 Risiken für das Kind

Die Annahme, der Kaiserschnitt sei für das Kind die sicherste Entbindungsform, ist aufgrund der Datenlage keinesfalls so eindeutig. Es fehlen hierzu prospektive Studien, die Morbidität und Sterblichkeit von Kin-

dern vergleichen, die entweder geplant per elektiver Sectio oder per vaginaler Geburt geboren wurden. Das kindliche Risiko, d.h. die Sterblichkeit des Kindes während der Geburt und in den ersten Lebenstagen, ist für reifgeborene Kinder insgesamt sehr gering und betrifft weniger als 1 von 1000 Geburten (Smith, 2005). Richmond et al. (1994) haben errechnet, dass unter der Voraussetzung einer kaum realisierbaren „perfekten“ Geburtshilfe, d.h. bei Vermeidung jeder Form eines fetalen Sauerstoffmangels bei Termingeburten, nur 6% aller Zerebralpareesen¹⁴ verhindert werden könnten. Aus den Perinatalstatistiken der letzten Jahre lässt sich ablesen, dass weitere Steigerungen der Kaiserschnittraten keine Verbesserungen der perinatalen Ergebnisse gebracht haben.

Ein ebenfalls seltenes Ereignis ist das intrauterine Versterben des Kindes nach der 38. Schwangerschaftswoche, ohne dass eine fetale Pathologie vorliegt. Cotzias et al. (1999) haben berechnet, dass es in einer von 730 Schwangerschaften zum unerwarteten Kindstod kommt. Um diesen einen Fall zu vermeiden müssten eben auch 729 elektive Kaiserschnittentbindungen in der 38. Schwangerschaftswoche unnötigerweise vorgenommen werden.

Eine gefürchtete, wenn auch seltene Komplikation bei vaginaler Geburt ist die Schulterdystokie (mittlere angenommene Inzidenz 0,5%, DGGG-Leitlinien, 2004) Eine Schulterdystokie entsteht, wenn das Kind nach Austritt des Kopfes mit der Schulterbreite im Beckeneingang oder auf dem Beckenboden „festhängt“. Abhängig von der bis zur endgültigen Geburt des Kindes benötigten Zeit, kann es zu Nervenschäden mit bleibender Armlähmung und durch die gleichzeitige Nabelschnurkompression zur Hirnschädigung oder sogar zum Tod des Kindes kommen. Der wichtigste Risikofaktor ist ein hohes kindliches Geburtsgewicht (>4000g). Dennoch ist eine zuverlässige Risikoselektion vor der Geburt

¹⁴ Eine funktionelle Hirnschädigung des Kindes wird als infantile Zerebralparese bezeichnet. Die zu Grunde liegende kindliche Hirnentwicklungsstörung kann unterschiedlichste Ursachen haben. Sauerstoffmangel, Nabelschnurkomplikationen, Infektionen, Hirnblutungen und Unfälle können im gesamten Verlauf der Schwangerschaft, am häufigsten jedoch zum Zeitpunkt um die Geburt (perinatal) zur Hirnschädigung führen.

bezüglich eintretender Schulterdystokien kaum möglich. So folgert Gnirs (2000), dass auch die neonatale Morbidität wahrscheinlich eher durch geeignetes Training aller Geburtshelfer als durch Steigerung der Operationsrate reduziert werden könnte.

Auf der anderen Seite haben Kinder, die per Kaiserschnitt geboren werden häufiger Anpassungsstörungen oder entwickeln ein Atemnotsyndrom. Die wegen Atemstörung notwendige Kindsverlegung ist mit 0,9% nahezu doppelt so häufig erforderlich wie nach vaginalen Entbindungen (0,5%) (Schneider S. 119, in Huch 2001). Auch kommt es bei 1,9% aller durchgeführten Kaiserschnitte zu Schnittverletzungen des Kindes bei der Operation (Smith et al., 1997).

Nicht vergessen werden sollte auch, dass mit der Festlegung des Geburtsdatums beim Kaiserschnitt Probleme wie Frühgeburtlichkeit durch Fehleinschätzung des Schwangerschaftsalters künstlich erzeugt werden können. Eine Kohortenstudie konnte zeigen, dass in einer brasilianischen Kleinstadt die Frühgeburtenrate von 6,3% in 1982 auf 16,2% in 2004 angestiegen war. Zurückgeführt wurde dieses Phänomen vor allem auf die zunehmende unkritische Anwendung von Ultraschalluntersuchungen zur Terminbestimmung und auf die starke Zunahme von Kaiserschnittentbindungen und Geburtseinleitungen vor Wehenbeginn (Barros, 2005).

3 Fragestellung

Wie die voran gestellten Ausführungen gezeigt haben, liegt den steigenden Kaiserschnitttraten ein komplexes Ursachenbündel zu Grunde. Einflussfaktoren liegen sowohl auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Versorgungssystems selber als auch auf Seiten Schwangerer und ihrer Partner. Die Literaturübersicht hat gezeigt, dass schwangeren Frauen zunehmend ein Selbstbestimmungsrecht zugestanden wird, wie sie im Sinne des „shared decision making“ auch aktiv in die Entscheidung für einen Kaiserschnitt eingebunden werden sollen. Diese Perspektive gipfelt in der Diskussion um den „Wunschkaiserschnitt“, der als Ausdruck eines – möglicherweise falsch verstandenen – Selbstbestimmungsrechts über den weiblichen Körper gedeutet wird. Interessanterweise wird Frauen eine mächtige Rolle zugestanden – befragt wurden sie bislang allerdings nur selten.

Diese Lücke will die GEK-Kaiserschnittstudie schließen. Zum einen sollen die vorhandenen Routinedaten mit der Frage ausgewertet werden, ob sich Muster in der Kaiserschnittprävalenz aufzeigen lassen. Von Interesse sind hier sowohl regionale Variationen als auch soziodemografische und medizinische Variablen. Die zentrale Frage ist, ob es identifizierbare Einflussfaktoren (z.B. Alter, definierte Vorerkrankungen) gibt, die sich zur Erklärung der steigenden Sectionsraten heran ziehen lassen. Zum anderen sollen aber auch diejenigen Frauen befragt werden, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden haben. Im Zentrum des Interesses stehen sowohl die subjektiven Hintergründe und Motive als auch die Erfahrungen mit dem Kaiserschnitt sowie der Beratungs-, Betreuungs- und Informationsbedarf. Untersucht werden u.a. die folgenden Fragen und Themen:

- Wie hoch ist der Anteil der primären, wie hoch der Anteil der sekundären Sectiones?
- Entscheidungswege bei sekundärer Sectio
- Welche Gründe und Motive liegen der primären Sectio zu Grunde?

- Einbindung in die Entscheidung zum Kaiserschnitt und Zufriedenheit mit der Information durch geburtshilfliches Personal
- Einstellung verschiedener Akteure zum Kaiserschnitt (eigene Einstellung, Einstellung des Partners, der Ärztin/des Arztes und der Hebamme)
- Informationsbedürfnis: Wie haben sich Frauen über die Sectio im Vorfeld informiert? Wie wurde die Entscheidung gefällt? Mit wem haben sich die Frauen beraten? Welchen Anteil hatte/n der/die betreuende Gynäkologe/Gynäkologin, welchen die Hebamme? Welche Fragen sind offen geblieben? Welche Erwartungen hatten/haben die Frauen an ihre Krankenkasse in Bezug auf Information, Beratung und Begleitung?
- Generelle Einstellung zum Kaiserschnitt vor und nach der Geburt
- Wahrgenommene Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts

Ziel ist es, mit dem Projekt Informationen zur Verfügung zu stellen, um ein frauengerechtes Versorgungsangebot entwickeln zu können.

4 Methoden

Die Fragestellung wurde mit zwei unterschiedlichen methodischen Ansätzen bearbeitet. Zum einen wurden die Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse ausgewertet, um die Verteilungsmuster der Kaiserschnittgeburten beschreiben zu können. Zum anderen wurden alle GEK-versicherte Frauen befragt, die im Jahr 2004 ihr Kind bzw. ihre Kinder per Kaiserschnitt entbunden haben. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der beiden Teiluntersuchungen genauer beschrieben.

4.1 Analyse der Routinedaten (*Dr. Christel Schicktanz*)

Für die Analysen der Routinedaten wurde auf eine Aufstellung aus dem GEK-Data Warehouse zurückgegriffen, die zum einen alle Frauen mit einem Kaiserschnitt im Zeitraum 2003 und 2004 (5.361) und darüber hinaus alle Entbindungen mittels Spontangeburt im selben Zeitraum (14.823) umfasst. Diese Daten entstammen einer Auswertung der Entgeltartenschlüssel (EKZ) aus den 301er-Abrechnungen der Krankenhäuser gegenüber der GEK. Es handelt sich somit um Sekundärdaten – also Abrechnungsdaten einer Krankenkasse und nicht um eine Datenerhebung für klinische Auswertungen, so dass hier ausschließlich eine explorative Analyse möglich ist.

Anhand der Stammdaten der Krankenkasse wurde für diese Frauen der Versichertenzeitraum untersucht und für die nachfolgenden Analysen die Untersuchungsgruppe auf die durchgängig Versicherten für jeweils zwei Jahre beschränkt. Dazu wurden die Frauen mit einem historisch geführten Stammdatensatz verlinkt, der die Versicherten auch beim Wechsel der Versichertennummer zum Beispiel durch einen Wechsel von selbst- zu familienversichert zuordnen kann (Glaeske & Janhsen, 2005). Der Zeitraum umfasst das jeweilige Ereignisjahr und das der Entbindung vorher gehende Jahr.

Für diese Versicherten wurden Informationen aus

- den Stammdaten hinsichtlich Alter, Staatsangehörigkeit, Beitragsgruppe, Wohnort und Familienstand
- den Arzneimittelverordnungsdaten hinsichtlich Verordnungshäufigkeiten und Art der verschriebenen Medikamente und
- den ambulanten Daten¹⁵ und den stationären Daten hinsichtlich Art und Anzahl der gestellten Diagnosen für den Zeitraum 2002 bis 2004

analysiert. Diese Daten liegen personenbezogen, aber pseudonymisiert vor.

Auf der Grundlage der GEK-Daten wurden Kaiserschnittprävalenzen für die Untersuchungsjahre 2003 und 2004 errechnet. Für regionale und zeitliche Vergleiche sollten jedoch altersstandardisierte Prävalenzen herangezogen werden. Deshalb wurden die ermittelten Kaiserschnittprävalenzen mit Hilfe der KM6 Statistik gewichtet. Da sich die Reproduktionsphase auf bestimmte Altersklasse bezieht, wurden für die Gewichtung nur der Altersbereich zwischen 0 und 50 Jahren berücksichtigt. Eine weitere Eingrenzung der Daten auf den Bereich zwischen 10 und 50 Jahren war leider aufgrund der KM6-Daten nicht möglich. Die gesamte Standardpopulation umfasst somit insgesamt 21.920.447 weibliche Versicherte. Für den regionalen Vergleich wurden einstellige Postleitzahlen der versicherten Frauen herangezogen und jeweils für 2003 und 2004 eine Karte erstellt. Die Einfärbungsgrenzen wurde festgelegt, indem anhand aller Werten der zwei Jahre (= 20 Werte bei 10 Postleitzahlen) Quartilsgrenzen ermittelt wurden. Diese Quartilsgrenzen wurden für beide Jahre zu Grunde gelegt, um einen direkten Vergleich zu ermöglichen

¹⁵ Ambulante Daten standen für das Jahr 2004 I.-III. Quartal mit Einschränkungen zur Verfügung (Im I. Quartal fehlen noch Daten aus der KV Schleswig Holstein zu den extern abgerechneten Fällen. Für das II. Quartal fehlen vollständig die Daten der KV Südwürttemberg, aus Niedersachsen und Sachsen fehlen maßgebliche Daten zu regional abgerechneten Fällen, Von der KV Bayern fehlen lediglich die extern abgerechneten Fälle.)

Für die Darstellung der Arzneimittelverordnungen wird auf den ATC-Index des WiDO (Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen), der seit Dezember 2004 für Deutschland gültig ist, zurückgegriffen (ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Code).

Die Auswertungen der Ambulanten- und Krankenhausdaten beziehen sich auf die ICD-10 Klassifizierung der WHO, wobei bei den Stationären Daten nur die Hauptdiagnose berücksichtigt wurde. Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene ICD-10 wird weltweit zur Diagnosenklassifikation eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom DIMDI erstellt und herausgegeben (www.tumorzentrum.klinikum.uni-erlangen.de).

4.2 Befragung

4.2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf

Für die Erfassung der Motive und Entscheidungswege wurden alle Frauen befragt, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden haben (Aufnahme in der Klinik im Jahr 2004, ohne Totgeburten, nur laufende Mitgliedschaften).¹⁶ Hierzu wurden in der GEK-Hauptverwaltung alle Frauen mit Kaiserschnittentbindung anhand des Stammdatensatzes und des OPS-Schlüssels (Operationen- und Prozedurenschlüssel) identifiziert. Von den 8.871 Entbindungen erfolgten 2.685 (30,3%) per Kaiserschnitt; der Anteil der Schnittentbindungen liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 25,5%. Die Fragebögen wurden auf der ersten

¹⁶ Eine Abweichung der Anzahl der Kaiserschnittentbindungen im Jahr 2004 von den für die Analyse der Routinedaten einbezogenen Frauen erklärt sich daraus, dass nur die Versicherten angeschrieben wurden, die zum Befragungszeitpunkt noch bei der Gmünder Ersatzkasse versichert waren, während für die Analyse anhand der Routinedaten alle Entbindungen von Frauen einbezogen wurden, die in diesem Zeitraum jemals bei der GEK versichert waren. Des Weiteren unterliegt der Stammdatensatz einer Krankenkasse einem permanenten, wenn auch geringen Wandel, da die Versicherten stetig wechseln können bzw. sich ihr Versichertenstatus ändert (z. B. selbstversichert / familienversichert).

Seite mit der Pseudonummer versehen, um den Datensatz der Befragung für erweiterte Auswertungen mit dem Stammdatensatz verbinden zu können.¹⁷

Der Versand der Fragebögen erfolgte durch die GEK im Juli 2005, ein Rückumschlag mit der Adresse der Universität Bremen war beigelegt. Die Rücksendefrist war für den 15.8.2005 angegeben. Eine Nachfassaktion war nicht vorgesehen. Bis zu dem genannten Termin gingen 1.339 Fragebögen ein; die Rücklaufquote beträgt damit 48% und kann als zufrieden stellend bewertet werden.

Die eingegangenen Fragebögen wurden von der Projektmitarbeiterin durchgesehen, auf Inkonsistenzen geprüft (z.B. wenn Frauen beide Fragebogenteile zur primären und zur sekundären Sectio beantwortet hatten) und die Antworten auf die offenen Fragen wurden kodiert. Anschließend wurden die Daten in eine SPSS-Datenmaske eingegeben.¹⁸ Ergänzend wurden die Klartextangaben bei zwei Fragen¹⁹ sowie bei freien Anmerkungen am Ende des Fragebogens erfasst.²⁰

4.2.2 Fragebogen

Für die Untersuchung wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Gründe für den Kaiserschnitt, die Motive der Frauen für eine primäre Sectio, die

¹⁷ Leider haben insgesamt 228 (17%) der befragten Frauen die erste Seite des Fragebogens entfernt, so dass keine Verknüpfung mit dem Stammdatensatz möglich ist. In diesen Fällen liegen uns keine Angaben zum Alter der Versicherten, zum Wohnort und zu Vorerkrankungen vor.

¹⁸ Wir bedanken und bei den studentischen Hilfskräften Stefanie Schmidt und Alexandra Veit für die zuverlässige Eingabe der Daten.

¹⁹ Es handelt sich um die Fragen 24 „Welche Fragen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft/dem Kaiserschnitt blieben unbeantwortet?“ und 31 „Was könnte die GEK tun, um Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt und bei der Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt noch besser zu unterstützen?“

²⁰ Der Fragebogen endet mit der Bemerkung „Haben wir was vergessen? Möchten Sie uns etwas mitteilen? Bitte benutzen Sie die Rückseite dieses Fragebogens!“ Viele Frauen nutzen die Gelegenheit – zum Teil sehr ausführlich – ihre Anmerkungen, Gedanken, Erlebnisberichte und Fragen niederzulegen.

Entscheidungsprozesse bei einer sekundären Sectio, die Einstellungen zum Kaiserschnitt und den Beratungsbedarf erfasste.²¹ Da der Fragebogen sowohl an Frauen mit primärer Sectio als auch an Frauen mit sekundärer Sectio ging, bestand er aus mehreren Teilen, die – zumindest teilweise – nur von der einen oder der anderen Gruppe beantwortet werden sollten. Folgende Fragenkomplexe wurden erfragt (siehe den Fragebogen im Anhang):

Angaben zum Kind/zu den Kindern

- Einling/Mehrling
- Geschlecht des Kindes
- Schwangerschaftswoche der Geburt
- ggfs. Alter vorheriger Kinder und Geburtsmodus

Soziodemografische Angaben

- Lebensform (allein, mit Partner/in, mit anderen Erwachsenen, mit weiteren Kindern)
- Höchster Schulabschluss
- Haushaltsnettoeinkommen

Einstellung zum Kaiserschnitt

- Subjektive Vor- und Nachteile eines Kaiserschnitts (offene Frage)
- Meinung zum Kaiserschnitt: Erfragt wurde, ob sich die Einstellung zum Kaiserschnitt durch die Erfahrung einer Sectio verändert hat

²¹ Bei der Entwicklung des Fragebogens haben uns zahlreiche Kolleginnen mit Expertise in der Geburtshilfe unterstützt. Wir möchten uns hiermit herzlich bei Dipl. Berufs-päd. Barbara Baumgärtner (Bremen), Dr. med. Karin Faisst (Zürich), Dipl.-Psych. Ulrike Hauffe (Bremen), Dr. phil. Claudia Hellmers (Osnabrück), Corinna Schach (Bremen) und Dipl.-Psych. Oda von Rahden (Bremen) bedanken.

- Einstellung zum Kaiserschnitt: Vorgegeben waren 19 Items, die auf einer vierstufigen Skala („Dem stimme ich voll/etwas/eher nicht/überhaupt nicht zu“) beantwortet werden sollten. Dabei wurden sowohl positive als auch negative Meinungen zum Kaiserschnitt formuliert. Itembeispiele:
 - Eine Frau sollte selbst entscheiden dürfen, ob sie einen Kaiserschnitt will oder nicht, selbst wenn es keinen medizinischen Grund gibt.
 - Ein Kaiserschnitt sollte nur im Notfall gemacht werden.
 - Ein Kaiserschnitt ist bequemer als eine normale Geburt.
 - Die Folgen eines Kaiserschnitts werden häufig unterschätzt.
- Zufriedenheit mit der Entscheidung: Es wurde erfragt, ob sich die Befragte unter den gleichen Umständen noch einmal für einen Kaiserschnitt entscheiden würde und ob sie einer Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen würde.

Informationsquellen und Informationsbedarf

- Informationsquellen, Häufigkeit der Nutzung und Zufriedenheit mit den Informationen: Vorgegeben waren unterschiedliche Informationsquellen (z.B. Frauenarzt/Frauenärztin, Hebammen in der Schwangerenbetreuung, Freundinnen, Medien); erfragt wurde sowohl die Häufigkeit der Nutzung (häufig/manchmal/selten/nie) als auch die Zufriedenheit mit den Informationen (Bewertung mit Schulnoten)

Bei primärer Sectio (Entscheidung zum Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen):

- Zeitpunkt der Entscheidung
- Meinung des Arztes/der Ärztin, der Hebamme, des Partners und eigene Meinung zu der Entscheidung
- Zufriedenheit mit der Information zu Ablauf und Folgen des Kaiserschnitts durch Ärztin/Arzt und ggfs. Hebamme

- Gründe für die Entscheidung: Vorgegeben war eine Liste mit 26 möglichen Gründen, deren Relevanz für die Entscheidung auf einer vierstufigen Skala beurteilt werden sollte („War ein sehr wichtiger Grund/war ein wichtiger Grund/spielte teilweise eine Rolle/spielte keine Rolle bzw. trifft nicht zu“). Erfragt wurden sowohl medizinische als auch psychosoziale Gründe. Itembeispiele:
 - Das Kind war zu groß bzw. das Becken zu klein.
 - Ich hatte Angst vor den Geburtsschmerzen.
 - Die vorherige Geburt war sehr schwierig.
 - Ich hatte Angst vor den körperlichen Folgen einer normalen Geburt.

Bei sekundärer Sectio (Entscheidung zum Kaiserschnitt unter der Geburt):

- Grund für den Kaiserschnitt (offene Frage, anschließend kodiert)
- Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittentbindung (subjektive Einschätzung)
- Shared decision making: Erfragt wurde, inwieweit sich die Gebärende und ihre Begleitperson in die Entscheidung einbezogen wurden, Zufriedenheit mit dem Grad der Einbindung (bzw. Überforderung durch die Einbindung) und Grad der Informiertheit durch Arzt/Ärztin und Hebamme, um mitentscheiden zu können.

5 Ergebnisse

5.1 Auswertung der GEK-Routinedaten

(Dr. Christel Schickanz)

5.1.1 Auswertung der Stammdaten

In die Auswertung gingen 7.380 Frauen mit einer Spontangeburt (einschließlich Geburten mit Zange oder Saugglocke) und 2.513 Frauen mit einem Kaiserschnitt im Jahr 2003 ein. Im Jahr 2004 entbanden 7.443 Frauen spontan und 2.848 per Kaiserschnitt. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten an allen Geburten GEK-versicherter Frauen beträgt damit im Jahr 2003 25,40% und im Jahr 2004 27,67%. In den Tabellen 5.1 und 5.2 erfolgt eine Aufschlüsselung dieser Versicherten nach dem Familienstand.

Tab. 5.1: Übersicht über die Anzahl der Geburten im Jahr 2003 unterschieden nach Entbindungsart und Familienstand

Familienstand	Anzahl von Frauen mit Spontangeburt im Jahr 2003 (%)	Anzahl von Frauen mit Kaiserschnitt im Jahr 2003 (%)
verheiratet	3.803 (51,53%)	1.384 (58,07%)
ledig	1.178 (15,96%)	381 (15,16%)
geschieden	232 (3,14%)	86 (3,42%)
verwitwet	13 (0,18%)	7 (0,28%)
familienversichert/unbekannt	2.154 (29,19%)	655 (26,06%)
Gesamt	7.380 (100%)	2.513 (100%)

Im Vergleich der beiden Geburtsformen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Gut die Hälfte der Frauen mit Geburt oder Kaiserschnitt ist im Jahr 2003 selbst versichert und verheiratet. Auch der Anteil der geschiedenen Frauen ist mit 3,42% bei Kaiserschnitt und 3,14% bei Spontangeburt ähnlich. Die Anzahl der verwitweten Frauen ist bei den Kai-

schnittgeburten zwar geringgradig höher als bei den spontanen Geburten, aber durch die wenigen Fälle nur wenig aussagekräftig. Ca. 28% der Versicherten hatte die Kodierung ‚0‘, die für entweder familienversichert oder „Vorgang abgeschlossen, aber unbekannt“ steht. Somit ist in diesen Fällen keine eindeutige Zuordnung möglich.

Tab. 5.2: Übersicht der Geburten im Jahr 2004 unterschieden nach Entbindungsart und Familienstand

Familienstand	Anzahl von Frauen mit Spontangeburt im Jahr 2004 (%)	Anzahl von Frauen mit Kaiserschnitt im Jahr 2004 (%)
verheiratet	3.686 (49,52%)	1.484 (52,11%)
ledig	1.379 (18,53%)	486 (17,06%)
geschieden	248 (3,33%)	101 (3,55%)
verwitwet	10 (0,13%)	7 (0,25%)
familienversichert/unbekannt	2.120 (28,48%)	770 (27,04%)
Gesamt	7.443 (100%)	2.848 (100%)

Im Jahr 2004 hat sich der Anteil der ledigen Frauen gegenüber der verheirateten leicht erhöht, ansonsten haben sich die Verhältnisse aber nicht deutlich verändert.

Tab. 5.3: Entbindungsmodus nach Alter und Untersuchungsjahr (Angaben in Prozent für den jeweiligen Geburtsmodus)

Alter in Jahren	Vaginale Geb. 2003	Sectio 2003	Vaginale Geb. 2004	Sectio 2004
10 bis unter 20	2,63	2,03	2,86	2,49
20 bis unter 30	45,05	38,24	44,78	38,80
30 bis unter 40	49,67	56,39	49,03	53,79
40 bis unter 50	2,64	3,34	3,33	4,92

Tab. 5.3 zeigt die Altersverteilung der Frauen in 10 Jahres Altersklassen nach der Entbindungsart. Deutlich zu erkennen ist die höhere Besetzung der Altersklassen 30 Jahre und älter bei Frauen mit einem Kaiserschnitt. Das Durchschnittsalter der Frauen mit Kaiserschnitt lag mit 30,2 Jahren jeweils ungefähr ein Jahr über dem der Frauen mit einer Spontangeburt (29,2 Jahre in 2003 und 29,3 Jahre in 2004).

Eine weitere Variable aus den Stammdaten ist die Staatsangehörigkeit der Versicherten, mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Nationen. Über 90% der Mütter haben eine deutsche Nationalität, gefolgt von türkischen Müttern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Es findet sich kein Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und der Staatsangehörigkeit.

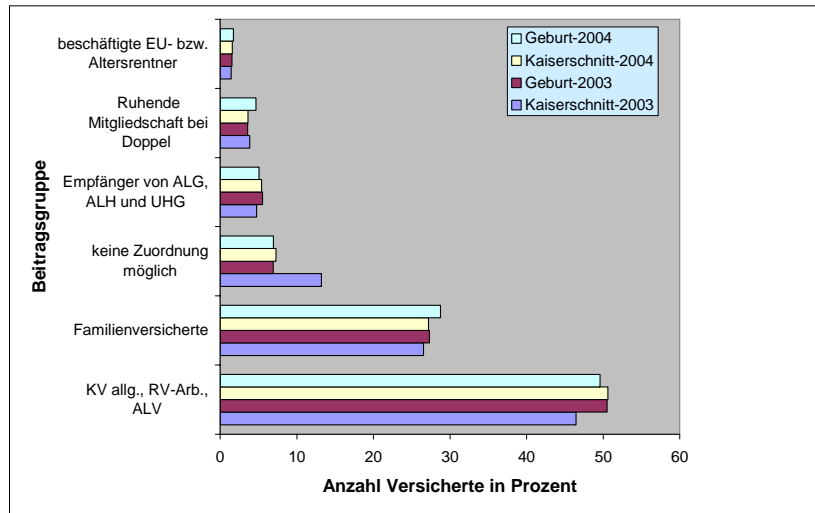


Abb. 5.1: Häufigste Beitragsgruppen der Frauen mit Geburt oder Kaiserschnitt in den Jahren 2003 und 2004 in Prozent

Eine Auswertung in Bezug auf die Beitragsgruppe führt ebenfalls zu keinen relevanten Ergebnissen. Wie aus Abb. 5.1 zu erkennen ist, sind mit ca. 50% die meisten Versicherten allgemein krankenkassenversichert mit Rentenabgaben und Arbeitslosenversicherung bzw. fami-

liensversichert ohne Beschäftigung. Dabei besteht kein Unterschied nach Entbindungsart oder Ereignisjahr.

5.1.2 Regionale Verteilung

Für die folgenden Analysen zur regionalen Verteilung und zum Zusammenhang zu vorbestehenden Krankheiten wurden nur die durchgehend versicherten Frauen betrachtet. Als durchgehend versichert gelten Frauen, die im gesamten Ereignisjahr und dem voran gegangenen Jahr versichert waren. Diese Einschränkung der Versicherten ermöglicht eine aussagekräftige Auswertung der nachfolgenden Arzneimittelverordnungsdaten und eine Beurteilung sowohl der stationären Aufenthalte, wie auch der ambulanten Diagnosen.

Tab. 5.4: Durchgehend versicherte Frauen nach Entbindungsart in den Jahren 2003 und 2004

Entbindungsart	Frauen im Jahr 2003	Frauen im Jahr 2004
Spontangeburt	5.967	5.719
Kaiserschnitt	2.035	2.156
Gesamt	8.002	7.875

In der Gruppe der durchgehend versicherten Frauen lag die Kaiserschnitttrate im Jahr 2003 bei 25,43%, im Jahr 2004 bei 27,38%, also geringfügig niedriger als in den zuvor betrachteten Gruppen.

In den Abbildungen 5.2 und 5.3 ist die Kaiserschnitthäufigkeit hinsichtlich der regionalen Verteilung dargestellt. Für das Jahr 2003 zeigt sich ein angedeuteter Ost-West-Unterschied, mit geringen Kaiserschnitttraten im Osten und höheren im Westen. Im Jahr 2004 scheint sich das Bild zu ändern, da die Prävalenzen im Norden hoch sind und nur noch im östlichen Teil (PLZ 0 und 1) bzw. im Bereich PLZ 3 geringe Kaiserschnittprävalenzen auftreten.

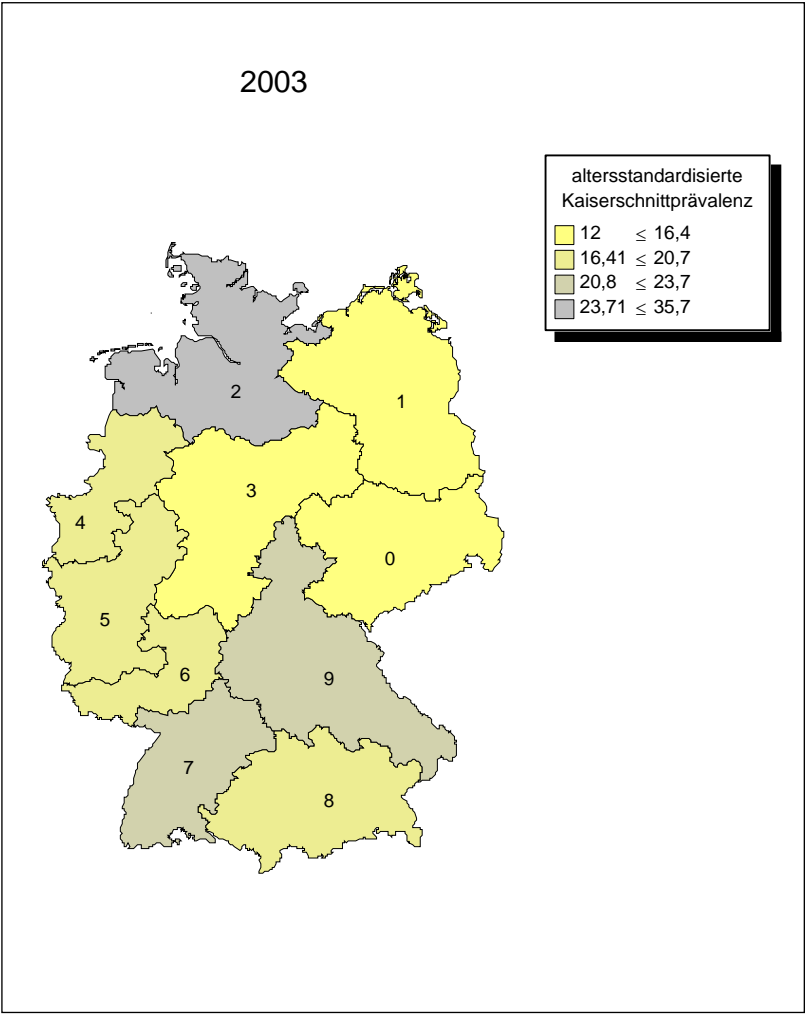


Abb. 5.2: Kaiserschnitthäufigkeit der durchgehend versicherten Frauen der GEK im Jahr 2003 altersstandardisiert mit der KM6

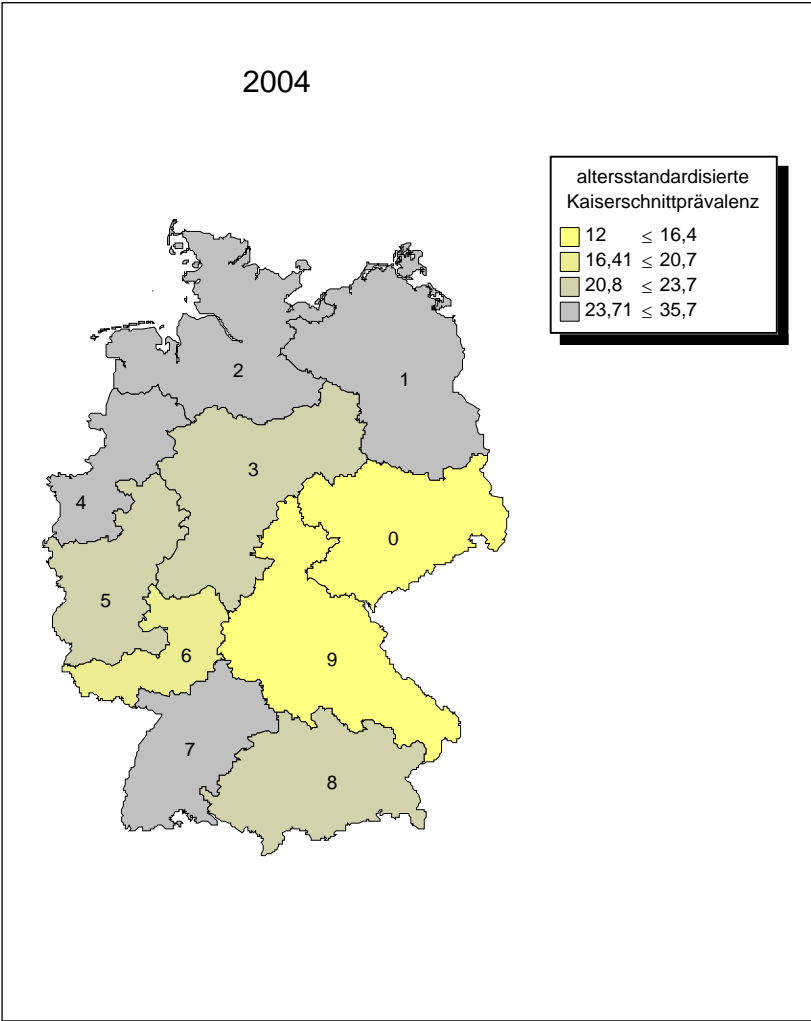


Abb. 5.3: Kaiserschnittprävalenzen der durchgehend versicherten Frauen der GEK im Jahr 2004 altersstandardisiert mit der KM6

Abb. 5.4 gibt Hinweise auf die Entwicklung der Kaiserschnittraten in den unterschiedlichen Regionen. Es zeigt sich, dass einzelne Regionen starke Anstiege bei der Kaiserschnittprävalenz aufweisen (PLZ = 1, 3 und 4), während die Rate in anderen Regionen nahezu gleich bleibt (PLZ = 0, 2, 5, 6, 7 und 8) oder sogar zurückgeht (PLZ = 9). Eine eindeutige Trendanalyse ist jedoch aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes nicht möglich. Diese Ergebnisse sind auch aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen Gruppen nur vorsichtig zu interpretieren.

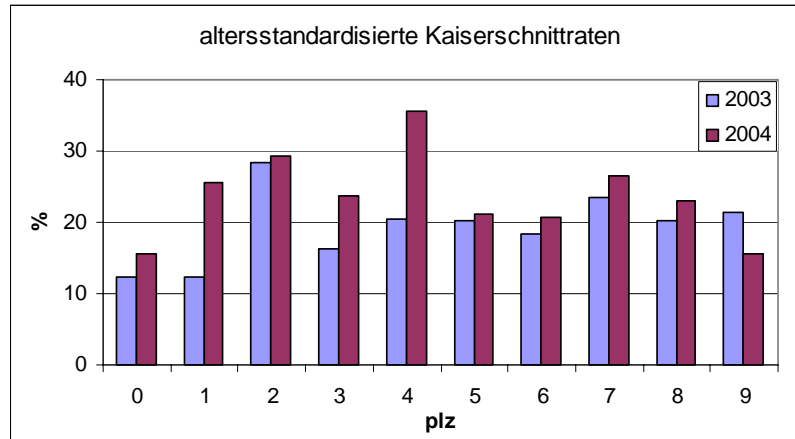


Abb. 5.4: Altersstandardisierte Kaiserschnittraten für die Jahre 2003 und 2004 nach 1-stelliger Postleitzahl

5.1.3 Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Arzneimittel-Verordnungsdaten

Neben den Verordnungen an Fertigarzneimitteln mit einer Codierung nach dem ATC-Code (Anatomical Therapeutic Chemical Code) finden sich in den ausgewerteten Daten auch Rezepturen und Zubereitungen, verordnete Arzneimittel ohne Pharmazentralnummer, Leih- und Mietgebühren, die der Krankenkasse in Rechnung gestellt wurden, sowie eine Reihe von pflanzlichen oder homöopathischen Mitteln zum Beispiel zur

Abwehrstärkung, bei Erkrankungen der Atemwege oder bei Pilzinfektionen.

Für Aussagen hinsichtlich des verordneten Medikaments und einer möglichen Erkrankung der Frau gibt der ATC-Code eine übersichtliche Einteilung. Bei den untersuchten Frauen wurde im Besonderen nach den am häufigsten verordneten Medikamenten, gruppiert anhand des 3-stelligen ATC-Codes, und Hinweisen auf möglichen Verbindungen einer Verordnung mit Erkrankungen, die zu einem Kaiserschnitt führen könnten, geachtet. Zur Übersicht sind im nachfolgenden Text zuerst die Gesamtzahlen an Verordnungen für die betrachteten Gruppen und Zeiträume nach Versichertenanzahlen genannt.

Kaiserschnitt oder Spontangeburt im Jahr 2003

Verordnung in 2002: In 2002 wurden bei 1.839 Frauen, die im Folgejahr einem Kaiserschnitt hatten, insgesamt 14.684 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 7,98 Verordnungen) beobachtet. Für die entsprechenden 5.310 Frauen mit Spontangeburt ergaben sich 36.790 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 6,93 Verordnungen).

Verordnung in 2003: Für die Frauen mit einem Kaiserschnitt im Jahr 2003 konnten im gleichen Jahr 17.347 Arzneimittelverordnungen ermittelt werden. Diese Anzahl an Verordnungen verteilt sich auf 1.989 Frauen (pro Frau im Schnitt 8,72 Verordnungen). Bei einer Spontangeburt im gleichen Jahr wurde bei 5.654 Frauen eine Anzahl von 43.247 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 7,65 Verordnungen) ermittelt.

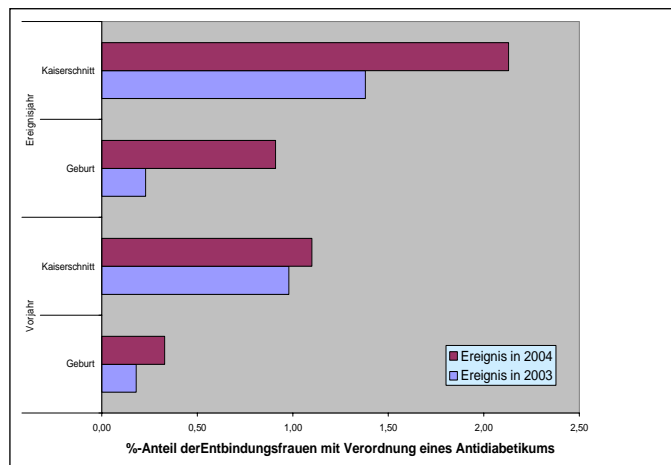
Kaiserschnitt oder Spontangeburt im Jahr 2004

Verordnung in 2003: Betrachtet man die Frauen mit einem Kaiserschnitt im Jahr 2004 hinsichtlich ihrer Verordnungen im voran gegangenen Jahr so zeigen sich für 1.897 Frauen 14.764 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 7,78 Verordnungen). Bei den Versicherten mit einer Spontangeburt ergaben sich für 4.992 Versicherte eine Anzahl von 33.619 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 6,73 Verordnungen).

Verordnung in 2004: Die Ergebnisse für das Jahr 2004 zeigen einen deutlichen Einschnitt im Ordnungsverhalten. Die Anzahl an Verordnungen sind in diesem Jahr in beiden untersuchten Gruppen deutlich

gesunken. 1.865 Frauen mit einem Kaiserschnitt erhielten 9.662 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 5,18 Verordnungen) und 4.633 Frauen mit einer Spontangeburt bekamen 19.370 Verordnungen (pro Frau im Schnitt 4,18 Verordnungen).

Abbildungen 5.6 und 5.7 stellen die häufigsten Indikationsgebiete für eine Verordnung nach dem 3-stelligen ATC-Code für die beiden Ereignisjahre getrennt dar. Lediglich für eine Medikamentengruppe – Antidiabetika – lassen sich deutliche Unterschiede zwischen vaginaler Geburt und Kaiserschnittentbindungen feststellen, die in Abb. 5.5 noch einmal detailliert dargestellt sind. Bei den Kaiserschnittfrauen waren anteilmäßig mehr Verordnungen aus dieser Medikamentengruppe in beiden zu vergleichenden Jahren erkennbar. Da die Antidiabetika zu den Arzneimitteln mit eindeutiger Zuordnung zu einer Erkrankung – dem Diabetes mellitus – gehören, kann davon ausgegangen werden, dass Frauen mit Diabetes häufiger einen Kaiserschnitt bekommen. Deutlich zu erkennen ist auch der Anstieg im Jahr der Entbindung im Vergleich



zum Vorjahr.

Abb. 5.7: Darstellung der untersuchten Frauen mit Verordnung eines Medikaments aus der ATC-Code-Gruppe A10 (Antidiabetika) in Prozent nach Entbindungsart im Bezug zum Ereigniszeitraum

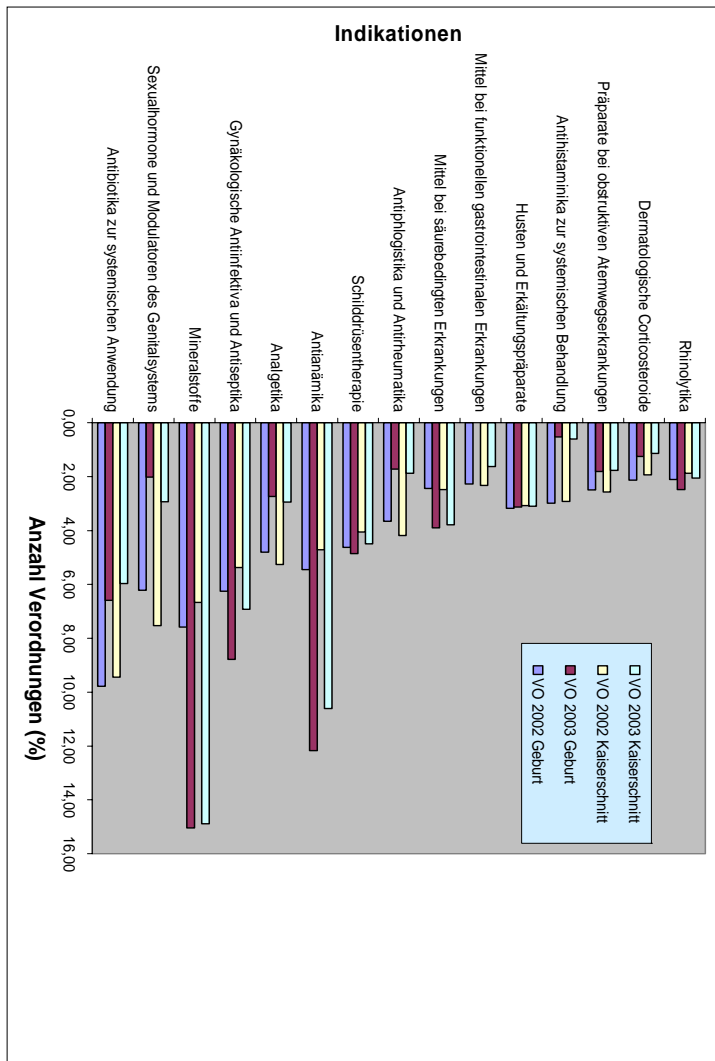


Abb. 5.5: Vergleich der häufigsten Verordnungen nach Entbindungsart (Entbindungen im Jahr 2003)

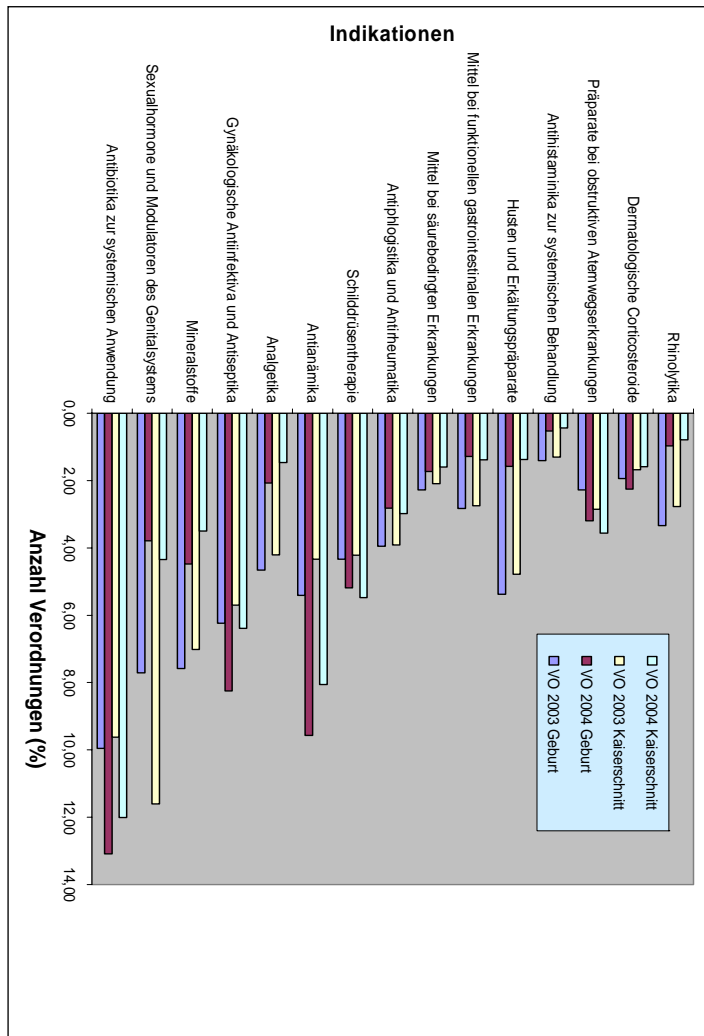


Abb. 5.6: Vergleich der häufigsten Verordnungen nach Entbindungsart (Entbindungen im Jahr 2004)

5.1.4 Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Ambulante Daten

Im Folgenden wird ein Überblick über die ambulanten Diagnosen der untersuchten Frauen gegeben (Tab. 5.5 und Tab. 5.6), um auch auf diesem Weg einen Zusammenhang zwischen Entbindungsmodus und Vorerkrankungen identifizieren zu können. Diese Daten bestätigen das zuvor genannte Ergebnis, dass Frauen, bei denen vor der Geburt ein Diabetes mellitus diagnostiziert wird, häufiger per Kaiserschnitt entbunden werden als andere Frauen. Für weitere Krankheitsbilder lassen sich (auch aufgrund des seltenen Vorkommens, z.B. bei Herzerkrankungen) keine Unterschiede im Geburtsmodus feststellen. Die Anzahl der Diagnosen ist hier als absolute Zahl angegeben, das heißt, dass für eine Frau unterschiedliche Diagnosen auftreten können und auch pro Person die gleiche Diagnose in Abhängigkeit von dem Erstdiagnosezeitpunkt und der Erkrankungsart mehrfach gezählt werden kann. Die Abb. 5.8 stellt die Anzahl der Diagnosen zum besseren Vergleich bezogen auf 100 Versicherte und nach Entbindungsart dar.

Die prozentuale Verteilung der unterschiedlichen Diagnosen zeigt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Entbindungsarten, allerdings sind die Schlüssel „O“ (Schwangerschaft und Geburt), sowie „E“ (Stoffwechsel) auch hier für „Kaiserschnittfrauen“ im Vergleich zur Spontangeburt erhöht.

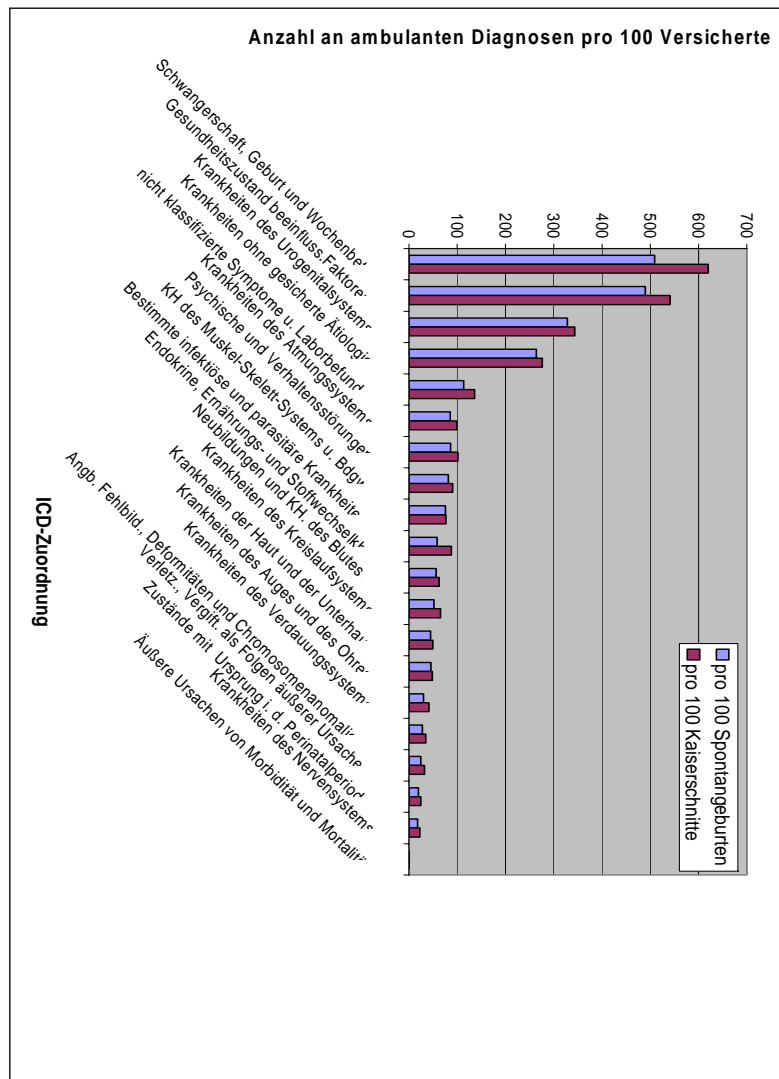


Abb. 5.8: Ambulante Diagnosen pro 100 Versicherte nach Entbindungsart

Tab. 5.5: Übersicht der ambulanten Diagnosen für Frauen, die im Jahr 2004 eine Spontangeburt oder eine Kaiserschnittentbindung hatten

ICD-10-Diagnose	Gesamtzahl der Diagnosen (n=7.774)	Anzahl für Frauen mit Spontangeburt in 2004 (n=5.646)	Anzahl für Frauen mit Sectio in 2004 (n=2.128)
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	41.919	28726	13193
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	39.165	27650	11515
Krankheiten des Urogenitalsystems	25.847	18540	7307
Krankheiten, deren Ätiologie nicht gesichert ist	20.787	14906	5881
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	9.297	6411	2886
Krankheiten des Atmungssystems	6.931	4821	2110
Psychische und Verhaltensstörungen	7.032	4868	2164
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	6.542	4620	1922
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5.894	4264	1630
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	5.180	3307	1873
Neubildungen und Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	4.506	3178	1328

Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4.300	2911	1389
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde und Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	3.574	2546	1028
Krankheiten des Verdauungssystems	2.568	1688	880
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2.322	1582	740
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2.066	1384	682
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	1.620	1095	525
Krankheiten des Nervensystems	1.479	999	480
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	38	32	6
Gesamtzahl der ambulanten Diagnosen	194.661	136071	58590

Tab. 5.6: Übersicht über die prozentuale Verteilung der ambulanten Diagnosen nach Entbindungsart

ICD-10-Diagnose	% Verteilung aller Diagnosen	% Verteilung aller Diagnosen für Frauen mit Spontangeburt	% Verteilung aller Diagnosen für Frauen mit Kaiserschnitt
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	21,53	21,11	22,52
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	20,12	20,32	19,65
Krankheiten des Urogenitalsystems	13,28	13,63	12,47
Krankheiten, deren Ätiologie nicht gesichert ist	10,68	10,95	10,04
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,78	4,71	4,93
Krankheiten des Atmungssystems	3,56	3,54	3,60
Psychische und Verhaltensstörungen	3,61	3,58	3,69
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	3,36	3,40	3,28
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,03	3,13	2,78
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,66	2,43	3,20
Neubildungen und Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2,31	2,34	2,27
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,21	2,14	2,37
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,85	1,87	1,79
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde und Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,84	1,87	1,75

ICD-10-Diagnose	% Verteilung aller Diagnosen	% Verteilung aller Diagnosen für Frauen mit Spontangeburt	% Verteilung aller Diagnosen für Frauen mit Kaiserschnitt
Krankheiten des Verdauungssystems	1,32	1,24	1,50
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1,19	1,16	1,26
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1,06	1,02	1,16
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,83	0,80	0,90
Krankheiten des Nervensystems	0,76	0,73	0,82
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,02	0,02	0,01

(Die von der Gesamtverteilung auffällig abweichenden Werte sind fett gedruckt)

5.1.5 Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Vorerkrankungen: Stationäre Daten

Die Auswertung der Stationären Daten für die Frauen ergab ebenfalls keine deutlichen Unterschiede hinsichtlich des Entbindungstyps und der am häufigsten aufgetretenen ICD-Diagnosen. Diagnosen aus der Gruppe O00-O99 waren wie erwartet am stärksten vertreten, wobei die Anzahl der unterschiedlichen auf 3-Stellen aufsummierten Hauptdiagnosen etwas variierte.

Die häufigsten Diagnosen betreffen die Gruppe O47=Frustrane Kontraktionen (Unnütze Wehen), Blutungen in der Frühschwangerschaft (O20) und abnorme Konzeptionsprodukte (O02).

Die Diagnose Diabetes in der Schwangerschaft (O24) ist im Verhältnis zur jeweiligen Versichertenzahl auch bei den stationären Fällen deutlich häufiger bei den Kaiserschnittfrauen anzutreffen (Kaiserschnitt:vaginaler Geburt = 42:58 bzw. 45:54 für 2003 bzw. 2004). Die Diagnosen des

Diabetes mellitus (E10-E14) findet sich sogar etwas häufiger bei den Frauen mit einer Sectio, nur sich die Fallzahlen mit 9 (Kaiserschnitt 2003) und 14 (Kaiserschnitt 2004) Diagnosen sehr klein.

Die Gesamtzahl der Diagnosen ist bei den Frauen mit Kaiserschnitt etwas höher als bei den Frauen mit einer Spontangeburt wie in Abb. 5.9 zu sehen ist.

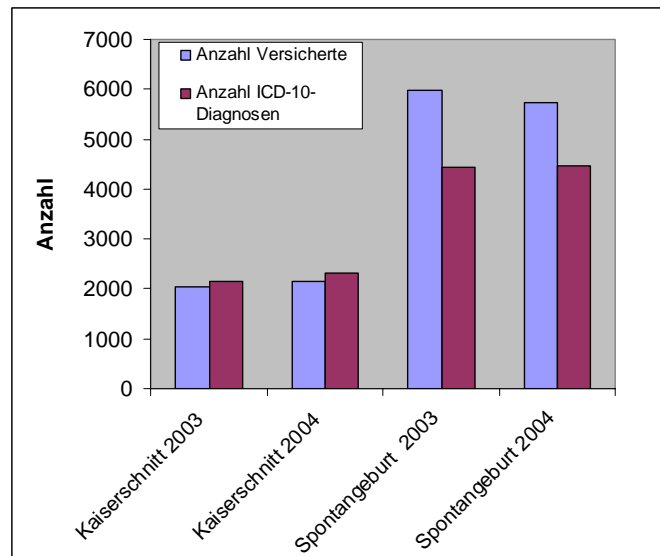


Abb. 5.9: Verhältnis der stationären Hauptdiagnosen zu der Anzahl der Versicherten nach Entbindungsart für das jeweilige Ereignisjahr und das vorherige Jahr

5.2 Ergebnisse der Befragung der Kaiserschnittmütter

5.2.1 Soziodemografische Angaben

Das Durchschnittsalter der Frauen, die in der Befragung geantwortet hatten, lag zum Zeitpunkt des Kaiserschnitts im Jahr 2004 bei 31 Jahren (wobei diese Angaben, wie im Methodenteil erläutert, nur von 83% der Frauen verfügbar waren). Es lag damit 1 Jahr höher als das durchschnittliche Alter aller Mütter bei Geburt im Jahr 2003 (lt. Statistischem Bundesamt). Die jüngste Frau, die geantwortet hat, war 15 Jahre alt, die älteste 46. Von den befragten Frauen hatten 58% das erste Kind bekommen, 42% der Frauen hatten mehrere Kinder. Von den Frauen, die zwei oder mehr Kinder hatten, gaben 59% einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte an. Die Ergebnisse zeigen, dass das Risiko für einen Kaiserschnitt bei Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften und nach künstlicher Befruchtung höher ist, denn der Anteil dieser Umstände ist in der Gruppe der Kaiserschnittgeburten höher als bei anderen Geburten. Der größte Teil der Frauen wurde zwischen der 37. und 41. Woche per Kaiserschnitt entbunden (76%). Frühgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche machten 14,5% der Fälle aus. Dieser Anteil liegt deutlich über dem Frühgeburtenanteil bei allen Geburten, der derzeit in Deutschland bei 8-9% liegt. Der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften lag insgesamt bei 5% (alle Geburten derzeit < 2%), wobei hiervon knapp die Hälfte durch künstliche Befruchtung entstanden war. Insgesamt machten in unserer Umfrage Schwangerschaften nach künstlicher Befruchtung einen Anteil von 7,4% aus.

91% der befragten Frauen lebten in einer festen Partnerschaft, 4% der Frauen waren allein stehend und 2% lebten mit anderen erwachsenen Personen in einem Haushalt (z.B. mit den Eltern), 3% der Frauen hatten dazu keine Angaben gemacht.

Frauen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, hatten häufiger eine höhere Schulbildung als es Frauen in der Allgemeinbevölkerung entspricht (80% hatten mindestens einen Realschulabschluss, nur 0,7% hatten keinen Schulabschluss, 4% haben dazu keine Angabe gemacht). Wie

hoch der Anteil der Migrantinnen ist, lässt sich nicht feststellen, da in der Befragung selbst nicht nach Migrationshintergrund gefragt wurde.

Für die Auswertungen wurden die Frauen in zwei Gruppen eingeteilt, abhängig davon, ob sie einen primären oder einen sekundären Kaiserschnitt gehabt hatten. Bei primären Schnittentbindungen fällt die Entscheidung zur Operation vor Wehenbeginn, das heißt die Frauen haben im Vorfeld oft mehr Zeit, um sich auf die Situation einzustellen. Bei einem sekundären Kaiserschnitt fällt die Entscheidung unter der Geburt, oft handelt es sich dabei dann um eine Notfallmaßnahme, um Risiken für Mutter oder Kind zu vermeiden. Entsprechend sollten sich die Einstellungen und Meinungen zum Kaiserschnitt unterscheiden.

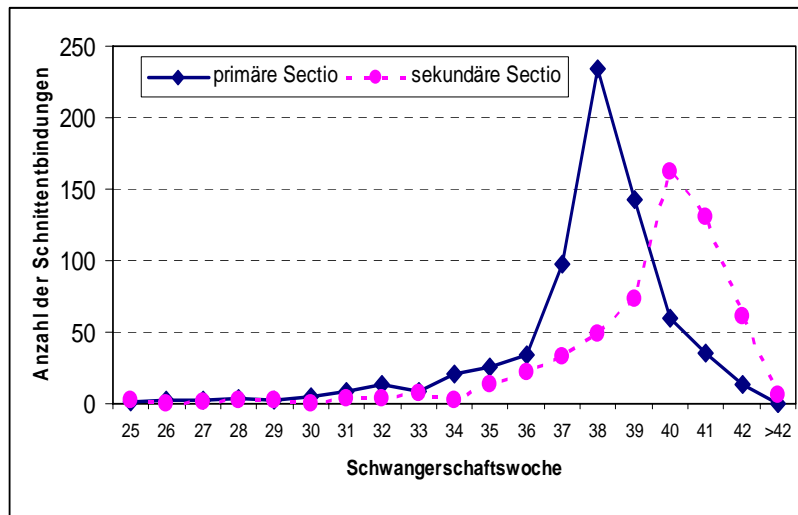


Abb. 5.10: Zeitpunkt des Kaiserschnitts (Angabe in Schwangerschaftswochen) bei primärer und bei sekundärer Sectio

Insgesamt hatten 55% der von uns befragten Frauen einen primären Kaiserschnitt und 45% einen sekundären. Dies entspricht der Verteilung, die sich auch in anderen Studien und an den Perinataldaten ablesen lässt (siehe Kapitel 2.3). Es gab keine wesentlichen Unterschiede hin-

sichtlich des Alters bei Geburt des Kindes, des höchsten Bildungsabschlusses oder des Haushaltseinkommens zwischen diesen beiden Gruppen.

Unterschiede gab es bei den Schwangerschaftswochen, in denen die Kinder geboren wurden (siehe Abb. 5.10). Zwei Drittel der primären Schnittentbindungen wurden zwischen der 37. und 39. Schwangerschaftswoche durchgeführt und damit oft vor dem eigentlichen berechneten Geburtstermin. Auch hatten die Frauen mit einer Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung häufiger einen primären Kaiserschnitt (66%) als Frauen mit einer spontanen Schwangerschaft (54%).

5.2.2 Primäre Kaiserschnittgeburten

Von den befragten Frauen hatten 55% per primärer Sectio entbunden, das heißt die Entscheidung zur Kaiserschnittgeburt war bereits vor Einsetzen der Wehentätigkeit gefallen. Wir haben die Frauen gefragt, wann sie das erste Mal über eine Kaiserschnittgeburt nachgedacht hatten und wann der Entschluss endgültig gefallen war. Die Ergebnisse sind in Tab. 5.7 zusammengefasst.

Der größere Teil der Frauen hat eine Kaiserschnittentbindung erst im Laufe der Schwangerschaft erwogen und entschieden. Nur 11% hatten schon vor der Schwangerschaft über eine Kaiserschnittgeburt nachgedacht, für 9% der Frauen stand bereits vor der Schwangerschaft und für weitere 13% stand zu Beginn der Schwangerschaft fest, dass ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt kommen wird. Von den Frauen, die den Entschluss zum Kaiserschnitt „vor“ oder „zu Beginn“ der Schwangerschaft getroffen hatten, wurden als wichtige und sehr wichtige Gründe für ihre Entscheidung **ein früherer Kaiserschnitt** (vor der Schwangerschaft 35%, zu Beginn der Schwangerschaft 42%; im Laufe der Schwangerschaft 10%), **Empfehlung des Arztes** (50% / 57% / 62%), **Angst um das Kind** (36% / 28% / 42%) und eine **frühere schwere Geburt** (32% / 30% / 10%), **eigene Krankheiten** (31% / 26% / 7%) oder **Angst vor Schmerzen** (21% / 23% / 5%) und vor **stundenlangen Wehen** (21% /

16% / 5%) genannt. Auch Gründe wie **Planbarkeit** (20% / 21% / 3%) und **Schnelligkeit** (20% / 26% / 7%) spielten eine Rolle.

Tab. 5.7: Zeitpunkt der Entscheidung zur primären Sectio

	Vor der Schwangerschaft	Zu Beginn der Schwangerschaft	Im Laufe der Schwangerschaft
Wann primäre Sectio überlegt?	11,2%	17,5%	69,7%
Wann primäre Sectio entschieden?	9,2%	13,3%	75,7%

Frauen, die sich frühzeitig für einen Kaiserschnitt entscheiden, nennen also häufiger als andere Frauen einen vorherigen Kaiserschnitt, eine frühere Geburt, eigene Krankheiten oder Angst vor Geburtsschmerzen und Wehen, aber auch organisatorische Aspekte, wie Planbarkeit und Schnelligkeit als Grund.

Drei Viertel der befragten Frauen hatten sich erst im Verlauf der Schwangerschaft zum primären Kaiserschnitt entschieden. Diese Entscheidung erfolgt – so die differenzierte Analyse – überwiegend erst im letzten Drittel. Erklärlich ist das dadurch, dass zum Beispiel Lageanomalien wie Beckenendlage, vermutete Makrosomie des Kindes, aber auch mütterliche Erkrankungen wie Gestosen und Schwangerschaftsdiabetes erst im letzten Schwangerschaftsdrittel geburtsmedizinisch relevant werden. Gründe wie Angst vor Schmerzen oder die bessere Planbarkeit eines Kaiserschnitts spielen bei diesen Frauen nur selten eine Rolle bei der Entscheidung.

Gründe für die Entscheidung zum primären Kaiserschnitt

Die Frauen mit primärem Kaiserschnitt wurden nach den Gründen für die Entscheidung zum Kaiserschnitt gefragt. Hier war eine Reihe von Antwortmöglichkeiten vorgegeben (siehe Abb. 5.11), und die Frauen konnten für jeden der genannten Gründe angeben, ob er eine sehr wich-

tige, wichtige, weniger wichtige oder keine Rolle bei der Entscheidung gespielt hatte. Der Anteil der Frauen, die keine Angaben zu den einzelnen Vorgaben gemacht hatten lag jeweils zwischen 10 und 15%.

Unter den wichtigen und sehr wichtigen Gründen für die persönliche Entscheidung zum primären Kaiserschnitt (Mehrfachnennungen möglich) wurde die Empfehlung des Arztes am häufigsten genannt (60%), Empfehlungen der Hebamme spielen dagegen kaum eine Rolle (13%). Weitere wichtige oder sehr wichtige Gründe waren ungünstige Lage/Steißlage des Kindes (41%) und Angst um das Kind (39%).

Komplikationen in der Schwangerschaft wurden von 31% der Frauen als wichtige und sehr wichtige Gründe angegeben. Wenn Frauen Komplikationen in der Schwangerschaft genannt hatten, konnte der Grund als Freitextangabe spezifiziert werden. Am häufigsten wurde hier die Gestose genannt („Schwangerschaftsvergiftung“), gefolgt von der Frühgeburtlichkeit des Kindes und fetalen Retardierungen/ Plazentainsuffizienz²². Seltener genannt wurden Bandscheibenprobleme, Blutungen, Diabetes und Nierenprobleme. Von 13 Frauen wurde als Komplikation eine Plazenta praevia angegeben. Eine Plazenta praevia ist eine relativ seltene Implantationsstörung des Mutterkuchens, die aber insbesondere dann auftritt, wenn die Gebärmutter aufgrund eines voran gegangenen Kaiserschnitts vernarbt ist. Von den 13 Frauen mit Plazenta praevia hatten 3 in der Vorgeschichte schon mindestens einen Kaiserschnitt gehabt. 6 Frauen hatten als wichtigen oder sehr wichtigen Grund für den Kaiserschnitt Beschwerden im Bereich der alten Gebärmutternarbe nach früherem Kaiserschnitt angegeben. Zusammen mit den Frauen, die aufgrund von Narbenkomplikationen per sekundärer Sectio entbunden wurden, haben somit insgesamt 1% der befragten Frauen Narbenkomplikationen aufgrund eines früher durchgeführten Kaiserschnittes von sich aus angegeben.

²² Die Plazentainsuffizienz ist eine verminderte Stoffwechselleistung des Mutterkuchens, die zur Unterversorgung des Feten mit Nährstoffen und Sauerstoff führt. Die chronische Unterversorgung des Feten hat eine Entwicklungsstörung mit Untergewicht und Wachstumshemmung zur Folge (Retardierung).

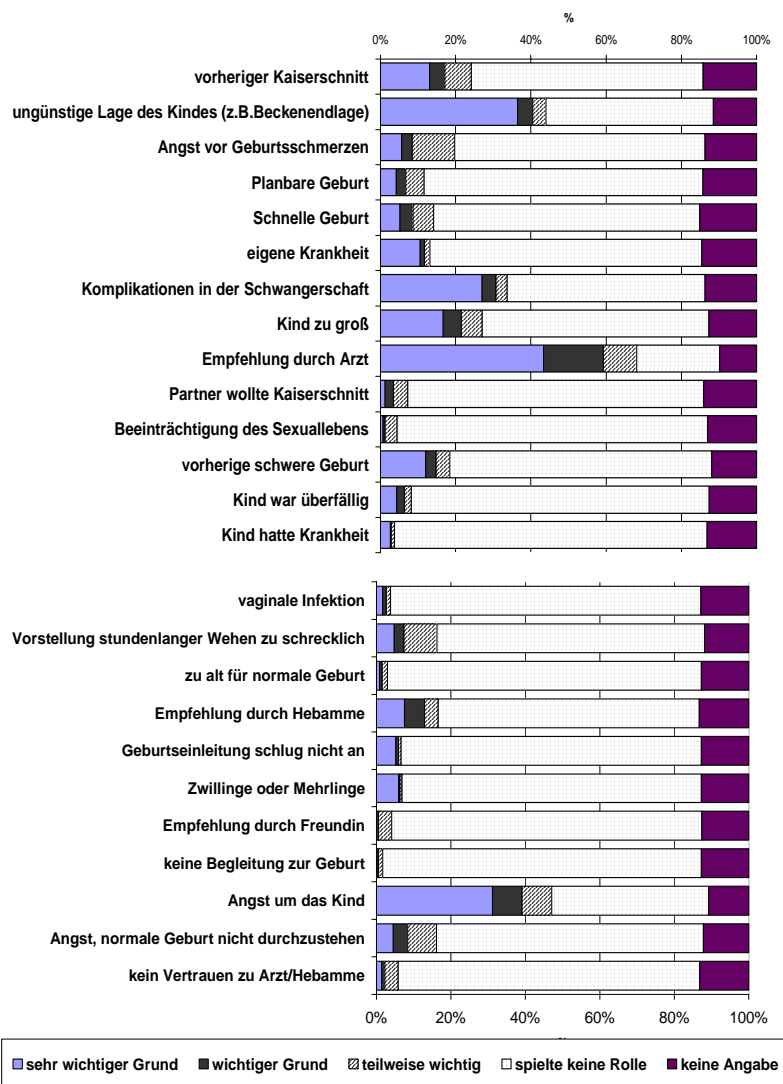


Abb. 5.11: Gründe für die Entscheidung zum primären Kaiserschnitt

Mehr als ein Fünftel der Frauen mit primärem Kaiserschnitt hatten als wichtigen oder sehr wichtigen Grund für ihre Entscheidung eine vermutete **kindliche Makrosomie („Kind zu groß“)** genannt (22%). Von diesen 156 Frauen hatte drei Viertel die Empfehlung des Arztes als wichtig und sehr wichtig eingestuft, eine Empfehlung durch die Hebamme nannten nur wenige dieser Frauen.

Ein **früherer Kaiserschnitt** war für 17% der Frauen ein wichtiger oder sehr wichtiger Grund. Insgesamt hatten allerdings 30% aller Frauen mit primärer Sectio schon mindestens einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte. Eine **vorherige schwere Geburt** hatten knapp 15% der Frauen angegeben. Eine **vorbestehende Erkrankung** war für 12% der Frauen ein wichtiger Grund für die Entscheidung zum Kaiserschnitt. Hier gab es eine Vielzahl von Angaben, die nur auszugsweise wiedergegeben werden können. Mehrfach genannt wurden Bandscheibenprobleme, Beckenfehlstellungen, Herz-Kreislaufkrankungen und schwerere Geburtsverletzungen bei voran gegangenen vaginalen Geburten.

Angst vor Schmerzen, vor **stundenlangen Wehen** und davor, die Geburt nicht durchzustehen, hatten jeweils ca. 8% der Frauen als wichtigen oder sehr wichtigen Grund angegeben. Auch waren diese Aspekte für jeweils 8 bis 11% der Frauen noch teilweise wichtig.

Aspekte der Bequemlichkeit, wie **Schnelligkeit und Planbarkeit** eines Kaiserschnittes hatten wenige Frauen als handlungsbestimmend angegeben (7 bis 9%).

Gerade die von Befürwortern der Wunschsectio häufig angeführte **Beinträchtigung der Sexualität** nach vaginaler Geburt („save your love channel“) spielte bei den hier befragten Frauen praktisch keine Rolle. Nur von insgesamt 1,3% der Frauen wurde dieses als wichtiger oder sehr wichtiger Grund für einen Kaiserschnitt angeführt. Auch das eigene Alter, die Empfehlung der Freundin oder die fehlende Begleitung zur Geburt wurden nur von sehr wenigen Frauen als Grund für den Kaiserschnitt angegeben.

Da das Thema „Wunschsectio“ in der Diskussion eine zentrale Rolle spielt, wurde der Versuch unternommen, aus den Daten diejenigen Frauen herauszufiltern, die sich für eine primäre Sectio ohne medizinische Indikation entschieden hatten. Als Filter dienten bestätigende Antworten auf die Fragen nach Angst („vor der Geburt“, „vor Schmerzen“) und nach Aspekten der Bequemlichkeit („Schnelligkeit“, „Planbarkeit“, „Wunsch des Partners“) und Verneinung von medizinischen Gründen (z.B. Beckenendlage, Schwangerschaftskomplikationen, relevanten Vorerkrankungen). In der Gruppe der Frauen, die ihre erste Schwangerschaft erlebten, konnten insgesamt nur 13 von 356 Frauen identifiziert werden, für die die Klassifikation „Wunschkaiserschnitt“ zutrifft. Unter den Frauen, die bereits mindestens einmal geboren hatten (spontan, vaginal-operativ oder per Sectio), konnten wir insgesamt 15 Frauen (von 377) identifizieren, für die die Einteilung „Wunschsectio“ zutreffend sein könnte. Wichtiger Grund war bei allen diesen Frauen eine vorangegangene traumatische/schwere Geburt bei fehlender Angabe von anderen medizinischen Gründen. Am Gesamtkollektiv (N=1.339) machten die Frauen, die tatsächlich per „Wunschkaiserschnitt“ entbunden hatten (n=28), damit nach unserer Schätzung nur einen Anteil von 2% aus. Dazu kommt in unserem Kollektiv noch ein unbekannt großer Teil von Frauen, die möglicherweise einen reinen Wunschkaiserschnitt gewählt hätten, wenn nicht eine medizinische Indikation wie Beckenendlage oder pathologisches CTG vorgelegen hätte sowie die Frauen, die ihren Wunsch bis zur Geburt nicht formuliert haben und letztlich per sekundärer Sectio entbunden haben. Tendenziell haben diese 28 Frauen eher einen höheren Schulabschluss und ein etwas höheres durchschnittliches Haushaltseinkommen als die Gesamtheit der befragten Frauen.

Einen Hinweis auf eine insgesamt relativ niedrige Rate von Wunschkaiserschnitten geben auch die später noch ausführlicher behandelten Antworten zum Meinungsbild „Selbstbestimmungsrecht“. Hier hatten insgesamt nur 4,4% der Frauen der Aussage: „Keine Frau sollte sich den Risiken einer normalen Geburt aussetzen“ vollständig zugestimmt. Es scheint also, dass der „Wunschkaiserschnitt“ in seiner Bedeutung für die Steigerung der Sectorate in der fachwissenschaftlichen Diskussion überschätzt wird.

Meinung der Beteiligten zum Kaiserschnitt

Mit mehreren Fragen wurde die Einstellung der Beteiligten zum Kaiserschnitt im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung erfasst. Neben der Meinung des Arztes bzw. der Ärztin und – falls vorhanden – der die Schwangere betreuenden Hebamme, interessierte auch die Meinung der Frauen selbst und ihrer Partner. Ziel war es, Konvergenzen und Divergenzen in der Meinungsbildung zu identifizieren. Die Fragen zur Einstellung des Arztes und der Hebamme zielten darauf ab, den Einfluss dieser Betreuungspersonen auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt zu ermitteln (Abb. 5.12).

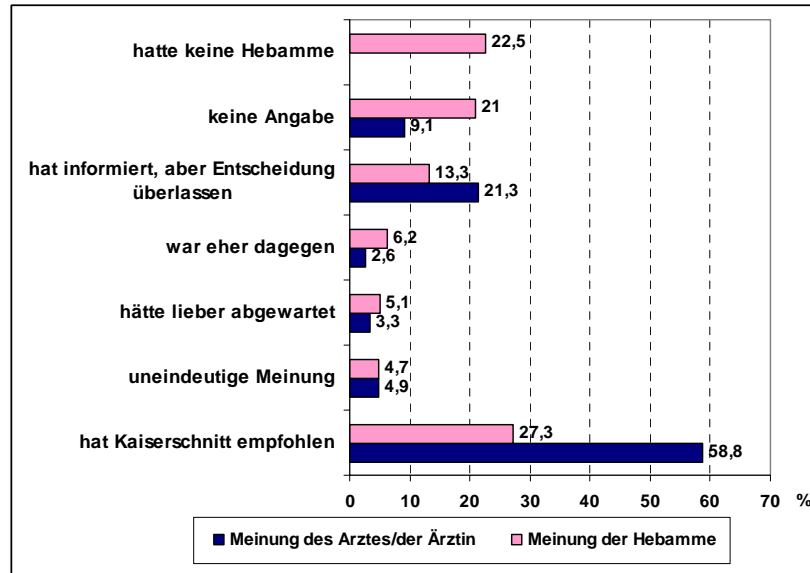


Abb. 5.12: Meinung des Arztes/der Ärztin und der Hebamme aus der Schwangerschaftsvorsorge zum Kaiserschnitt

Der betreuende Arzt in der Schwangerenvorsorge hat, wie schon bei den Gründen zum primären Kaiserschnitt ersichtlich, maßgeblich Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt. Fast 60% der Frauen gaben an, dass der Arzt einen Kaiserschnitt empfohlen hatte, und nur

bei 2,6% der Frauen war er dagegen. Gering ist auch der Anteil von Frauen, die angaben, der Arzt hätte lieber abgewartet oder er sei uneindeutig in seiner Meinung gewesen. Die Einflussnahme der Hebamme ist deutlich geringer. In nur 27% der Fälle hatte die Hebamme einen Kaiserschnitt empfohlen, aber insgesamt 43% der Frauen hatten keine Hebamme in der Vorsorge oder hatten dazu keine Angabe gemacht.

Tab. 5.8: Übereinstimmung zwischen Hebamme und Arzt/Ärztin in Bezug auf die Empfehlung zum Kaiserschnitt

	<i>Hebamme hat Kaiserschnitt empfohlen</i>	<i>Hebamme hatte uneindeutige Meinung</i>	<i>Hebamme hätte lieber abgewartet</i>	<i>Hebamme hat Entscheidung überlassen</i>	<i>Hebamme war gegen Kaiserschnitt</i>
Arzt/Ärztin hat Kaiserschnitt empfohlen (n=259)	66,4%	7,7%	6,9%	5,4%	13,5%
Hebamme hat Kaiserschnitt empfohlen (n=190)	<i>Arzt/Ärztin hat Kaiserschnitt empfohlen</i>	<i>Arzt/Ärztin hatte uneindeutige Meinung</i>	<i>Arzt/Ärztin hätte lieber abgewartet</i>	<i>Arzt/Ärztin hat Entscheidung überlassen</i>	<i>Arzt/Ärztin war gegen Kaiserschnitt</i>
	90,5%	3,6%	0,5%	0,5%	4,7%

Gesondert betrachte wurden noch einmal die Fälle, in denen die Frauen sowohl eine Meinung des Arztes/der Ärztin als auch einer Hebamme angegeben hatten. Es wurde verglichen, wie die Meinung der Hebamme zum Kaiserschnitt war, wenn der Arzt die Empfehlung gegeben hatte, und umgekehrt (Tab. 5.8). Hier zeigt sich noch einmal deutlich, dass Hebammen zurückhaltender mit der Empfehlung eines Kaiserschnittes sind.

Im Sinne einer informierten Entscheidung ist anzunehmen, dass Frauen und ihre Partner eine eigene Meinung zum Kaiserschnitt bilden, die zwar mit jener des Arztes bzw. der Ärztin konform gehen kann, aber nicht zwingend muss. Wir wollten wissen, wie die Meinung der Frauen zum Kaiserschnitt eigentlich ist und welchen Einfluss die Meinung des Partners auch auf die Durchführung einer primären Sectio hat (Abb. 5.13).

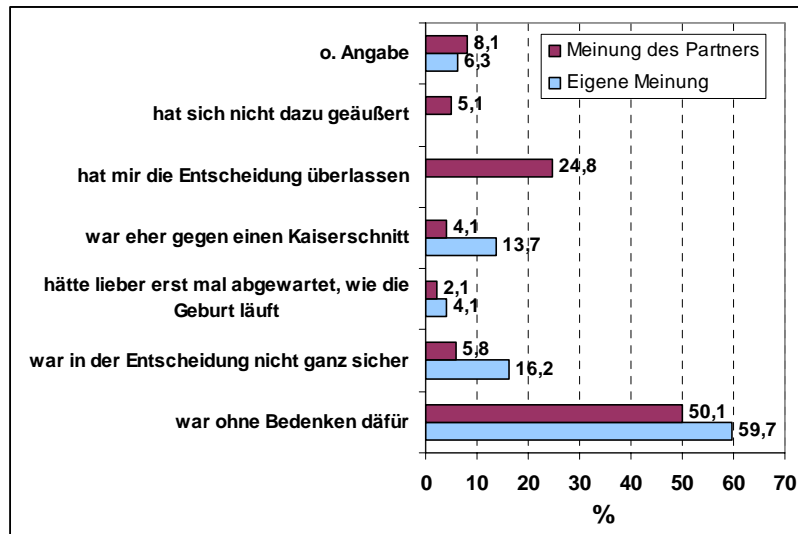


Abb. 5.13: Meinung der Frauen und ihrer Partner zum Kaiserschnitt

60% der Frauen, die einen primären Kaiserschnitt erlebten, gaben an, ohne Bedenken für einen Kaiserschnitt gewesen zu sein. Insgesamt 34% der Frauen waren aber nicht sicher in ihrer Meinung, hätten lieber abgewartet oder waren sogar eher gegen einen Kaiserschnitt. Für ihre Partner geben die Frauen ein ähnliches Meinungsbild an.

Tab. 5.9: Übereinstimmung der Meinung der Frauen und ihrer Partner zum Kaiserschnitt

In % von Meinung der Frau	Partner war für Kaiserschnitt	Partner war nicht sicher	Partner hätte lieber abgewartet	Partner war gegen Kaiserschnitt	Partner hat Entscheidung überlassen	Partner hat sich nicht geäußert	Keine Angabe	Gesamt
Frau war für Kaiserschnitt (n=434)	66,8%	3,5%	0,2%	0,9%	19,8%	3,7%	5,1%	100%
Frau war sich nicht sicher (n=117)	35,9%	14,5%	0,9%	0,9%	38,5%	2,6%	6,8%	100%
Frau hätte lieber abgewartet (n=30)	23,3%	6,7%	26,7%	3,3%	23,3%	6,7%	10,0%	100%
Frau war gegen Kaiserschnitt (n=100)	14,0%	5,0%	2,0%	24,0%	37,0%	12,0%	6,0%	100%

Tab. 5.10: Übereinstimmung der Meinung des Arztes/der Ärztin und der Frau zum Kaiserschnitt

In % von Meinung des Arztes	Frau war für Kaiserschnitt	Frau war nicht sicher	Frau hätte lieber abgewartet	Frau war gegen Kaiserschnitt	Keine Angabe	Gesamt
Arzt/Ärztin hat Kaiserschnitt empfohlen (n=429)	62,5%	13,8%	3,7%	14,7%	5,4%	100%
Arzt/Ärztin war nicht eindeutig (n=36)	55,6%	30,6%	2,8%	11,1%	0%	100%
Arzt/Ärztin hätte lieber gewartet (n=36)	50,0%	20,8%	20,8%	8,3%	0%	100%
Arzt/Ärztin war dagegen (n=19)	57,9%	15,8%	5,3%	15,8%	5,3%	100%
Arzt/Ärztin hat informiert, Entscheidung überlassen (n=155)	63,2%	19,4%	3,9%	9,7%	3,9%	100%

In 30% der Fälle lag aber die Entscheidung auch allein bei der Frau, weil der Partner ihr die Entscheidung überlassen oder sich nicht geäußert hatte. Und deutlich seltener sind die Partner auch gegen einen Kaiserschnitt als die betroffene Frau selbst (4% der Partner gegenüber 14% der betroffenen Frauen). Überwiegend waren sich die Paare in der Meinung zum Kaiserschnitt einig. Es gibt nur wenige Paare, bei denen beide Partner völlig unterschiedlicher Meinung waren. Wenn die Meinung der Partner unterschiedlich ist, dann nur in der Richtung, dass die Frau gegen den Kaiserschnitt war, während der Partner dafür war.

Wie stark der Einfluss des Partners auf die Entscheidung „Kaiserschnitt oder vaginale Geburt“ letztlich ist, lässt sich hiermit nicht beantworten. Auch bei der Angabe von Gründen zum Kaiserschnitt hatten nur 3,4% der Frauen den Wunsch des Partners als entscheidungsbestimmend

angegeben („Wichtig“ oder „sehr wichtig“). Insgesamt zeichnet sich also eher ein Bild partnerschaftlicher Abgestimmtheit.

Informationen über Ablauf und Folgen einer primären Kaiserschnittgeburt

Es zeigt sich bei den Frauen mit einem primären Kaiserschnitt eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Informationen über den Ablauf einer Kaiserschnittgeburt, insbesondere durch den Arzt (weniger durch die Hebammen, deren Kompetenz allerdings in der Vorsorge auch seltener genutzt wird). Nur knapp 13% der Frauen bezeichnen die Informationen über den Ablauf einer Sectio durch den Arzt und 18% durch die Hebamme als schlecht oder mittelmäßig (Abb. 5.14).

Über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt fühlen sich die Frauen weniger gut aufgeklärt. Ein Viertel der Frauen bewertete die Information darüber, sowohl durch den Arzt als auch durch die Hebamme, als schlecht oder mittelmäßig (Abb. 5.15). Dies zeigt sich auch in den Freitext-Äußerungen. Viele Frauen nutzten die Rückseite des Fragebogens für Erfahrungsberichte. Ausführungen zur mangelhaften Aufklärung über Ablauf und Folgen einer Kaiserschnittentbindung sind hier häufig. Die im Folgenden eingestreuten Zitate sind diesen Freitextangaben entnommen.

„Ich finde, dass die Frauen besser darüber informiert werden sollten, wie es einem unter Umständen nach der Entbindung geht. Es sollte wirklich vor Augen geführt werden, dass der Kaiserschnitt keinesfalls eine schmerzfreie Geburt darstellt! Im Gegenteil, die Schmerzen treten zu dem Zeitpunkt auf, bei dem man (Frau) sich viel lieber um das Baby kümmern würde. Bei mir wurde das nicht wirklich direkt angesprochen bzw. wirklichkeitsgetreu dargestellt.“

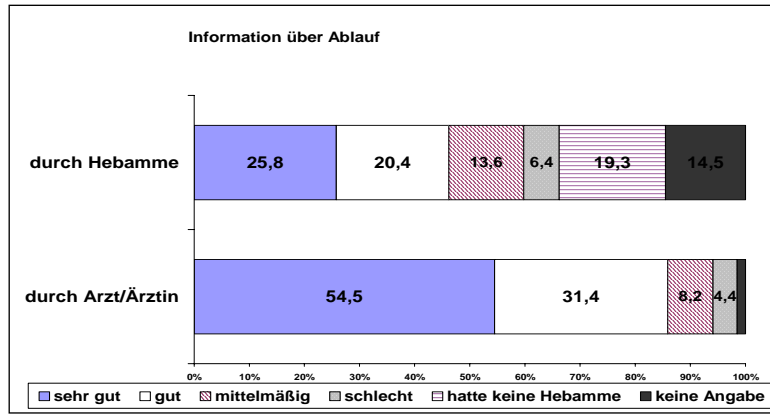


Abb. 5.14: Zufriedenheit mit den Informationen über den **Ablauf** einer Kaiserschnittgeburt durch Arzt/Ärztin und Hebamme

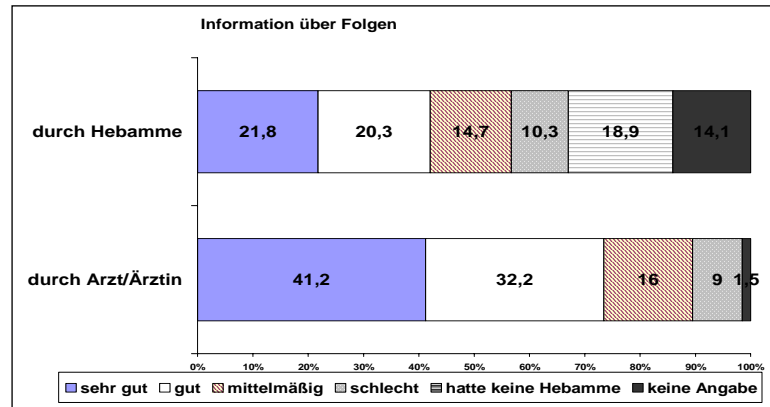


Abb. 5.15: Zufriedenheit mit den Informationen über die **Folgen** einer Kaiserschnittgeburt durch Arzt/Ärztin und Hebamme

5.2.3 Sekundäre Kaiserschnittgeburten

Gründe für den Kaiserschnitt

Bei einem sekundären Kaiserschnitt wird die Entscheidung zur Operation erst während der Geburt getroffen, meistens weil Komplikationen oder Belastungen auftreten, die eine Gefährdung von Mutter und/oder Kind anzeigen. Von den Frauen, die den Fragebogen beantwortet haben, hatten 45% einen sekundären Kaiserschnitt.

Zunächst wurden die Frauen in einer offenen Frage nach dem Grund für den sekundären Kaiserschnitt gefragt. Die Freitextangaben der Frauen wurden in medizinische Diagnosen „übersetzt“ und entsprechend kategorisiert. Obwohl größtenteils keine medizinisch exakten Diagnosen angegeben wurden und meistens auch nur ein Grund für den Kaiserschnitt genannt wurde, ergibt sich bei Auswertung der Fragebögen für die wichtigsten Indikationen ein ähnliches Verteilungsmuster, wie es aus den niedersächsischen Perinataldaten vorliegt (vgl. Abb. 2.2, Seite 32).

Fast 40% der Frauen gaben schlechte Herztöne des Kindes als Grund für den Kaiserschnitt an. An zweiter Stelle steht mit 36,2% die protrahierte Geburt bzw. ein Geburtsstillstand. Eine regelwidrige Schädellage (12,5%) und ein relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken (11,7%) werden ebenfalls recht häufig genannt. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass eine Kategorisierung bei den Indikationen „relatives Missverhältnis“, „protrahierte Geburt“ oder auch „regelwidrige Schädellage“ nicht immer einfach zu treffen war. Bei Auswertung der Fragebögen war teilweise schwer zu entscheiden, unter welcher Indikation der Kaiserschnitt eingeordnet werden sollte, wenn Aussagen gemacht wurden wie z.B.: „Kopf ging nicht richtig ins Becken“, oder „Geburt ging nicht weiter, Kind steckte fest“. Dennoch geben die Ergebnisse einen guten Eindruck von den Hauptgründen für eine sekundäre Sectio. Insgesamt haben damit 60% der Frauen einen gestörten Geburtsverlauf als Grund angegeben. Seltener Gründe waren z.B. Steißlage des Kindes, Infektionen oder eine erfolglose Geburtseinleitung. Von den 7 Frauen, die in den Fragebögen als Grund für den Kaiserschnitt eine drohende oder erfolgte Uterusruptur angegeben hatten,

hatten 6 in der Vorgeschichte bereits einen Kaiserschnitt gehabt (Abb. 5.16).

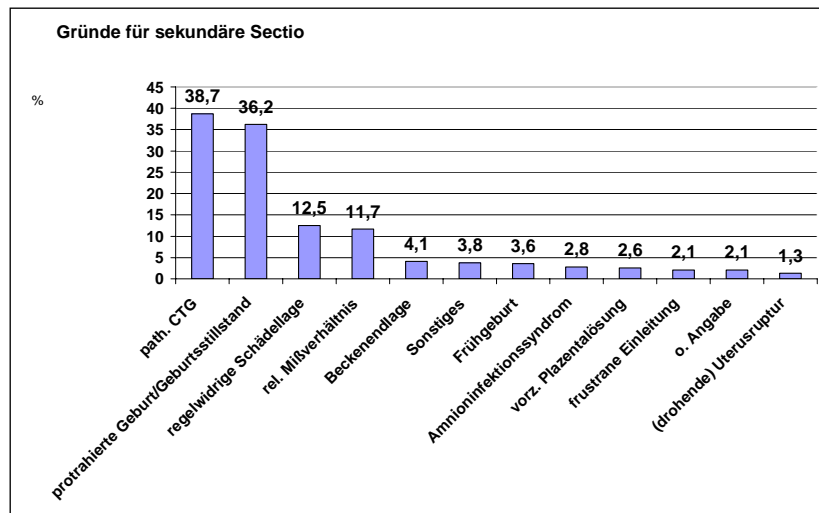


Abb. 5.16: Gründe, die zum sekundären Kaiserschnitt geführt haben (Mehrfachnennungen möglich)

Eingeschätzte Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts

In Bezug auf die mentale Vorbereitung auf einen Kaiserschnitt interessiert, inwieweit Frauen mit einem Kaiserschnitt gerechnet hatten. Lediglich ein Drittel der Frauen hat einen sekundären Kaiserschnitt als möglich oder sehr wahrscheinlich eingeschätzt. Für knapp die Hälfte der Frauen war dieser Entbindungsweg vor der Geburt eher unwahrscheinlich. Nur 16% der Frauen gaben an, sich über die Entbindungsform im Vorfeld überhaupt keine Gedanken gemacht zu haben. Wenn die Frauen bereits einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte hatten, hielten sie auch sehr viel häufiger einen erneuten Kaiserschnitt für wahrscheinlich (66%).

Einbindung in die Entscheidung

Mit Ausnahme von absoluten Notsituationen (z.B. drohende Uterusruptur) besteht beim sekundären Kaiserschnitt ein Entscheidungsspielraum. So kann bei einem pathologischen CTG oder einem verzögerten Geburtsverlauf unter Umständen eine gewisse Zeit abgewartet werden, ehe ein Kaiserschnitt durchgeführt wird. Da Frauen inzwischen eine aktivere Rolle in Schwangerschaft und Geburt haben und ihre Ansichten und Wünsche bei der Entscheidung berücksichtigt werden sollten, interessierte in der Befragung, inwieweit sich Frauen und ihre Partner einbezogen fühlten (Abb. 5.17).

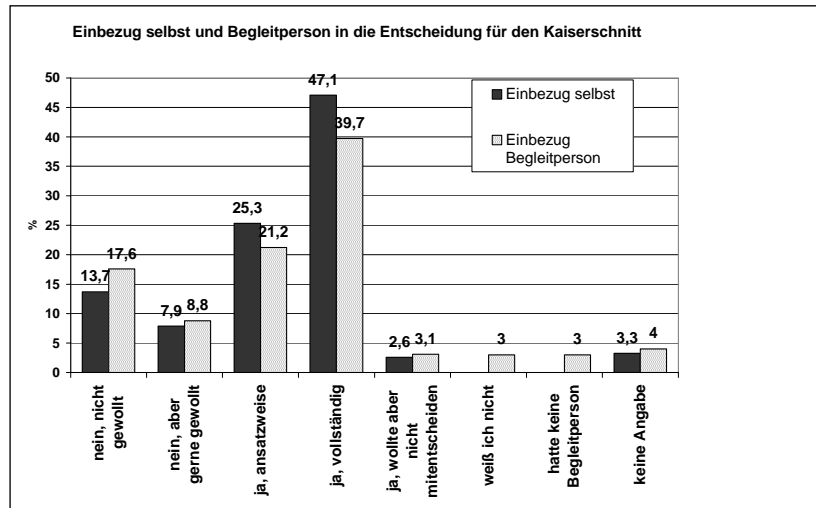


Abb. 5.17: Einbindung in die Entscheidung zum sekundären Kaiserschnitt

Knapp die Hälfte der Frauen fühlte sich vollständig in die Entscheidung einbezogen und ein Viertel zumindest ansatzweise. Nur 8% der Frauen gaben an, nicht in diese Entscheidung einbezogen worden zu sein, obwohl sie es gerne gewollt hätten. Bei den Begleitpersonen war der Anteil insgesamt geringer, doch auch hier hatten nur 9% der Frauen angegeben, dass ihr Partner mehr Beteiligung gewünscht hätte.

Die Frauen wurden auch zu ihrer Zufriedenheit mit den Informationen unter der Geburt befragt, und zwar getrennt nach Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Hebamme (vgl. Abb. 5.18). Zwei Drittel der Frauen bewerteten die Informationen sowohl durch den Arzt/die Ärztin als auch durch die Hebamme als gut oder sehr gut. Mehr als ein Viertel der befragten Frauen empfanden die Informationsvermittlung durch den Arzt/die Ärztin und die Hebamme jedoch auch als schlecht oder mittelmäßig.

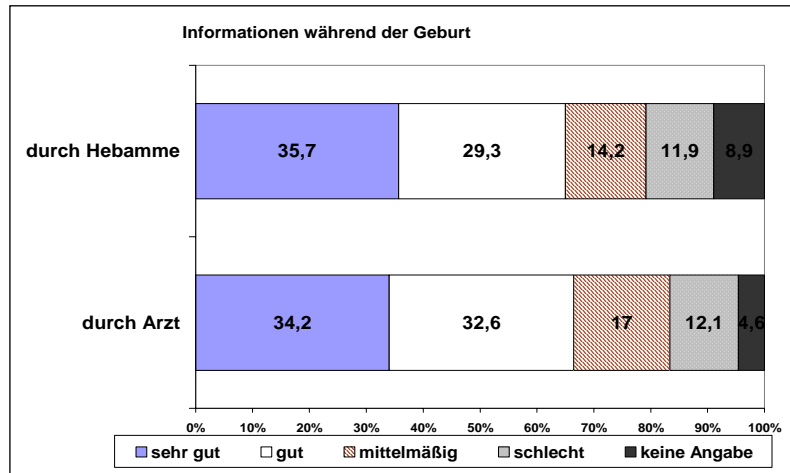


Abb. 5.18: Zufriedenheit mit den Informationen unter der Geburt durch Arzt/Ärztin und Hebammen

Der Großteil der befragten Frauen und ihre Partner wurden somit zumindest teilweise in die Entscheidung für den Kaiserschnitt einbezogen und von den Frauen wurde die Informationsvermittlung selbst in einer Extremsituation wie unter der Geburt überwiegend noch als gut bewertet. Auffällig ist, dass Frauen, die die Information als schlecht (sowohl durch Arzt/Ärztin als auch durch die Hebamme) bewertet hatten, als Indikationen für den Kaiserschnitt nahezu ausschließlich ein pathologisches CTG und/oder einen protrahierten Geburtsverlauf und regelwidrige Schädellagen/Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterli-

chem Becken angegeben hatten. Hier spielt bei der rückblickenden Bewertung der Informationsvermittlung möglicherweise auch eine Rolle, dass die Frustration über den Geburtsverlauf besonders groß ist, da die Frauen teilweise sehr lange Wehen aushalten mussten, ohne dann das eigentliche Geburtserlebnis zu haben.

Es wäre wichtig zu prüfen, ob ein besserer Einbezug und eine umfassendere Information und Unterstützung während, aber auch nach der Geburt, extreme Unzufriedenheit und psychische Folgeprobleme wie Versagens- und Schuldgefühle verhindern können.

5.2.4 Retrospektive Bewertung des Kaiserschnitts

Wie ist die Sicht der Frauen rückblickend auf den Kaiserschnitt? Sowohl Frauen mit primärem als auch Frauen mit sekundärem Kaiserschnitt wurden gefragt, ob sie unter den gleichen Umständen wieder einem Kaiserschnitt zustimmen würden, ob sich ihre persönliche Einstellung zum Kaiserschnitt nach der Entbindung geändert hat, und ob sie auch einer Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen würden. Da die Befragung Mitte 2005 erfolgte, ist die längste Zeitspanne zwischen Geburt und Befragungszeitpunkt 1 ½ Jahre und die kürzeste ½ Jahr. Ob es im Laufe der Zeit noch Veränderungen in der Einstellung und Meinung gibt, lässt sich aus dieser Umfrage nicht ableiten.

Bemerkenswerterweise unterscheiden sich die Frauen, die einen primären und einen sekundären Kaiserschnitt hatten, kaum voneinander. In beiden Gruppen hat ein Großteil der Frauen (87 bis 88%) geantwortet, dass sie unter den gleichen Umständen wieder per Kaiserschnitt entbinden würden. Insbesondere für die sekundäre Sectio gilt, dass selbst dann, wenn ein Ermessensspielraum in der Indikation für eine Kaiserschnittgeburt vorliegt, sich die schwangere Frau unter der Geburt auf die Meinung der Professionellen (Arzt/Hebamme) verlassen muss. Gerade bei den Hauptindikationen für die sekundäre Sectio, wie pathologisches CTG und Geburtsstillstand, würde es wahrscheinlich für die Frauen bei einer erneuten Geburt auch hier wieder keine echte Wahlmöglichkeit geben. Dieses wird von den Frauen so auch realisiert und akzeptiert.

Knapp 11% der Frauen mit einem sekundären Kaiserschnitt hatten angegeben, unter den gleichen Umständen keine Schnittentbindung vornehmen lassen zu wollen („eher nicht“ und „sicher nicht“). Gründe für den aktuellen Kaiserschnitt waren auch hier meist pathologisches CTG und protrahierte Geburtsverläufe, aber auch Gestose, Frühgeburt, Infektionen und Beckenendlagen.

88% der Frauen, die einen primären Kaiserschnitt hatten, würden unter gleichen Umständen wieder einen Kaiserschnitt machen lassen. Bei der primären Sectio haben die Frauen wahrscheinlich im Vorfeld ausreichend Gelegenheit, über mögliche Alternativen zum Kaiserschnitt nachzudenken, so dass die hohe Rate an Zustimmung zum Kaiserschnitt hier auch dem persönlichen Abschluss der Meinungsfindung entspricht.

Alle Frauen wurden gefragt, ob sich rückblickend ihre persönliche Meinung zum Kaiserschnitt geändert hat, und ob sie einer Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen würden (vgl. Tab. 5.11 und Tab. 5.12).

Bei der Hälfte der Frauen hat sich die Einstellung zum Kaiserschnitt nach der Geburt nicht verändert, ein Viertel der Frauen hat nach dem Kaiserschnitt sogar eine positivere Meinung zum Kaiserschnitt, unabhängig davon, ob es sich um einen primären oder einen sekundären Kaiserschnitt gehandelt hatte. Negativer bewerten 17% der Frauen den Kaiserschnitt, und auch diese Meinung ist unabhängig von der Art des durchgeführten Kaiserschnittes.

Tab. 5.11: Retrospektive Bewertung des Kaiserschnitts: Antwort auf die Frage, ob unter den gleichen Umständen wieder einem Kaiserschnitt zugestimmt würde

„Erneut Kaiserschnitt unter gleichen Umständen?“	Primärer Kaiserschnitt	Sekundärer Kaiserschnitt
Ja, auf jeden Fall	58,5%	58,9%
Vermutlich ja	29,2%	28,5%
Eher nicht	4,8%	3,6%
Sicherlich nicht	4,0%	7,1%
Keine Angabe	2,8%	1,8%

Tab. 5.12: Persönliche Meinung zum Kaiserschnitt und Empfehlung an die Freundin

Im Nachhinein betrachtet: Hat sich Ihre persönliche Meinung zum Kaiserschnitt geändert?	
Positivere Meinung	24,9%
Negativere Meinung	17,3%
Keine Veränderung	51,8%
Keine Angabe	6,1%
Würden Sie Ihrer Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen?	
Ja, auf jeden Fall	5%
Vermutlich ja	9%
Eher nicht	6%
Sicherlich nicht	2%
Nur bei medizinischer Indikation	65%
Keine Angabe	9%

Drei Viertel der Frauen würden ihrer Freundin einen Kaiserschnitt nur empfehlen, wenn es medizinische Gründe dafür gäbe. Diese Antwort verdeutlicht, dass ein Großteil der Frauen zunächst einmal die vaginale Geburt bevorzugt. Nur 6% der Frauen würden in jedem Fall den Kaiserschnitt empfehlen, selbst wenn keine medizinische Indikation vorliegt.

5.2.5 Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt

Im Fragebogen hatten alle Frauen unabhängig davon, ob bei ihnen eine primäre oder eine sekundäre Sectio erfolgte, Gelegenheit, noch einmal in eigenen Worten aufzuführen, was aus ihrer persönlichen Sicht die Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt sind (Abb. 5.19 und Abb. 5.20).

84,4% der Frauen nannten mindestens einen Vorteil und 87,5% mindestens einen Nachteil. Rein zahlenmäßig überwog hierbei die Nennung der Nachteile. Während die Frauen im Durchschnitt 2,4 Nachteile aufgezählt hatten, wurden jeweils nur 1,7 Vorteile aufgezählt. Die Antworten wurden kategorisiert und für alle Kategorien wurde ausgewertet, wie häufig dieser Aspekt von den befragten Frauen genannt wurde.

Vorteile

Unter den Vorteilen wurde am häufigsten der Sicherheitsaspekt für das Kind genannt. Diesen Aspekt hatte knapp die Hälfte der befragten Frauen hervorgehoben. Nur 13% der Frauen benannten diesen Sicherheitsaspekt auch für die Mutter, hier aber immer mit dem Zusatz „bei Komplikationen oder medizinischer Indikation“. Es wird deutlich, dass bei der Entscheidung für den Kaiserschnitt das Wohl und die Sicherheit des Kindes über die erhöhten mütterlichen Risiken bei der Operation gestellt wird. 34% der Frauen nannten als Vorteil, dass es bei einer Kaiserschnittgeburt weniger oder keine schmerzhaft Wehentätigkeit gibt. Die organisatorischen Vorteile einer Kaiserschnittentbindung wie Schnelligkeit und Planbarkeit im Vergleich zur vaginalen Geburt führten 27% bzw. 16% der Frauen an. Aspekte der Bequemlichkeit wie „stressfrei“, „bequem“ oder „unkompliziert“ nannten im Freitext noch einmal 2% der Frauen.

Eine Schonung des Beckenbodens benannten 10% der Frauen als Vorteil. Hier wurde seltener die Prävention einer späteren Inkontinenz angeführt. Häufiger genannt wurde die Vermeidung unmittelbar geburtsbedingter Scheiden-Dammverletzungen oder Dammschnitte. 3% der Frauen führten als Vorteil an, dass es nach einem Kaiserschnitt weniger Wochenfluss (Lochien) gibt²³. Der Wochenfluss ist nach einem Kaiserschnitt meistens etwas geringer, da während der Operation oft noch eine

²³ Lochien sind Wundsekrete der Gebärmutter, die an der Ablösungsstelle der Plazenta entstehen. Sie bestehen aus abgestoßenem Gewebe und Blutkoageln. Entsprechend dem Heilungsverlauf ändern sich Menge und Zusammensetzung des Wochenflusses, der unmittelbar nach der Geburt beginnt.

Art Ausschabung gemacht wird, um auch Plazentaresten sicher aus der Gebärmutter zu entfernen.

Von sehr wenigen Frauen (1,3%) wurde die Vermeidung von Ängsten vor der Geburt als eine Stärke der Schnittentbindung genannt. Überwiegend waren das Frauen, die ihr erstes Kind erwartet hatten. Der kleinere Teil waren Frauen entweder nach einem früheren Kaiserschnitt oder nach vaginaler Geburt.

Nur von einzelnen Frauen genannt wurden Argumente wie: „Das Kind sieht schöner aus“, „die Sexualität ist unbeeinträchtigt“, „die Vater-Kind-Bindung ist besser“ oder „die Geburt ist sauberer/steriler“. Insgesamt überwog aber die Nennung der Nachteile einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur vaginalen Entbindung. Stellt man hier die genannten Vorteile einer Schnittentbindung der unter Abb. 5.11 dargestellten Gründen für die eigene Kaiserschnittentbindung gegenüber, wird deutlich, dass hier eher „abstrakte“ Gründe genannt werden, die nicht als Begründung für einen eigenen Kaiserschnitt herangezogen werden.

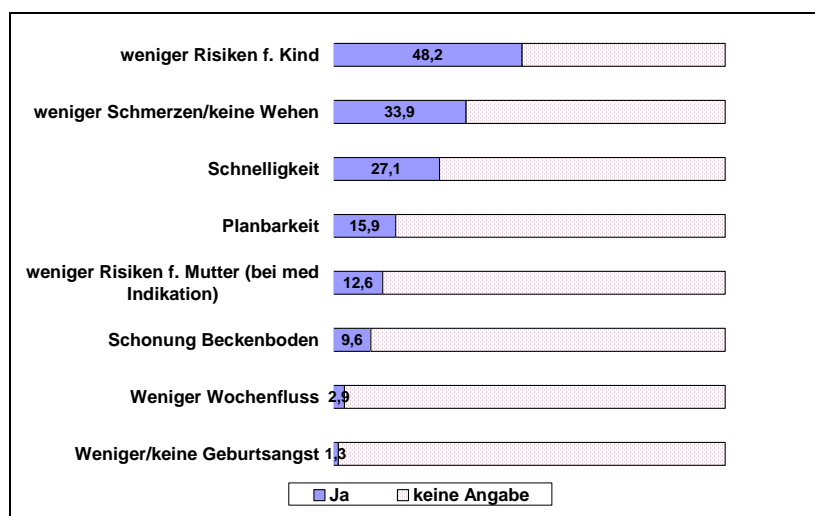


Abb. 5.19: Genannte Vorteile einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur vaginalen Entbindung (Angabe in %)

Nachteile

Als bedeutende Nachteile wurden am häufigsten die unmittelbaren Konsequenzen einer Schnittentbindung genannt. Das sind Wundschmerzen und das Vorhandensein einer Narbe, eine längere Rekonvaleszenz im Vergleich zur vaginalen Geburt und Operations- und Narkoserisiken. Ein Viertel der befragten Frauen bedauerte das Fehlen eines richtigen Geburtserlebnisses und sehen Nachteile für den Mutter-Kind-Kontakt und das Bonding. Denn trotz aller Klinikroutine bei Kaiserschnittgeburten und der Anwendung moderner Anästhesieverfahren gibt es für Mutter und Kind nicht das ungestörte Zusammensein unmittelbar nach der Geburt, wie es nach komplikationsloser Spontangeburt meistens möglich ist. Einschränkungen bei der Versorgung des Kindes in den Tagen nach der Geburt nannten fast ein Viertel der Frauen als Nachteil und Stillschwierigkeiten gaben 5% der Frauen noch einmal gesondert an.

7% der von uns befragten „Kaiserschnittmütter“ äußerten psychische Probleme, Versagensgefühle oder das Gefühl eines sozialen Stigmas. Signifikant häufiger waren psychische Probleme nach sekundären Kaiserschnitten. Hier hatten sich die Frauen eigentlich auf eine normale Geburt eingestellt, mussten dann allerdings im Laufe der Entbindung erfahren, dass sie ihr Kind nicht spontan gebären konnten, sondern eine operative Indikation vorlag. Von diesen Frauen wurden oft Begriffe wie „Ausgeliefertsein“, „Passivität“ und „Versagen“ genannt. Ein sekundärer Kaiserschnitt kann somit für die Frauen eine erhebliche Belastung darstellen, da die Situation oft als unkontrollierbar erlebt wird. Anscheinend besser verarbeitet wird der primäre Kaiserschnitt. Für diese Frauen kann die Entbindungssituation kontrollierbarer erlebt werden, da sie sich bereits im Vorfeld intensiv auf die Situation einstellen können und auch Gelegenheit haben, sich durch Gespräche oder einschlägige Literatur mit der operativen Entbindung vertraut zu machen

Einige Frauen benannten einen gesellschaftlichen Druck, durch den sie als „Mütter 2. Klasse“ abqualifiziert würden. In der öffentlichen Diskussion ist Geburt ein sehr ideologisch besetztes Thema. So wird oftmals Frauen, die sich für einen Kaiserschnitt entschieden haben suggeriert, dass sie sich um das „Natürlich Weibliche“ gedrückt hätten und dass ihnen das Wesentliche des Geburtserlebnisses entgangen sei. Diese

Einschätzung steht in einem auffälligen Gegensatz zu dem in den Medien produzierten Bild, der Kaiserschnitt sei inzwischen eine gleichwertige oder vorteilhaftere Art, das eigene Kind auf die Welt zu bringen.

„Ganz offensichtlich die Meinung vieler Menschen in meiner näheren und weiteren Umgebung: leicht gehabt – Kaiserschnitt, keine Anstrengung, weniger Schmerzen und das Gefühl als Mutter versagt zu haben – nicht wirklich etwas geleistet zu haben.“

Ein kleiner Teil der Frauen (1%) bedauerte den geringeren Einbezug des Partners in das Geburtsgeschehen im Vergleich zur normalen Geburt. Nur von einzelnen Frauen genannt wurden Nachteile wie: „Angst vor der Operation“, „unpersönliche Op-Atmosphäre“ oder „beeinträchtigte Sexualität nach Kaiserschnitt“.

Ein bei den Frauen wenig thematisierter Aspekt der Kaiserschnittentbindung sind die Spätfolgen für die Mutter. Sie reichen von der weiteren Familienplanung bis hin zu Risikoeinschätzungen, die im Falle einer erneuten Schwangerschaft im Extremfall den kindlichen Todesfall oder zumindest schwerwiegende kindliche und mütterliche Komplikationen einschließen mögen. Alle diese Aspekte wurden von den befragten Frauen nur sehr selten benannt. Hier stellt sich die Frage, ob die Aufklärung darüber so unvollständig geführt wird oder aber ob diese Risiken von den Frauen ausgeblendet werden.

Die schwerwiegenden Nachteile der Spätmorbidity einer Kaiserschnittentbindung („Risiken für weitere Schwangerschaften/Entbindungen“) wurden nur von wenigen der von uns befragten Frauen benannt (3,3%). Einen Nachteil durch eine Kaiserschnittgeburt auf die weitere Familienplanung hatten von sich aus nur insgesamt 8 der 1339 Frauen angegeben (0,6%).

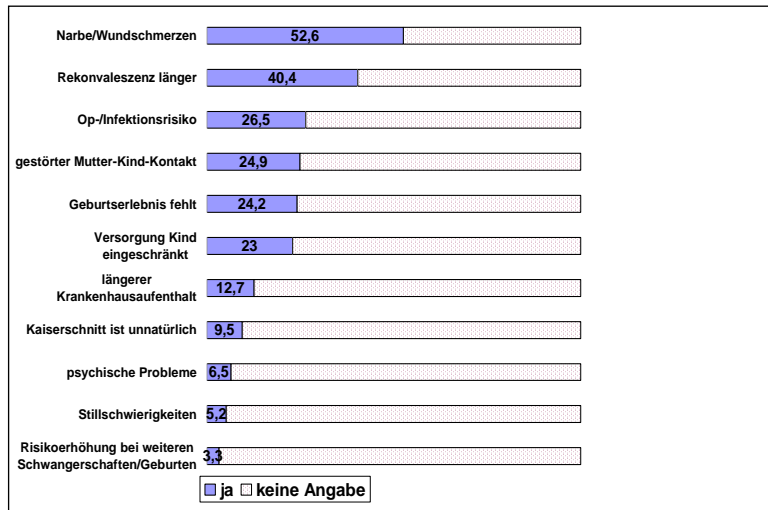


Abb. 5.20: Genannte Nachteile einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur vaginalen Entbindung (Angaben in %)

5.2.6 Nutzung von Informationsquellen

Dank moderner Verhütungsmethoden und einer relativ liberalen Regelung über Abtreibungen sind Schwangerschaften heutzutage, zumindest in den industrialisierten Ländern, meist keine schicksalhaften Ereignisse, sondern oft sorgfältig geplante, wichtige und seltene Ereignisse im Leben der Frauen und ihrer Partner. Dementsprechend ist der Informationsbedarf schwangerer Frauen über diesen Lebensabschnitt sehr groß und das Informationsangebot fast unüberschaubar. Schwangere informieren sich heute weniger in ihrer Familie und in ihrem direkten sozialen Umfeld, sondern sie nutzen eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote: Information und Betreuung durch „Professionelle“, wie Ärzte und Hebammen, Geburtsvorbereitungskurse, Informationsabende, Beratungsstellen, aber auch Medien wie Bücher und Zeitschriften, Fernsehen und Internet. Wir wollten wissen, welche Informationsquellen die Frauen in

der Schwangerschaft genutzt haben und wie hilfreich sie diese gefunden haben (Beurteilung mittels Schulnoten) (Abb. 5.21).

Die mit Abstand am häufigsten genutzte Informationsquelle in der Schwangerschaft, bedingt auch durch die Struktur der Schwangerenvorsorge in Deutschland, ist die Frauenärztin bzw. der Arzt. 67% der Frauen hatten diese Informationsquelle häufig genutzt, 21% manchmal. Die Zufriedenheit mit den Informationen durch die Ärztin/Arzt war auch recht hoch (Durchschnittsnote 2,1). An zweiter Stelle der Nutzung wurden die Hebammen in der Vorsorge und in Vorbereitungskursen genannt, die sogar noch eine bessere Gesamtbenotung bekamen (1,9). An dritter Stelle finden sich Bücher, die von 42% der Frauen häufig und von 28% manchmal genutzt wurden. Fast durchgehend besser benotet wurden alle Informationsquellen, die auf persönlichen Kontakten beruhen (Ausnahme Bücher). Eine mittlere Häufigkeit bei der Nutzung hatten Klinikärzte und Klinikhebammen, am seltensten genutzt wurden Video/DVD (nur knapp 3% häufig oder manchmal), Internet (25% häufig oder manchmal) und das Fernsehen (35% häufig oder manchmal). Auch die Krankenkasse spielte bei der Informationsvermittlung bei den befragten Frauen keine wesentliche Rolle: Nur insgesamt 34% gaben an, häufig oder manchmal die GEK als Informationsmedium genutzt zu haben. Die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen durch die MitarbeiterInnen der GEK war aber recht hoch (Durchschnittsnote 2,3).

Zumindest bei den befragten Frauen wurde das Internet als modernes Informationsmedium nicht besonders wahrgenommen. Mittlerweile gibt es ein breites Angebot an Internetportalen rund um die Themen Schwangerschaft und Geburt (siehe auch den Exkurs „Analyse von Internet-Foren zu Pro und Contra des Wunschkaiserschnitts“ in Kapitel 5.3). Doch größtenteils sind es Seiten kommerzieller Anbieter, die gezielt für ein Produkt werben. Eine Bewertung bestehender Internetportale durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kommt zu dem Schluss, dass wichtige Qualitätskriterien, wie z.B. Aktualitätsangaben von medizinischen Informationen, Quellenangaben zu medizinischen Fachinformationen und Angaben zu Sponsoren noch ungenügend berücksichtigt werden. Inhaltlich unabhängige und nicht-

kommerzielle Angebote sind selten und in der Regel auch schlecht zu finden (Otto & Paul, 2005).

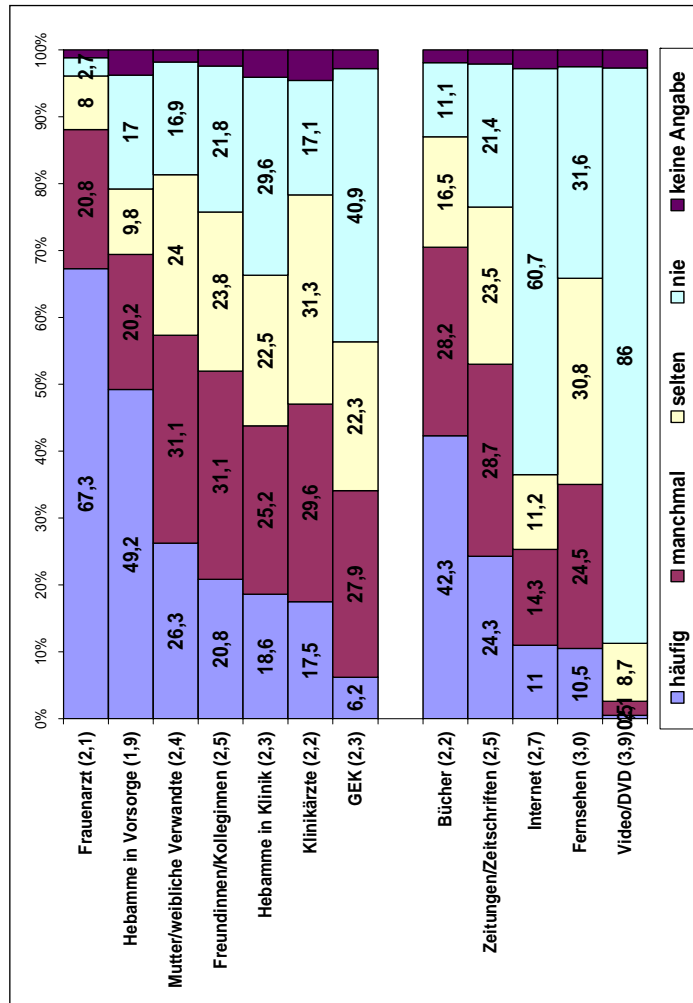


Abb. 5.21: Genutzte Informationsquellen während der Schwangerschaft (in % der Häufigkeit) und durchschnittliche Zufriedenheit (Schulnoten 1-6)

5.2.6 Einstellungen zum Kaiserschnitt

Der Kaiserschnitt findet zunehmend Aufmerksamkeit in den Medien und die Diskussion wird sehr polarisierend geführt. Auffällig ist, dass in der Regel mit vermuteten Meinungen und Einstellungen von Frauen argumentiert wird, ohne dass ein differenziertes Meinungsbild vorliegt. Aus diesem Grund wurde mit verschiedenen vorgegebenen Aussagen die Meinung der Frauen zu bestimmten Aspekten von Kaiserschnittverbindungen, aber auch von vaginalen Geburten erfragt. Die 19 verschiedenen Aussagen decken unterschiedliche Themen ab und wurden in vier thematische Gruppen zusammengefasst.

- Wahrgenommene Gründe für hohe Kaiserschnittraten
- Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus
- Sicherheit und Operationsrisiken
- Folgen einer Kaiserschnittgeburt

Wahrgenommene Gründe für hohe Kaiserschnittraten

Mit sieben Fragen wurden die Frauen zur ihrer Einschätzung und zum gesellschaftlichen Bild des Kaiserschnitts befragt (Abb. 5.22). 77% der befragten Frauen sehen einen Einfluss prominenter Frauen auf die insgesamt ansteigende Kaiserschnittrate. Dieser Trend könnte nach Ansicht der befragten Frauen auch in anderen Gruppen zu dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt führen.

„In meinen Augen sollte ein Kaiserschnitt nicht zur Routine-OP werden oder als „in“ und als schnelle und schmerzfreie Alternative gelten. In den bunten Klatschblättern wird nur allzu gern von aktiven Frauen gesprochen, die mal eben schnell entbinden und am nächsten Tag ihre Shoppingtüten schwingen. Natürlich wieder superschlank.“

Gut die Hälfte der befragten Frauen ist ganz oder zumindest teilweise der Meinung, dass in ein paar Jahren der Kaiserschnitt die häufigste Entbindungsform sein wird. Der Kaiserschnitt wird in dieser Perspektive

immer mehr zu einer akzeptierten Alternative unter verschiedenen Entbindungsformen. Knapp die Hälfte der Frauen ist der Meinung, dass Ärzte zu schnell zu einem Kaiserschnitt raten. Und noch 42% der befragten Frauen stimmen der Aussage voll oder zumindest teilweise zu, dass durch eine bessere Betreuung unter der Geburt mehr Frauen auf normalem Weg entbinden könnten. Ob Schmerzen zum Geburtserleben dazugehören, ist in der Öffentlichkeit eine sehr ideologisch geführte Diskussion. Von den befragten Kaiserschnitt-Müttern ist der größte Teil der Meinung, Geburtsschmerzen gehören zu einer Geburt dazu und es sollte kein Kaiserschnitt gemacht werden, nur um diese Schmerzen zu vermeiden. Als völlig unnötig betrachten nur 6% der Frauen den Geburtsschmerz.

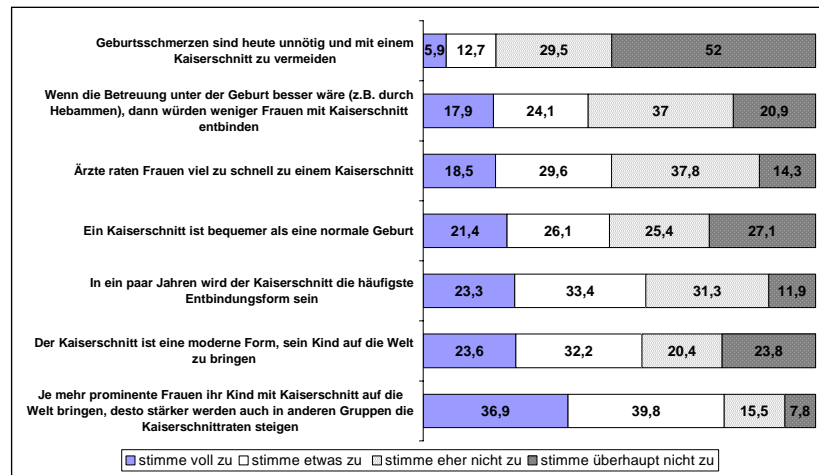


Abb. 5.22: Einstellungen zum Kaiserschnitt: Wahrgenommene Gründe für hohe Kaiserschnittsraten und gesellschaftliches Bild (Angaben in %)

Uneinheitlich sind die Meinungen zu den Fragen, ob der Kaiserschnitt eine moderne Entbindungsform ist und ob der Kaiserschnitt bequemer ist als die vaginale Geburt.

Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus

Fast 2/3 der Frauen waren der Meinung, dass eine Frau das Recht haben soll, selber zu entscheiden, ob ein Kaiserschnitt durchgeführt werden soll, selbst wenn es keinen medizinischen Grund gibt und nur 13% der befragten Frauen lehnten dieses Selbstbestimmungsrecht entschieden ab (Abb. 5.23). Auf der anderen Seite waren aber 87% der Frauen ganz oder teilweise der Meinung, dass eine Frau auf jeden Fall versuchen sollte, ihr Kind auf natürlichem Wege auf die Welt zu bringen und nur 4% der Frauen meinten, dass sich eine Frau auf keinen Fall den Risiken einer normalen Geburt aussetzen sollte.

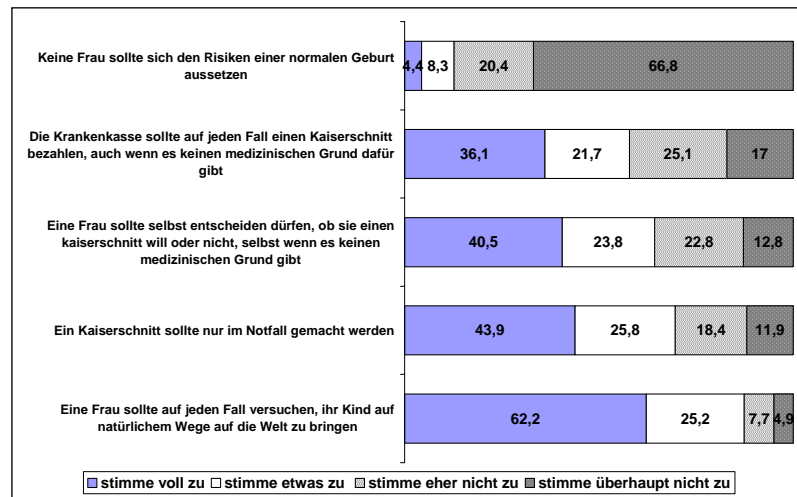


Abb. 5.23: Einstellungen zum Kaiserschnitt: Selbstbestimmungsrecht (Angaben in %)

Es zeigt sich, dass sich die Frauen einerseits sehr dafür aussprechen, ein Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus zu haben, auf der anderen Seite für sich persönlich die Option des Wunschkaiserschnittes aber wahrscheinlich kaum nutzen würden. Der überwiegende Teil der Frauen bevorzugt bei einer Geburt den natürlichen Weg. Zur Frage der Finanzierung eines reinen „Wunschkaiserschnitts“ durch die

gesetzliche Krankenversicherung waren die Meinungen geteilt. 58% der Frauen waren eher für eine solidarische Finanzierung, während sich 42% dagegen aussprachen.

Bedeutung des Sicherheitsaspektes und Beurteilung der Sicherheit und Operationsrisiken

Die Frage, welche Entbindungsform für die Mutter und das Kind die sicherste ist, lässt sich wissenschaftlich derzeit kaum beantworten, da zu viele Faktoren eine Rolle spielen und es auch kaum prospektive Studien gibt, die dieses vergleichen. Hier wurden die Frauen nach ihrer persönlichen Einschätzung gefragt. Die Ergebnisse geben auch einen Hinweis darauf, wie diese Aspekte in der Öffentlichkeit diskutiert werden (Abb. 5.24).

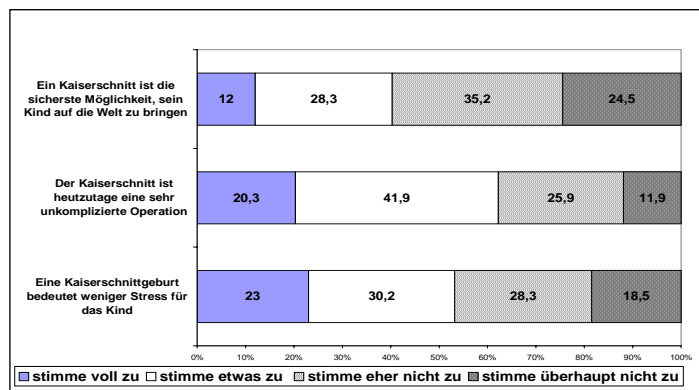


Abb. 5.24: Einstellungen zum Kaiserschnitt: Sicherheit und Risiken einer Kaiserschnittgeburt (Angaben in %)

Bei den Aussagen, dass eine Kaiserschnittgeburt für ein Kind weniger Stress bedeutet und auch die sicherere Entbindungsform ist als eine vaginale Geburt, sind die Meinungen der befragten Frauen geteilt. Bei der Aussage, dass ein Kaiserschnitt heutzutage eine sehr unkomplizierte Operation sei, haben zwei Drittel der Frauen zumindest teilweise zugestimmt.

Beurteilung der Folgen einer Kaiserschnittgeburt

Mit drei Fragen wurde erfasst, welche Folgen eines Kaiserschnitts die befragten Frauen als relevant beurteilen (Abb. 5.25). Mit deutlicher Mehrheit (86%) geben die befragten Frauen an, dass die Folgen eines Kaiserschnitts häufig unterschätzt werden. Dieses konnten wir im Rahmen der Befragung zusätzlich auch noch aus vielen schriftlichen Kommentaren entnehmen, die die Frauen zusätzlich zur Beantwortung der Fragen gemacht hatten bzw. die sie bei der offenen Frage nach den Nachteilen eines Kaiserschnitts machten.

„Es sollte überall deutlicher darauf hingewiesen werden, welche Folgen postoperativ auf die Frauen nach Kaiserschnitt zukommen (Stillprobleme, Schmerzen, Taubheitsgefühl, Narbe...). Die öffentliche Wahrnehmung geht von einem Routineeingriff (Dauer ca. 1 Std.) aus, aber für jede Frau ist es eine große Bauch-OP.“

Fast 70% der befragten Frauen gaben an, dass die Versorgung des Kindes nach der Operation erschwert ist und immer noch 55% waren ganz oder teilweise der Meinung, dass die Bindung zum Kind viel stärker ist, wenn es auf „normalem“ Wege geboren wird als wenn es per Sectio zur Welt kommt. Frauen, die per sekundärer Sectio entbunden hatten, stimmten dieser letzten Aussage signifikant häufiger zu als Frauen die sich auf einen geplanten primären Kaiserschnitt innerlich vielleicht schon viel länger vorbereiten konnten. Einen Vorteil sehen die befragten Frauen in den modernen Narkosetechniken. Während die Frau bei einer Vollnarkose schläft, kann sie bei einer Teilnarkose (Spinalanästhesie/Periduralanästhesie) den ersten Schrei des Kindes hören, und oft darf auch der Partner im OP mit anwesend sein. Auch nach Abschluss der Operation ist sie bei Teilnarkose oftmals besser in der Lage, sich schnell dem Kind zuzuwenden. 86% der Frauen stimmten daher auch zu, dass mit modernen Narkosetechniken eine Kaiserschnittgeburt besser erlebt werden kann.

„Ich fand die halbe Narkose schöner, da ich viel mehr mitbekam. Ich habe zwar das Kind nicht gesehen (als Frühchen auf die Kinderintensivstation verlegt), aber das erste Schreien hat mir gut getan.“

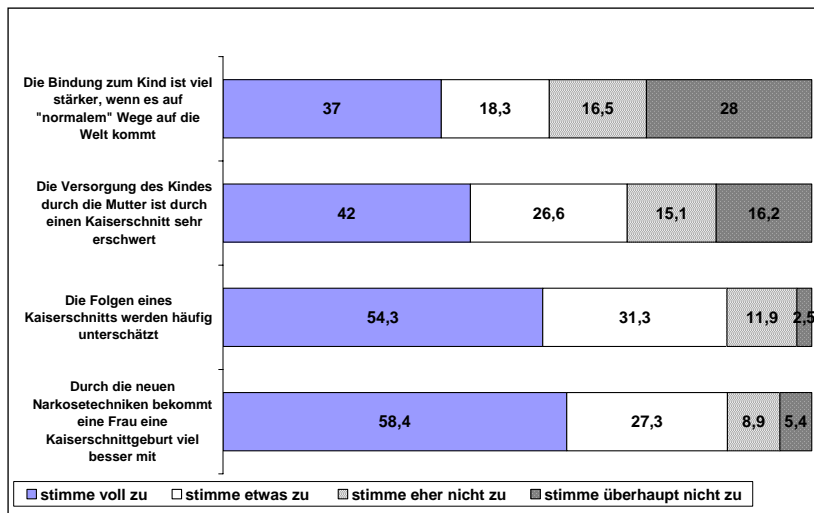


Abb. 5.25: Einstellungen zum Kaiserschnitt: Folgen einer Kaiserschnittgeburt (Angaben in %)

5.3 Exkurs: Analyse von Internet-Foren zu Pro und Contra des „Wunschkaiserschnitts“

(Corinna Schach)²⁴

„Natur hin oder her, heutzutage hat eine Frau die Möglichkeit und das Recht dazu!“

versus

„Ich war stolz, als ich es geschafft hatte!“

Die Ergebnisse der GEK-Studie zeigen, dass etwa ein Viertel der Frauen häufig oder manchmal das Internet als Informationsquelle für Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt nutzt. Es ist zu vermuten, dass diesem Medium zukünftig wachsende Bedeutung zukommt. Das Internet lässt sich dabei zum einen als Informationsquelle nutzen, es bietet aber auch die Möglichkeit – z.B. über Internet-Foren – des Erfahrungsaustausches mit Gleichgesinnten. Der folgende Beitrag geht der Bedeutung der Internet-Foren nach und untersucht die Nutzung und die Themen in diesen Foren zum Thema Kaiserschnitt auf Wunsch.

2001 waren in Deutschland über 24 Millionen Erwachsene Internet-NutzerInnen, davon 42% Frauen. Der Anteil der Frauen nimmt über alle Altersgruppen im Zeitverlauf zu (GfK Online Monitor, 2001). Ein Drittel der nicht-professionellen NutzerInnen von Gesundheitsseiten im Internet sucht nach Adressen von Selbsthilfegruppen und anderen Laienorganisationen (HON, 2001). Für Deutschland wird der Stellenwert des Internet für Gesundheitsinformationen nicht so hoch eingeschätzt, es zeigt sich allerdings ein deutlicher Aufwärtstrend (MMXI Europe, 2000).

²⁴ Dieser Beitrag basiert auf einer Projektarbeit im Fach Gesundheitssoziologie des Aufbaustudienganges Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Im Wintersemester 2004/2005 wurden sieben Internet-Foren zum Thema „Wunschkaiserschnitt“ bezüglich der Pro- und Contra-Beiträge ausgewertet. Der Projektarbeitsgruppe gehörten Constanze Maier-Buck, Michaela Müller, Heidi Niehus und Corinna Schach an.

Die Zahl der Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet neben den Internetseiten der öffentlichen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen wächst stetig. Mit der Einführung von Qualitätslabels, z.B. dem HON-Code, soll den NutzerInnen ermöglicht werden, die Qualität der angebotenen Informationen einzuschätzen. Parallel zu diesen Gesundheitsinformationen hat sich im Internet ein weiterer – bislang wenig beachteter – Bereich der Informationsgewinnung etabliert: In virtuellen Selbsthilfegruppen und zahllosen Chatrooms und Internet-Foren zu gesundheitsbezogenen Themen erfolgt ein reger Erfahrungsaustausch in unterschiedlichen Bereichen. Auch zum Thema Kaiserschnitt, insbesondere zum Wunschkaiserschnitt, haben sich zahlreiche Foren etabliert.

Methodik und Ergebnisse

Sieben Internet-Foren wurden zufällig²⁵ mit der Internetsuchmaschine „google“ ausgewählt und hinsichtlich der Beiträge zum „Wunschkaiserschnitt“ untersucht und kategorisiert.²⁶ Sofern möglich, erfolgte eine weitere Unterteilung nach Erst- und Mehrgebärenden. Dabei interessierte vor allem, welche Argumente für oder gegen einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation genannt werden. Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung war es aufzuzeigen, welche Dimensionen sich in der Argumentation, die in einem geschützten, da anonymisierten, Rahmen geäußert werden, unterscheiden lassen. Des Weiteren stellte sich die Frage, ob das Meinungsbild zur Wahl des Geburtsmodus in den unterschiedlichen Foren Rückschlüsse auf ein gesamtgesellschaftliches Stimmungsbild zulässt.

²⁵ Es wurden die Begriffe „Wunschkaiserschnitt“ und „Chat“ bei der Suchmaschine „google“ eingegeben. Die somit gefundenen Treffer wurden der Reihenfolge nach ihres Erscheinens auf eine Mindestmenge von 10 Beiträgen durchgesehen. Bei Erreichen dieser Anzahl erfolgte die weitere inhaltliche Analyse dieser Internet-Foren. Zu Beginn der Untersuchung wurde die Mindestanzahl der auszuwertenden Beiträge auf 100 festgesetzt.

²⁶ Analysierte Foren: „Zappy Community“, Deutschlands Forum für Dicke „Dick und Kaiserschnitt“, go-Feminin.de, krankenschwester.de., kindergaudi.de, Baby24.de, leben&erziehen.de (Zugriff am 18.01.05)

Insgesamt wurden 121 Beiträge ausgewertet, darunter 11 Mehrfachbeiträge.²⁷

Tab. 5.13: Analyse Pro und Contra Wunschkaiserschnitt bei Erst- und Mehrgebärenden, Darstellung der jeweils genannten Gründe

	PRO 42,7%			CONTRA 57,3%		
Insgesamt:	47			63		
a) Erstgebärende	20			8		
b) Mehrgebärende	15			33		
c) nicht bekannt / keine Kinder, nicht schwanger	12			22		
GRÜNDE	a)	b)	c)	a)	b)	c)
Schmerzen nach OP/ längere Rekonvaleszenz (21)				2	15	4
Natürlichkeit (18)				5	6	7
Angst vor Wehenschmerzen (16)	13	1	2			
Selbstbestimmung / Autonomie (15)	4	6	4			1
Angst vor OP-Komplikationen (13)	1		1		7	4
Positives Geburtserlebnis (9)				1	7	1
Z. n. traumatischer vaginaler Entbindung (7)		7				
Nachteile für das Kind (6)					6	
„moderne Medizin bietet Alternative“ (3)	1		2			
Termin festlegen (2)	1	1				
Technologie orientierte Geburt (2)					1	1

Insgesamt ausgewertete Beiträge: 121, (Mehrfachbeiträge: 11)

²⁷ Unter „Mehrfachbeiträge“ ist zu verstehen, dass eine Nutzerin mehrfach unterschiedliche Argumente in die virtuelle Diskussion einbringt.

42,7% der Nutzerinnen (47) der Internet-Foren sprachen sich für einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation aus, 57,3% (63) waren dagegen.

Die Gruppe, die sich für einen Wunschkaiserschnitt äußerte, nannte vor allem Angst vor Wehenschmerz und Selbstbestimmung/Autonomie als Gründe (*„Bin für Selbstbestimmung beim Thema Wunschkaiserschnitt – schließlich leben wir nicht mehr im Mittelalter.“*²⁸). Die Contragruppe betonte die Schmerzen nach der Operation und die längere Rekonvaleszenzzeit sowie den Aspekt der Natürlichkeit (*„Ich wäre traurig gewesen, wenn ich einen Kaiserschnitt bekommen hätte, weil ich unbedingt erleben wollte, wie es ist, ein Baby natürlich auf die Welt zu bringen.“*).

Knapp 6% der Nutzerinnen dieser Foren nannten eine vorangegangene traumatische Geburt als Grund für die Wahl des Geburtsmodus Schnittentbindung ohne medizinische Indikation in der darauf folgenden Schwangerschaft: *„Ich denke noch an meine Hebamme im ersten Vorbereitungskurs zurück. Der Wehenschmerz ist ein konstruktiver Schmerz, sagte Renate, immer sanft. Ihr bringt schließlich ein Baby zur Welt. Deshalb heißt es im Englischen auch labour. Geburtsarbeit. Ich weiß nicht, wie sich ein konstruktiver Schmerz von einem destruktiven unterscheidet. Ich weiß nur, dass ich in der Stunde X jederzeit einer kompletten Gebissanierung den Vorrang gegeben hätte – und ich rede hier von verdammt schlechten Zähnen.“*

Veränderungen der Operationstechnik und der Anästhesiemethoden werden von knapp 3% der Frauen als „moderne Medizin“ bezeichnet, deren Möglichkeiten sie auch entsprechend nutzen wollen: *„Wie auch immer, wir Menschen leben in einer Welt, die nicht mehr viel Natürliches an sich hat, jeder von uns ist schon sein ganzes Leben von der modernen Medizin geprägt und abhängig. Was soll an einer Geburt bitte so besonders sein, dass man ausgerechnet da, wo so extreme Schmerzen der Fall sind, eine Ausnahme machen sollte? Kein Mensch käme normalerweise auf die Idee, freiwillig irgendetwas mit sich machen zu lassen,*

²⁸ Die aufgeführten Zitate wurden jeweils im genauen Wortlaut übernommen, zur besseren Lesbarkeit wurde jedoch die Rechtschreibung korrigiert.

was ähnlich schmerzhaft ist wie eine Geburt – vielleicht hat dieses ganze Geburt-Dings die Natur nicht so prickelnd eingerichtet?“

Anonymität ist ein Charakteristikum der Internet-Foren, so dass sich Aussagen zum Thema finden lassen, die in dieser Deutlichkeit kaum in Interviews zu erwarten wären:

„Objektivieren lassen sich Schmerzerfahrungen nicht, aber darüber, dass der Geburtsschmerz zu den schlimmsten überhaupt gehört, herrscht allgemeines Einverständnis. Der nahe liegende Schluss wäre, diesen Schmerz zu lindern oder, noch besser, aus der Welt zu schaffen – für eine Gesellschaft, die Leute ins All schießt, Schafe klonet und Quantencomputer erfindet, sollte das eigentlich kein Problem sein. Aber manchmal entsteht der Verdacht, dass auf Waffensysteme und Bürosoftware weit mehr Know-how verwendet wird, als auf die Schmerzbehandlung in der Geburtshilfe. Kein Chef würde heute von Ihnen verlangen, einen Geschäftsbrief in Stein zu ritzen, weil der Stamm der Sowie noch in Südafrika schließlich auch keine E-mail benutzt. Doch Schwangere müssen sich immer wieder Geschichten anhören über Indianerinnen, die ihre Kinder in Höhlen zur Welt bringen und sofort wieder in der Prärie auf Achse sind, das Baby auf dem Rücken.“

Aufgrund der Anonymität ist ebenfalls die Hemmschwelle gering, die unterschiedlichen Standpunkte drastisch und zum Teil polemisch darzustellen und zu „verteidigen“:

„Lass Dich nicht von den Supermuttis verarschen, sondern entscheide das, wonach dir ist. Habe mich auch für einen Wunschkaiserschnitt entschieden und in drei Kliniken nachgefragt, wo es auch möglich ist.“

„Ich glaube langsam auch, wir sind hier bei „Wünsch Dir was“. Ich kann es überhaupt nicht begreifen!!! Klar, jeder kann seine Meinung frei äußern, genau dies mache ich nun auch: Wie kann ich mich für einen Wunschkaiserschnitt entscheiden? Auch kann ich es nicht begreifen, wie man schon vor der Geburt sagen kann, das man sich gegen das Stillen entscheidet.“

Das in Fachkreisen oft genannte Argument, der Kaiserschnitt sei eine Präventivmaßnahme zur Vermeidung von Beckenbodenschäden und

verhindere somit Senkungsbeschwerden, Inkontinenz und postpartale Sexualstörungen, wird hingegen von den Nutzerinnen der analysierten Chatrooms kaum genannt. Beiträge, wie der folgende bilden die Ausnahme: *„Ich bin jetzt im 2. Monat schwanger und für mich steht schon fest, dass ich auf jeden Fall per Wunschkaiserschnitt entbinden werde! Es geht hier nicht nur um die wahnsinnigen Schmerzen während der Geburt. Denkt mal einer an Probleme mit der Wundheilung eines Dammschnittes (wird fast bei allen Frauen gemacht), oder an Inkontinenz oder Gebärmutterensenkung, oder monatelangen Problemen beim Sex? Die Liste würde sich beliebig fortsetzen lassen. Ich will diese Risiken ausschließen, daher hab ich mich für den Wunschkaiserschnitt entschieden. Ich will dieses stundenlange Stöhnen und animalische Verhalten weder mir noch meinem Freund zumuten. Punkt! Finde es, es ein wahnsinniger toller Fortschritt, dass jede Frau selbst entscheiden kann was mit IHREM Körper passiert! Bravo.“*

Entweder scheinen längerfristige Folgen des jeweiligen Geburtsmodus nicht in die Entscheidungsfindung miteinbezogen zu werden oder die Bereiche Inkontinenz und Sexualstörungen sind immer noch so stark tabuisiert, dass ein Thematisieren möglicher Beckenbodenschäden auch in der Anonymität der Internet-Foren nicht erfolgt.

Auch die in Fachkreisen oftmals vertretene Auffassung, die Sectio caesarea sei der gefahrloseste Geburtsmodus für das Kind, ließ sich in den untersuchten Beiträgen nicht wiederfinden. Stattdessen fanden sich Aussagen wie folgende: *„Für Babys ist die natürliche Geburt, sofern es nicht dringende medizinische Gründe gibt, die dagegen sprechen, wichtig! Es ist besser für sie, geboren zu werden zu einem Zeitpunkt, den die Natur bestimmt, als aus Deinem Körper gerissen zu werden. Die spontane Atmung kann zum Beispiel beeinträchtigt sein.“* Diese und ähnliche Aussagen wurden bei 5% der Beiträge als Gründe gegen einen Kaiserschnitt angeführt.

Des Weiteren werden in den Internet-Foren Namen von FrauenärztInnen und Kliniken, die dem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation offen gegenüberstehen, weitergereicht: *„Und wenn jemand zufällig eine Klinik in Bremen kennt, die so etwas durchführen (Wunschkaiserschnitt), immer her damit.“* *„Letzte Woche war ich bei einer Kreißsaalbesichti-*

gung im Krankenhaus XY (Anm.: hier erfolgte Anonymisierung) und habe dort gleich danach gefragt. Man bekommt einen Wunschkaiserschnitt, auch mit hohem Gewicht und bekommt alles mit. Also, no problem.“

Am häufigsten wird Angst von Wunschkaiserschnitt-Befürworterinnen als auch von den Befürworterinnen der vaginalen Entbindung als Grund für ihre Entscheidung angegeben: *„Ich habe gerade erst erfahren, dass ich womöglich schwanger bin (gestern durch einen Femetest) und ich habe mehr als schreckliche Angst vor der Geburt. Kann ja kaum richtig schlimme Regelschmerzen ertragen.“*

„Frauen, die einen Wunschkaiserschnitt bekommen, wissen ja gar nicht was sie sich und ihrem Körper antun. Ich frag mich, ob diese Frauen Menschen mit Narbenschmerzen kennen. Sollte ihnen das passieren, haben sie ihr Leben lang ein zu bestimmten Zeiten schmerzhaftes Leben, wir Frauen mit normalen Entbindungen hatten aber nur ein paar schmerzhaftes Stunden.“

Angst als Motivation des Wunsches nach Kaiserschnitt wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sogar als relative medizinische Indikation angesehen; als Indikation zur Durchführung einer Schnittentbindung als Präventivmassnahme sieht die DGGG die Angst um die Sicherheit für das Kind, die Angst vor Schmerzen und die Angst vor organischen Spätschäden (Senkung, Inkontinenz und postpartale Sexualstörungen). Als Sectio auf Wunsch werden in der DGGG nur Fälle definiert, in denen (ausschließlich) die Planbarkeit der Geburt als Grund für den Kaiserschnitt besteht, das heißt wenn *„aus beruflichen oder terminlichen Gründen Zeit und Ort der Entbindung im Voraus fest bestimmbar sein soll (z.B. Tag der Jahrtausendwende oder Geburt unter einem günstigen Horoskop) oder die Teilnahme des Partners gewünscht wird, der zeitlich nicht frei verfügbar ist“* (DGGG-Stellungnahme, 2004).

Diskussion der Studie zu Internet-Foren

Schwangerschaft und Geburt sind eine Zeit großer Veränderungen im Leben einer Frau. Zeiten des Wandels und des Umbruchs sind häufig auch von Unsicherheiten und Ängsten begleitet. Diese Unsicherheiten werden verstärkt, je mehr von den „unkalkulierbaren Risiken“ einer normalen Geburt gesprochen wird. *„Oft ist eine allgemeine Ängstlichkeit oder Unsicherheit die Ursache für den Sectiowunsch, so dass eine vertrauensvolle Arzt-Patientin-Beziehung diese Ängste mildern kann und der Frau eine normale vaginale Geburt ermöglicht. Hierbei haben häufig auch die betreuenden Hebammen einen wesentlichen Beitrag, so dass eine kooperative Zusammenarbeit der Professionen wichtig ist.“* (Rott et al., 2000, S. 890).

Anstatt Angst allgemein als eine Indikation für die Schnittentbindung anzuführen, müsste u.a. der Fokus in einer kooperativen Begleitung und Betreuung der Schwangeren durch Hebammen und FrauenärztInnen in dem Verstehen der Ursachen der Ängste liegen sowie in dem Bestreben diese Ängste durch Gespräch und Information zu mindern oder aufzulösen.

Sicherlich entsprechend die in dieser Untersuchung knapp 43% Befürworterinnen des „Wunschkaiserschnittes“ nicht dem Prozentsatz der Schwangeren, die letztendlich durch einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation entbinden. Einerseits suchen gerade Frauen, die sich mit dem Gedanken an einen „Wunschkaiserschnitt“ tragen, gezielt diese Internetforen auf, um sie zur Auseinandersetzung zu nutzen. Andererseits finden sich unter den ausgewerteten „Pro-Beiträgen“ auch Frauen, die sich für eine vaginale Geburt entschieden haben, sich jedoch grundsätzlich für die „Selbstbestimmung“ über den eigenen Körper aussprechen.

Dieses Verständnis von Selbstbestimmung entspricht dem allgemeinen Umgang mit dem Thema „Wunschkaiserschnitt“ in der Öffentlichkeit. Diese Auslegung des Selbstbestimmungsbegriffes findet sich ebenfalls bei der zunehmenden Akzeptanz der so genannten „Schönheitsoperationen“ wieder.

Wenn nun PatientInnen von ÄrztInnen Handlungen einfordern, die ihnen schaden können, wird die Beziehung der beiden AkteurInnen zu einem Vertragsverhältnis und wenn die gewünschte Dienstleistung nicht erbracht wird, so suchen sich die KundInnen neue AnbieterInnen, die dann machen was verlangt wird. *Primum nil nocere* – das Schädigungsverbot der Medizinethik – wird dadurch außer Kraft gesetzt.

Auch die Schnittentbindung ohne medizinische Indikation als angebliche Geburtserleichterung kann unter diesem Aspekt betrachtet werden: „Mein Bauch *gehört* mir – also kann ich ihn auch aufschneiden lassen.“ Der Hinweis von ÄrztInnen auf diese selbstbestimmte und informierte Entscheidung könnte als das Abgeben von Verantwortung an die Schwangere gewertet werden. Dies wirft die Frage auf, wie weit kann das Selbstbestimmungsrecht als Selbstverfügungsrecht über den eigenen Körper ausgelegt werden?

Schneider (2003) stellt hierzu fest, dass Selbstbestimmung nicht auf die Wahlfreiheit zwischen heute gegebenen technischen Möglichkeiten zu reduzieren ist und dass die Gefahr der Instrumentalisierung des Selbstbestimmungsrechtes, um fremdnützige Interessen am Frauenkörper zu verschleiern, gegeben ist.

Seit knapp einem Jahrzehnt wird in der Fachwelt der Kaiserschnitt auf Wunsch auch unter dem Gesichtspunkt Indikation – Kaiserschnitt als Präventivmassnahme oder Eingriff ohne medizinische Indikation – bis heute kontrovers diskutiert. So stellt Bockenheimer-Lucius zu Recht fest: „*Wenn nicht einmal innerhalb einer Profession ein ‚common sense‘ zur Frage nach der elektiven Sectio zu erreichen ist, dann darf die Verantwortung nicht auf die betroffenen Frauen abgewälzt werden.*“ (Bockenheimer-Lucius, 2002, S.196).

6 Diskussion

Die steigenden Kaiserschnittraten finden zunehmend Aufmerksamkeit in der fachwissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion und es wird deutlich, dass einer Entscheidung zum Kaiserschnitt ein komplexes Ursachenbündel zugrunde liegt. Mittlerweile kommt jedes vierte Kind per Kaiserschnitt auf die Welt, bei GEK-versicherten Frauen liegen die Kaiserschnittraten sogar etwas höher. Erklärungen für dieses Phänomen sind komplex. Zum einen spielen medizinische Gründe eine Rolle: So bestätigen die Ergebnisse der Auswertung der Routinedaten, dass Frauen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind, häufiger einen Kaiserschnitt erhalten als nicht erkrankte Frauen. Neben medizinischen Gründen sind aber auch organisatorische, finanzielle und juristische Aspekte relevant, und auch die Einstellung gegenüber einem Kaiserschnitt hat sich sowohl auf Seiten schwangerer Frauen als auch auf Seiten der Geburtsmedizin geändert.

Die Diskussion wird stark polarisierend geführt: Vehementen Verfechtern des Kaiserschnitts mit großzügig ausgelegter Indikation stehen Gegner und Gegnerinnen gegenüber, die Frauen ihrer Gebärfähigkeit beraubt sehen und die nach wie vor erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken hervorheben. Beide Positionen werden der Komplexität des Phänomens nicht gerecht und sind für Frauen, die vor der Entscheidung zu einer Schnittentbindung stehen, nicht hilfreich.

Auffällig ist, dass schwangeren und gebärenden Frauen eine zentrale Rolle als Entscheiderinnen und Nutzerinnen des geburtshilflichen Versorgungssystems zugesprochen wird: Sie sollen als informierte Versicherte eine sachgerechte, evidenzbasierte Entscheidung treffen, die ihren Bedürfnissen entspricht. Genau hierin wird von vielen ein zentrales Problem gesehen. Viele Frauen, so eine häufig geführte Argumentation, wollen einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation, weil sie entweder für sich das in Anspruch nehmen wollen, was prominente Frauen mit viel medialer Aufmerksamkeit vormachen, oder weil sie Angst vor dem Geburtsschmerz haben und sich den Strapazen einer vaginalen Entbindung nicht aussetzen wollen. Ärzte und Ärztinnen, so die weiter gehende Argumentation, können sich diesen Wünschen nicht entziehen, weil

sie aufgrund der sinkenden Geburtenraten daran interessiert sein müssen, die Frauen als „Kundinnen“ möglichst gut zu „bedienen“.

Obwohl Frauen eine solch bedeutende Rolle zugesprochen wird, wurden sie bislang selten befragt. Aus diesem Grund wurde die GEK-Kaiserschnittstudie durchgeführt, die erstmalig für Deutschland auf einer breiten Datenbasis Auskunft gibt über die Meinung und Einstellung zum Kaiserschnitt sowie zu den Gründen, die zu einer Schnittentbindung geführt haben – aus der Sicht der Frauen, die einen Kaiserschnitt erlebt haben. Die Tatsache, dass fast 50% der Frauen, die angeschrieben wurden, den Fragebogen ausgefüllt zurück schickten²⁹ und dass viele die Gelegenheit genutzt haben, ihre Erlebnisse und Ansichten aufzuschreiben, zeigen, dass es ein hohes Interesse gibt, die eigenen Erfahrungen zu teilen. Viele Befragte äußerten sich positiv über die Studie und begrüßten die Aktivität der GEK in diesem Bereich.

„Danke für diese Art Fragebogen!“

„Vielen Dank für Ihre Untersuchung! Sie wird „Betroffenen“ sicherlich ein Stück mehr Akzeptanz ermöglichen und Zukünftigen mehr Aufklärung bieten können.“

„Es hat mir sehr viel Spaß gemacht, Ihre Fragen zu beantworten. Ich konnte auf diese Weise meine beiden Kaiserschnitte noch einmal durchdenken und verarbeiten.“

Bevor die Ergebnisse zusammenfassend interpretiert werden, sollen zunächst einige methodische Einschränkungen benannt werden, die bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sind. Der Fragebogen ist nur an diejenigen Frauen verschickt worden, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden haben, es ist also z.B. in Bezug auf die generelle Bewertung und die Einstellung zum Kaiserschnitt kein Vergleich mit Frauen möglich, die vaginal oder mit Zange oder Saugglocke entbunden

²⁹ Dies ist umso erstaunlicher, als die Studie weder vorher angekündigt wurde, noch eine Nachfassaktion erfolgte, die Frauen daran erinnerte, den Fragebogen zurück zu schicken. Üblicherweise ist bei einer solchen Erhebung mit einer Rücklaufquote von maximal 30% zu rechnen.

haben. Die Koppelung an den pseudonymisierten Stammdatensatz war nur bei 9 von 10 Frauen möglich, so dass die Aussagen, z.B. zum Alter der befragten Frauen, auf einem unvollständigen Datensatz beruht. Da explizit die Sicht der Frauen interessiert, sind keine Aussagen über die „objektiven“ medizinischen Hintergründe des Kaiserschnitts möglich, sondern nur die Aspekte, die bei den Frauen „angekommen“ sind. Dies ist allerdings von erheblicher Relevanz, denn die Ergebnisse verdeutlichen, wo Kommunikationsbarrieren liegen können. Und schließlich ist davon auszugehen, dass vor allem jene Frauen den Fragebogen ausgefüllt haben, die ein Interesse an dem Thema haben und für die die Kaiserschnittgeburt nicht in dem Maße traumatisch war, dass sie an die Erlebnisse nicht mehr erinnert werden wollten. Trotz dieser Einschränkung liefert die Studie wertvolle Hinweise zur Beratung und Begleitung schwangerer Frauen bzw. von Frauen unter der Geburt, die im Folgenden herausgearbeitet werden sollen.

Gründe für den Kaiserschnitt

Ein wichtiger Frageblock der Untersuchung fokussierte auf die Gründe, weshalb ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde – und zwar aus der Sicht der betroffenen Frauen (die nicht unbedingt deckungsgleich sein müssen mit der Sicht des geburtshilflichen Personals). Die Frauen, bei denen es zu einer sekundären Schnittentbindung gekommen war, nannten ausschließlich medizinische Gründe. Dies ist auch verständlich, da sich diese Frauen ja zunächst zu einer vaginalen Geburt entschieden hatten. Hauptgründe sind hier schlechte kindliche Herztöne und protrahierte Geburtsverläufe bzw. ein Geburtsstillstand. So nachvollziehbar diese Gründe sind, so sehr erstaunt es doch, dass die Indikationen für einen sekundären Kaiserschnitt zugenommen haben (sekundäre und primäre Kaiserschnitte sind ja in den vergangenen Jahren gleichermaßen angestiegen). Zunächst erscheint es verwunderlich, dass schlechte kindliche Herztöne und protrahierte Geburtsverläufe immer weiter zugenommen haben sollen. Eine Erklärung findet sich bei Rath & Vetter (2002): Ihrer Aussage nach verbargen sich auch schon früher hinter Sammelindikationen oder subjektiv formulierten Indikationen wie „mangelnder Geburtsfortschritt“ eine Ausweitung der ursprünglich strengen medizini-

schen Indikation, die häufig dem Wunsch der Frau und/oder ihres Geburtshelfers entsprechen. Möglicherweise ist hier die Toleranzschwelle der Schwangeren, ihres Partner und der Geburtshelfer immer weiter gesunken, ein bestimmtes Maß an Belastungen unter der Geburt noch hinzunehmen. So hatten immerhin ein Drittel der Frauen aus unserer Befragung einen sekundären Kaiserschnitt schon im Vorfeld einkalkuliert (und zwei Drittel, wenn bereits früher ein Kaiserschnitt durchgeführt worden war). Eine Studie von Hellmers und Schücking (2005) zur gewünschten und erlebten Geburtsform von Erstgebärenden ergab, dass Frauen, die am Ende der Schwangerschaft einen Kaiserschnitt für sich bevorzugten, auch tatsächlich häufiger per primärer oder sekundärer Sectio entbunden haben als Frauen, die eine vaginale Geburt bevorzugt haben. Die Einschätzung vor der Geburt, dass ein Kaiserschnitt wahrscheinlich ist und eine positive „Gestimmtheit“ in Bezug auf einen Kaiserschnitt scheint eine Schnittentbindung wahrscheinlicher zu machen und den Entscheidungsspielraum unter der Geburt zu Gunsten einer Sectio zu definieren. Eine amerikanische Studie, die die Frage der „sekundär-elektiven Kaiserschnitte“ untersucht hat, konnte zeigen, dass es tatsächlich eine relevante Anzahl sekundärer nicht-medizinisch indizierter Kaiserschnittentbindungen gibt (Kalish et al., 2004).

Bei den Gründen für die primäre Sectio zeigt sich ein vielfältigeres Bild. Hier waren bei den befragten Frauen neben medizinischen Aspekten auch psychosoziale und organisatorische Gründe relevant. Die Empfehlung des Arztes spielt in unserer Befragung allerdings die zentrale Rolle bei der Entscheidung der Frauen zum Kaiserschnitt. Dies verweist auf die hohe Bedeutung, die der ärztlichen Meinung zukommt und auf die Beratungskompetenz, die Gynäkologinnen und Gynäkologen aufweisen müssen. An diesem Punkt zeigt sich, dass das deutsche System der Schwangerenbetreuung möglicherweise die Rate der Schnittentbindungen beeinflusst. Ärztliche Schwangerenvorsorge findet in Deutschland eine hohe Akzeptanz und wird von mehr als 95% aller Schwangeren in Anspruch genommen, während die Betreuung durch Hebammen – sei es ausschließlich oder in Kombination mit ärztlicher Begleitung –, jenseits des Besuchs eines Geburtsvorbereitungskurses, seltener in Anspruch genommen wird. Es ist zu erwarten, dass Hebammen und Ärzte bzw. Ärztinnen von ihrem professionellen Selbstverständnis her eine

andere Einstellung zum Kaiserschnitt haben: Während Hebammen Schwangerschaft und Geburt eher als natürliche Prozesse wahrnehmen, die von ihnen unterstützt werden, sehen Geburtshelfer Schwangerschaft und Geburt als potenziell pathologische Prozesse, die mit medizinischen Interventionen korrigiert werden müssen.

„Der Arzt ist kurz angebunden, das Wartezimmer ist voll. Außerdem sehen viele Ärzte die Entbindung nur von der medizinischen Seite. Hebammen haben doch oft auch eine andere Sichtweise, die mehr mit Mutter und Kind zu tun hat.“

Die medizinische Schwangerschaftsvorsorge ist vor allem der sekundären Prävention zuzuordnen, es geht hier vorrangig um die Früherkennung von Komplikationen wie drohender Frühgeburt, Schwangerschaftsdiabetes, Gestose („Schwangerschaftsvergiftung“) und Wachstumsverzögerungen des Fötus. Frauen erleben so eine sehr medizinisch-technische Schwangerschaftsbegleitung. Der Vorsorgeansatz von Hebammen ist eher an den Ressourcen und nicht an den Risiken ausgerichtet, d.h. die Körperwahrnehmung und eigene Kompetenz der schwangeren Frau sollen unterstützt werden. Diese Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigen sich auch in der Frage, welche Geburtsform sie für sich selber bevorzugen würden, wenn keine Risiken zu erwarten sind. Während Hebammen auf jeden Fall ihr Kind vaginal entbinden wollen, bevorzugen 31% der Ärztinnen nach den Befunden von Al Mufti (1996) eine Kaiserschnittgeburt (siehe S. 36). Die auch in unserer Untersuchung mitunter geäußerte Ansicht, dass Ärzte und Ärztinnen häufig viel zu schnell zu einem Kaiserschnitt raten, statt Frauen auch bei komplizierten Geburten (z.B. bei Zwillingsgeburten oder Beckenendlagen) zu unterstützen, sind Ausdruck dieser Unterschiede.

„Man sollte publik machen, dass Hebammen schon weit vor der Geburt die werdende Mutter begleiten. Hebammen nehmen durch Erfahrung und Wissen die Angst und können gezielte Fragen beantworten.“

„Ich hatte Schwierigkeiten, Ärzte zu finden, die mich bei der Entscheidung unterstützen, es trotz Beckenendlage auf „normalem Weg“ zu versuchen.“

Da der Frauenarzt bzw. die Frauenärztin in Deutschland in der Regel die erste Anlaufstelle für eine schwangere Frau ist, haben die Informationen dieser Berufsgruppe wesentlichen Einfluss auf die Nutzung weiterer Betreuungsangebote. In einer qualitativen Studie von Barbian et al. (1996) zur Situation der Schwangerenbetreuung in vier Berliner Bezirken konnten entscheidende Kooperationsbarrieren herausgearbeitet werden: So nahmen Ärzte und Ärztinnen häufig für sich in Anspruch, im Rahmen der medizinischen Vorsorge die Schwangere umfassend zu betreuen und sahen deshalb keinen Bedarf für eine weitergehende Betreuung und Beratung. In dieser Einschätzung spiegelt sich auch ein ökonomischer Konflikt, denn Ärzte und Ärztinnen, die eine Schwangere gemeinsam mit einer Hebamme betreuen, erbringen in der Vorsorge meist weniger abrechenbare Leistungen als bei einer alleinigen Betreuung einer schwangeren Frau.

Alternative Betreuungsformen, z.B. durch Hebammen, die auch Mutterchaftsvorsorge anbieten, werden derzeit nur von wenigen Frauen genutzt. So konnte eine Befragung von 51 Frauen in einer gynäkologischen Praxis zeigen, dass die Mehrzahl dieser Frauen über die Möglichkeit einer Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen gar nicht informiert war (Schumann, 2004). In Gesundheitssystemen, in denen die Schwangerenvorsorge durch Ärzte und Ärztinnen geleitet wird und Hebammen keinen wesentlichen Einfluss haben, wie z.B. in den USA und den Großstädten Brasiliens, sind insgesamt hohe Interventionsraten und besonders hohe Kaiserschnittraten zu finden (Schücking, 2004). Bei den in unserer Studie befragten Frauen hatten die Empfehlungen der Hebammen ebenfalls keinen hohen Stellenwert.

Die ärztliche Einstellung prägt also bei bestehendem Handlungsspielraum die Entscheidung. Aber auch die werdenden Mütter und ihre Partner sind an der Entscheidung beteiligt. Diese ist u.A. vom Ausmaß ihres Sicherheits- und Kontrollbedürfnisses geprägt. Fragen der Sicherheit spielen beim Thema Geburt für Frauen eine wesentliche Rolle. Dies ist mit ein Grund dafür, dass die außerklinische Geburtshilfe (Hausgeburten, Geburt im Geburtshaus und Praxisgeburt) derzeit in Deutschland fast keine Bedeutung haben (< 2% aller Geburten). Nicht zuletzt durch den starken Einfluss der Ärzte und Ärztinnen wagen nur wenige Frauen

eine Geburt außerhalb einer Klinik. Hausgeburten gelten als riskant, ein Vorurteil, das sich, bei sorgfältiger Risikoselektion der Schwangeren und unter bestimmten strukturellen Voraussetzungen, als nicht zutreffend herausstellt.

Neuere geburtshilfliche Versorgungskonzepte wie der Hebammenkreißsaal versuchen, das Sicherheitsbedürfnis werdender Mütter (und Väter) zu erfüllen, indem in ein und derselben Klinik sowohl ein von Hebammen geleiteter als auch ein ärztlich geleiteter Kreißsaal eingerichtet wird. Frauen ohne Risikoschwangerschaft und mit erwartetem normalem Geburtsverlauf können ihr Kind in dem Hebammenkreißsaal gebären, in dem keine Ärzte oder Ärztinnen anwesend sind. Kommt es zu einer Komplikation, kann die Gebärende ohne Verzögerung in den ärztlich geleiteten Kreißsaal verlegt werden (Sayn-Wittgenstein et al., 2005; von Rahden, 2005).

Auch in der Schwangerenvorsorge zeigt sich die Fixierung auf technische Überwachung und Kontrolle, die nicht nur auf den ärztlichen Einfluss zurückzuführen ist. Urbschat (1999) konnte anhand von Daten der niedersächsischen Perinatalstatistiken zeigen, dass ein großer Teil der Schwangeren über dem Standard versorgt wird und darauf auch besonderen Wert legen. Dies gilt insbesondere für die besser ausgebildeten Frauen ohne Schwangerschaftsrisiken, die die ärztliche Vorsorge besonders intensiv nutzen.

„Generell müsste es mehr Untersuchungstermine (plus Ultraschall) beim Arzt geben. 3mal (Ultraschall) während der Schwangerschaft ist viel zu wenig, um evtl. Signale für Probleme erkennen zu können. 4-Wochenabstand bei Untersuchungen zu weit auseinander...“

Der Sicherheitsaspekt gilt insbesondere mit Blick auf die Gefährdung des kindlichen Wohls. So nehmen viele Frauen eher die Nachteile und Risiken einer Schnittentbindung für die eigene Person in Kauf, als dass sie das Kind potentiellen Risiken aussetzen, selbst wenn deren Eintrittswahrscheinlichkeit sehr gering ist. Dies berichten auch viele Ärzte und Ärztinnen in Diskussionen um den Kaiserschnitt. Sie betonen, dass Frauen heute nicht mehr bereit sind, ein Risiko einzugehen und deshalb oftmals selber zum Kaiserschnitt drängen. Dies gilt vermutlich verstärkt

dann, wenn das Kind mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung (IVF, ICSI) gezeugt wurde. In der vorliegenden Untersuchung ist der Anteil dieser Kinder mit 7,4% höher als zu erwarten wäre (der Anteil der Kinder, die mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung gezeugt wurden beträgt in der Gesamtbevölkerung: <2%). Die aus forensischen Gründen geringe Risikoneigung der Geburtshelferinnen und -mediziner findet also ihre Entsprechung in einem hohen Sicherheitsbedürfnis schwangerer Frauen, die den Entscheidungsspielraum in Bezug auf einen Kaiserschnitt weiter verkleinern.

Die Tendenz zum geringen Risiko zeigt sich auch bei den am häufigsten genannten Gründen für einen primären Kaiserschnitt. Hier werden überwiegend Aspekte genannt, die die Sicherheit des Kindes betreffen (Bekkenendlage, vermutete Makrosomie, Angst um das Kind). Auch bei der offenen Frage nach den Vorteilen einer Kaiserschnittgeburt wurde mit großem Abstand der Sicherheitsgewinn für das Kind genannt.

„War der Kaiserschnitt unbedingt notwendig, nur weil mein Kind in der 37. Woche schon 4150 Gramm schwer war?“

„Es waren ungünstige Situationen zusammengekommen, die letztendlich den (ersten) Kaiserschnitt nötig machten. Beim zweiten Kind bereitete ich mich wieder auf eine normale Geburt mit Hebamme vor. Sie war der Meinung, das Kind passt. Die Ärztin im Krankenhaus entschied nach Tasten und Messen, dass das Kind nicht passt. Was soll man da machen, wenn zwei verschiedene Meinungen da sind? Es noch einmal versuchen oder gleich einen Kaiserschnitt? Auf Empfehlung der Ärztin entschied ich mich gleich für einen Kaiserschnitt, obwohl ich sehr, sehr enttäuscht war, und meine Hebamme auch nicht viel tat, um mich zu unterstützen.“

Dass sich ein Teil der Frauen allerdings nicht wohl damit fühlt und dass sie sich im Nachhinein gewünscht hätten, Alternativen zur schnellen Intervention aufgezeigt zu bekommen, zeigen viele zusätzliche Kommentare. Die Aussagen drücken die Ambivalenz und Unsicherheit aus, die Frauen erleben. Sie haben einerseits den Wunsch nach maximaler Sicherheit, auf der anderen Seite sind aber Schwangerschaft und Geburt ein Symbol des „Natürlichen“. Frauen messen, entgegen der häufig geäußerten Vorurteile über die neue Frauengeneration und ihrem funktionalistischen Verständnis des eigenen Körpers, einem positiven Ge-

burtserlebnis sehr große Bedeutung bei. Zugleich wird die Unsicherheit in der Entscheidung deutlich, wenn sie die Informationen nicht richtig einschätzen und bewerten können.

Verschiedene Aspekte der Angst spielten in unserer Untersuchung eine nicht unerhebliche Rolle bei der Entscheidung zum primären Kaiserschnitt. In einer Studie zu Wünschen, Erwartungen und Ängsten schwangerer Frauen vor der Geburt (Neuhaus & Scharkus, 1994) standen die Ängste vor Erkrankungen und Schädigung des Kindes an erster Stelle. Einen mittleren Stellenwert nahmen in der Untersuchung die Ängste der Schwangeren vor Wehenschmerzen und körperlicher Belastung ein. In dem Kollektiv der von uns befragten Kaiserschnittfrauen waren in 39% der Fälle Angst um das Kind und in 8% der Fälle Angst vor Schmerzen und vor körperlichen Belastungen wesentliche Gründe für die Entscheidung zum Kaiserschnitt. Schwangerschaft ist eine Umbruchphase im Leben von Frauen, die auch mit Ambivalenz und Ängsten einhergeht. Die bevorstehende Geburt weckt teilweise real, aber auch verzerrt scheinende und schwer nachvollziehbare Ängste. Bei Mehrgebärenden kann eine traumatisch erlebte erste Geburt die Angst vor der nächsten Entbindung erhöhen.

Eine Befragung von mehr als 13.000 schwangeren Frauen zum Thema „Geburtsängste“, ergab, dass 6% der Frauen „große Angst“ haben und über die Hälfte der Frauen „etwas Angst“ (Geissbühler et al., 2005). Auch frühere Studien zeigten einen ähnlichen Anteil Frauen mit großer Angst. Dieser Anteil ist damit wohl über die Zeit relativ stabil und auch unabhängig von äußeren Gegebenheiten.

Mit dem zunehmenden Mitspracherecht schwangerer Frauen bei der Wahl des Geburtsmodus und dem größeren Entgegenkommen der Geburtshelfer in den letzten Jahren haben Frauen mit großen Geburtsängsten die Möglichkeit, die vaginale Geburt zu vermeiden und einen primären Kaiserschnitt zu wählen. Die Grenzen zum Wunschkaiserschnitt, einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation, sind hier fließend, denn eine starke Angst vor den Schmerzen ist eine Indikation für einen Kaiserschnitt. Inwieweit sich hier die Kriterien für eine Indikationsstellung in den letzten Jahren verschoben haben und ob die Indikation in jedem Fall gerechtfertigt ist, ist für Deutschland noch nicht erforscht. Unstrittig

ist, dass Angst der entscheidende Faktor für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt ist (Hildingson, 2002; Hellmers & Schücking, 2005).

Es scheint, dass eine psychosomatische Begleitung der Frauen mit erheblichen Ängsten durch die ärztliche Schwangerenvorsorge derzeit nicht ausreichend geleistet wird. Deutlich wird, dass hier eine Lücke in der Versorgung auszumachen ist, die bislang nicht geschlossen wurde.

„Eine kompetente, vertrauensvolle Beratung und Begleitung durch die Schwangerschaft fehlt.“

„Die überzogene medizinische und pränatale ärztliche Schwangerenvorsorge macht Angst und unterstützt keinesfalls das Selbstvertrauen von Frauen.“

Zwar haben Frauen Anspruch darauf, sich in der Schwangerschaft von einer Hebamme begleiten zu lassen, aber nur wenige Frauen nutzen diese Möglichkeit. Der überwiegende Teil wird weder von der Ärztinnen und Ärzten noch von anderen Stellen (z.B. Krankenkasse) darauf hingewiesen. Häufiger genutzt werden von den Frauen die Geburtsvorbereitungskurse, die meistens von einer Hebamme geleitet werden. Diese Kurse sind für Informationsvermittlung und den Austausch unter Gleichgesinnten bei den Schwangeren sehr beliebt. So gaben auch 70% der befragten Frauen an, eine Hebamme zur Geburtsvorbereitung oder Vorsorge genutzt zu haben; mit hoher Zufriedenheit über die erhaltenen Informationen. Ringler et al. (1986) konnten nachweisen, dass Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, signifikant zufriedener hinsichtlich des Geburtserlebens waren. Verschiedene Studien konnten aber keinen Einfluss solcher Vorbereitungskurse auf den Verlauf einer Geburt nachweisen (Gagnon; Cochrane Database Syst Rev, 2000). Und auch auf das Ausmaß von Ängsten in der Schwangerschaft konnte kein Nutzen der Geburtsvorbereitungskurse nachgewiesen werden (Geissbühler et al., 2005). Fabian et al. (2005) haben gezeigt, dass Frauen nach Vorbereitungskursen bei der Geburt häufiger eine Periduralanästhesie (PDA) bekommen, als Frauen, die diese Kurse nicht besucht hatten. Anscheinend vermehren diese Kurse das Wissen über medizinisch-technische Möglichkeiten, anstatt Ängste abzubauen und wirksame Bewältigungsstrategien für den Wehenschmerz zu vermitteln. Hier wäre zu wünschen, dass die Kurskonzepte weiter entwickelt wer-

den und auch das Thema Kaiserschnitt mit einer sachlichen Information über die Vor- und Nachteile eingebunden wird. Darüber hinaus wäre zu wünschen, dass die psychosoziale Begleitung von Frauen in der Schwangerschaft ausgebaut wird.

„Der Geburtsvorbereitungskurs war sehr informativ, aber ich finde diese Kurse vermitteln ein zu „positives Bild“, gehen nicht auf eventuelle Möglichkeiten ein, wie die Geburt auch anders verlaufen kann, was zu großer Enttäuschung führen kann.“

Der Schutz vor Beckenbodenverletzungen, Inkontinenz und beeinträchtigter Sexualität, der in Fachkreisen immer als die herausragende Stärke der primären Sectio diskutiert wird, spielte bei den hier befragten Frauen ebenfalls nur eine ganz untergeordnete Rolle. Nur knapp 10% der Frauen benannten diesen Aspekt überhaupt als Vorteil einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur vaginalen Geburt und noch geringer war der Anteil der Frauen, der diese Aspekte als wichtigen Grund für den eigenen Kaiserschnitt angegeben hatte.

Der „Wunsch-Kaiserschnitt“

Anders als das in der öffentlichen und teilweise auch fachwissenschaftlichen Diskussion gezeichnete Bild vermittelt, gibt es bislang kein Massenphänomen „Kaiserschnitt auf Wunsch“. In unserer Befragung gibt es nur wenige Frauen, die für sich persönlich den Kaiserschnitt als Geburtsmodus einer vaginalen Geburt vorziehen würden. Abzulesen ist das an dem relativ geringen Anteil der Frauen, der die Aussagen wie „Keine Frau sollte sich den Risiken einer normalen Geburt aussetzen“ vollständig bestätigt hat oder die Aussage „Eine Frau sollte auf jeden Fall versuchen, ihr Kind auf natürlichem Wege auf die Welt zu bringen“ vollständig abgelehnt hat (4 bis 5%). Der Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen, auch bei Fehlen von medizinischen Gründen, würden ebenfalls nur 5% der Frauen in jedem Fall. Auch lässt sich feststellen, dass der Anteil der Frauen, die tatsächlich per „Wunschsectio“ entbunden haben, auch in unserer Untersuchung wohl nur relativ klein ist (ca. 2%).

Dass die Medien einen wesentlichen Beitrag zum verzerrten Bild bei dem Thema Wunschsectio leisten, zeigt sich in unserer Untersuchung deutlich. 77% der von uns befragten Frauen sehen einen Zusammenhang in den „Bequemlichkeits-Kaiserschnitten“ prominenter Persönlichkeiten und der insgesamt ansteigenden Kaiserschnitttrate, doch nur sehr wenige Frauen formulieren für sich persönlich ebenfalls diese Option. Befragt nach den Vorteilen eines Kaiserschnitts, werden Aspekte wie Planbarkeit und Schnelligkeit zwar genannt, sie sind jedoch selten ein Grund für den eigenen Kaiserschnitt. Hierin spiegelt sich das Spannungsfeld zwischen öffentlicher Meinung und eigener Entscheidung wider. Die öffentliche Meinung ist offenbar sehr widersprüchlich: Einerseits wird zwar der Kaiserschnitt als einfache und moderne Geburtsvariante propagiert, andererseits äußern aber auch viele Frauen – vor allem in ihren Erlebnisberichten auf der Rückseite des Fragebogens –, dass sie Diskriminierungserfahrungen machen und wegen ihres Kaiserschnitts kritisiert werden.

„Durch diese ganzen Prominentenkaiserschnitte wird jeder anderen Frau, die aus medizinischen Gründen entbinden muss, das Gefühl gegeben, nichts wert zu sein.“

Auch wenn die Frauen positive Aspekte eines Kaiserschnitts benennen und in diesem Zusammenhang auf die die in der öffentlichen Diskussion formulierten Aspekte zurückgreifen: Es bleiben abstrakte Kriterien, die für andere Frauen in ihrer Wahrnehmung gelten mögen, als Kriterium für die eigene Entscheidung werden die Vorteile eines Kaiserschnitts aber nicht herangezogen.

Aufklärung über Ablauf und Risiken einer Kaiserschnittgeburt

Da Frauen und ihren Partnern inzwischen eine aktive Rolle bei der Entscheidung für oder gegen eine Sectio zugesprochen wird, kommt der Aufklärung über den Ablauf, die Risiken und die Folgen eines Kaiserschnitts erhebliche Bedeutung zu. Da ein primärer und ein sekundärer Kaiserschnitt mit einer unterschiedlich langen Vorbereitungszeit verbunden sind, müssen diese beiden Gruppen gesondert betrachtet werden.

Während der überwiegende Teil der Frauen mit primärer Sectio im Vorfeld der Operation Tage bis Wochen Zeit hatte, sich mit den Vorteilen und Risiken einer Schnittentbindung auseinanderzusetzen und auch an verschiedenen Stellen Informationen einzuholen, kam für einen Großteil der Frauen, die letztlich per sekundärer Sectio entbunden hatten, der Kaiserschnitt unerwartet. Allgemein kann man sagen, dass für Frauen mit sekundärer Sectio die Geburt anders abgelaufen ist, als sie eigentlich geplant wurde. So kommt es häufiger auch vor, dass diese Frauen die operative Geburtsbeendigung als Versagen erlebt haben.

Die befragten Frauen mit sekundärem Kaiserschnitt stellen keine homogene Gruppe dar, wenn es um den Informationsbedarf und den Wunsch nach Einbeziehung unter der Geburt geht. Immerhin 16% der Frauen hatten formuliert, dass sie nicht in die Entscheidung einbezogen waren und dies auch nicht gewünscht hatten. Internationale Studien zeigen, dass Frauen mit dem Geburtsverlauf zufriedener sind, wenn sie unter der Geburt das Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmtheit erleben konnten (Graham et al., 1999). So zeigt sich auch in unseren Daten die Tendenz, dass die Frauen, die sich ungenügend einbezogen gefühlt haben, auch anschließend sehr viel häufiger eine negativere Meinung zum Kaiserschnitt hatten als die Frauen, die mit dem persönlichen Einbezug zufrieden waren. Ein Viertel der Frauen mit sekundärer Sectio bewerteten im Nachhinein die Informationen durch Arzt oder Ärztin und Hebamme als schlecht oder mittelmäßig. Im Gegensatz dazu fühlten sich die Frauen mit primärer Sectio seltener schlecht über den Ablauf einer Kaiserschnittgeburt informiert.

„Ich hatte unheimliche Angst vor einer Sectio, wollte lieber spontan entbinden. Im Nachhinein bin ich positiv überrascht gewesen, dank guter Aufklärung und Vorbereitung durch Hebamme, Internist und Ärzteteam.“

„Durch das Geburtserlebnis der normalen Geburt meiner Tochter war der Kaiserschnitt meines Sohnes fast ein Schock für mich. Ich fühlte mich absolut schlecht vorbereitet von allen Seiten, obwohl ich bei beiden Kindern einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatte.“

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass für den Fall einer sekundären Sectio Betreuungskonzepte entwickelt werden müssen, die die Zufrie-

denheit der Frauen mit der Entscheidung und dem Geburtsverlauf steigern. In Anbetracht neuerer Narkosetechniken, die das bewusste Erleben einer Kaiserschnittgeburt ermöglichen, stellen sich hier nicht nur Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte (Gynäkologie und Anästhesie), sondern auch an die Hebammen, die die Verantwortung für die Geburt bei einer Entscheidung für einen Kaiserschnitt abgeben müssen. Hebammen sind bislang nicht in die Betreuung unter einer Kaiserschnittgeburt eingebunden, sondern stehen bereit, das Kind zu versorgen. Besonders dann, wenn dem Kaiserschnitt eine lange Wehentätigkeit voraus ging, sind Frauen frustriert und enttäuscht und fühlen sich allein gelassen.

„Das schlimmste Szenario, welches sich eine werdende Mutter vorstellt, ist, dass man stundenlang in den Wehen liegt und dass man doch einen Kaiserschnitt machen muss. Diese „Doppelbelastung“ hörte man häufig.“

Aufklärung über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt

Es zeigte sich bei den von uns befragten Frauen, dass ein Risikobewusstsein für die langfristigen Folgen einer Kaiserschnittgeburt kaum vorhanden ist. Warum das so ist, ist unklar. Die ärztliche Aufklärung über die Risiken und Folgen eines Kaiserschnitts ist natürlich abhängig von der Dringlichkeit des Eingriffs. So heißt es: „Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder den er selber wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren“ (in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum „Wunschkaiserschnitt“).

Obwohl Frauen nach Kaiserschnittgeburten insgesamt seltener noch weitere Kinder bekommen als Frauen, die vaginale Geburten in der Vorgeschichte hatten, benannten nur 3% der Frauen die Risiken für weitere Schwangerschaften und Geburten als Nachteile einer Schnittentbindung. Der „Zustand nach Kaiserschnitt“ ist für folgende Geburten eine relevante Größe. Aus den niedersächsischen Perinataldaten ist abzulesen, dass der Anteil der Schwangeren, der bereits einen Kaiser-

schnitt in der Vorgeschichte hatten, im Lauf der Jahre immer weiter angestiegen ist, und seit dem Jahr 2003 ist ein früherer Kaiserschnitt erstmalig die am häufigsten aufgeführte Indikation zum primären Kaiserschnitt, noch vor der Beckenendlage (www.zq-aekn.de). Mit den immer weiter steigenden Kaiserschnittsraten wird somit für folgende Schwangerschaften eine Risikogruppe erzeugt. Besonderheiten in der folgenden Schwangerschaft, wie Beckenendlage oder auch erforderliche Geburtseinleitungen, müssen vor dem Hintergrund einer früher durchgeführten Schnittentbindung ganz anders diskutiert werden als bei vaginalen Geburten in der Vorgeschichte. Es muss klar werden, dass nach einmal durchgeführtem Kaiserschnitt die Wahlmöglichkeiten bei weiteren Geburten deutlich eingeschränkt sind. 30% der befragten Frauen mit primärer Sectio hatten bereits mindestens einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte, und für den Großteil dieser Frauen war der frühere Kaiserschnitt auch ein wesentlicher Grund für den erneuten Kaiserschnitt. Dennoch ist dieser Aspekt den befragten Frauen nicht bewusst. Entweder ist die Aufklärung darüber unvollständig oder die Risiken sind für die Frauen nicht relevant, da in der persönlichen Lebensplanung vielleicht keine weiteren Schwangerschaften vorgesehen sind.

Im Vergleich zu den wenigen Frauen, die als Nachteil der Schnittentbindung die langfristige Komplikationen genannt haben, hatte ein weitaus größerer Teil der Frauen allerdings beklagt, dass die Aufklärung über die Folgen eines Kaiserschnitts ungenügend sei. Wie aus einer Vielzahl von zusätzlichen Kommentaren zu lesen war, bezog sich dies aber wohl eher auf die kurzfristigen Folgen wie starke Wundschmerzen und körperliche Einschränkungen nach der Operation. Hier waren viele Frauen wahrscheinlich auf die Intensität der Schmerzen und die längere Rekonvaleszenz im Vorfeld nicht eingestellt gewesen.

„Man kann vorher informiert werden, soviel es geht, jedoch wie schmerzhaft es nach dem Kaiserschnitt, ist kann einem keiner vorher sagen. Dagegen sind die Geburtsschmerzen ein Sonntagsspaziergang gewesen.“

Zufriedenheit mit dem Kaiserschnitt:

Frauen, die einen primären Kaiserschnitt erhalten haben, unterscheiden sich in ihrer retrospektiven Beurteilung des Ereignisses nicht von Frauen, die eine sekundäre Sectio erlebten. Eine positivere Meinung zum Kaiserschnitt hatten 25% der Frauen, eine negativere Meinung 17%. Waldenström et al. (2004) haben als Risikofaktoren für ein negatives Geburtserlebnis folgende Faktoren ausgemacht:

- unerwartete medizinisch-geburtshilfliche Probleme, wie Notfallkaiserschnitte, Geburtseinleitungen und Verlegung der Neugeborenen in die Kinderklinik;
- soziale Faktoren, wie Geburt nach unerwünschter Schwangerschaft und fehlende Unterstützung durch den Partner;
- Faktoren unter der Geburt, wie extreme Wehenschmerzen und das Gefühl von Kontrollverlust und Fremdbestimmtheit und fehlende Unterstützung.

Danach ist es verwunderlich, dass sich die beiden Gruppen von Frauen nicht unterscheiden, denn bei den Frauen mit primärer Sectio treffen ein Teil dieser Risikofaktoren nicht zu, also sollten sie mit der Entscheidung zufriedener sein. Da die Befragung Mitte 2005 erfolgte, ist die längste Zeitspanne zwischen Geburt und Befragungszeitpunkt 1 ½ Jahre und die kürzeste ein halbes Jahr. Ob es im Laufe der Zeit noch Veränderungen in der Einstellung und der Meinung zum Kaiserschnitt gibt, lässt sich aus dieser Umfrage nicht ableiten. Waldenström (2004) konnte in einer weiteren Untersuchung zeigen, dass es im Laufe der Zeit nach einer Geburt zu einer veränderten Wahrnehmung des Geburtsverlaufs (positiver oder negativer) kommen kann.

Es wäre wichtig zu prüfen, ob ein besserer Einbezug und eine umfassendere Information und Unterstützung während, aber auch nach der Geburt Unzufriedenheit und psychische Folgeprobleme wie Versagens- und Schuldgefühle verhindern können.

Betreuung während und nach der Geburt

42% der befragten Frauen haben der Aussage zugestimmt, dass mit einer besseren Betreuung unter der Geburt mehr Frauen vaginal entbinden könnten. Offenbar wird die Begleitung unter der Geburt – zumindest von den Frauen, die mit einer sekundären Sectio entbunden haben – als unzureichend wahrgenommen.

Um möglichen Regressansprüchen und Prozessen zuvorzukommen, sind die Verwaltungen der Krankenhäuser und die JuristInnen dazu übergegangen, immer umfangreichere Dokumentationen des Geburtsverlaufs zu fordern. Diese Bürokratie ist in den Kreißsälen zu einem großen Hindernis des engen Kontakts zwischen Hebamme und Gebärender geworden. Statt die Frau kontinuierlich während der Geburt zu begleiten und Sicherheit zu vermitteln, sind Hebammen im Krankenhaus oft damit beschäftigt, den Geburtsverlauf zu dokumentieren, Blutwerte abzurufen und Routinearbeiten außerhalb des Kreißsaals durchzuführen. Auch kann es sein, dass sich die Schwangere unter der Geburt, bedingt durch Schichtwechsel der Geburtshelfer und Hebammen, wiederholt auf neues Personal einstellen muss. Schon lange ist bekannt, dass gerade die kontinuierliche Unterstützung durch eine Hebamme sich positiv auf den Geburtsverlauf auswirkt und Unterbrechungen zu Störungen führen kann (Hodnett et al., 2003). Hier hat die außerklinische Geburtshilfe (Geburtshäuser, Hausgeburten) ihre Stärken. Aber auch in den Kliniken lassen sich Betreuungskonzepte denken, die eine höhere Kontinuität vorsehen. Das schon genannte Beispiel des Hebammenkreißsaals ist hier ebenso zu nennen wie die Einbindung von Begleithebammen, die die Frau bereits in der Schwangerschaft betreut und sie in die Klinik begleitet.

„Eine Rundum-Betreuung durch eine Beleghebamme, die einen durch die Schwangerschaft und die Geburt begleitet, gibt einem viel Sicherheit und das Gefühl, jederzeit gut aufgehoben zu sein. Als wir an dem Punkt waren, wo der Kaiserschnitt nötig war, hatte ich das gute Gefühl, dass wir alles versucht hatten für eine natürliche Geburt.“

Jeweils ein Viertel der Frauen benannte für sich persönlich das fehlende Geburtserlebnis und den gestörten Mutter-Kind-Kontakt als Nachteil.

Sehr viel häufiger noch wurde generell der Aussage „die Bindung zum Kind ist viel stärker, wenn es auf normalem Wege auf die Welt kommt“ zugestimmt. Wenn auch verschiedene neuere Studien keinen nachteiligen Effekt von Kaiserschnittgeburten im Vergleich zu vaginalen Geburten auf die langfristige Mutter-Kind-Bindung zeigen konnten, haben doch mehr als die Hälfte der befragten Frauen einen nachteiligen Einfluss bestätigt. Selten gibt es bei Kaiserschnittgeburten ein enges Zusammensein mit dem Neugeborenen in den ersten Minuten nach der Geburt, da räumliche Enge und organisatorische Besonderheiten im Operationssaal dieses oft verhindern. Wird die Mutter nach der Operation auch noch getrennt von ihrem Kind in den Aufwachraum verlegt, findet der erste richtige Mutter-Kind-Kontakt vielleicht erst Stunden später statt und ist oft auch durch postoperative Schmerzen der Mutter beeinträchtigt. Dass hier die Mütter negative Gefühle haben, selbst wenn die Bindung später „nachgeholt“ wird, kann man leicht nachvollziehen.

Prospektive Vergleichsstudien zwischen primärer Sectio und vaginaler Geburt hinsichtlich der mütterlichen und kindlichen Mortalität und Morbidität sowie insbesondere hinsichtlich psychischer Konsequenzen aufgrund des fehlenden Geburtserlebnisses und gestörter Mutter-Kind-Bindung sind dringend erforderlich.

Sehr häufig wurden von den Frauen Nachteile durch die Kaiserschnittgeburt, wie längere Rekonvaleszenz und eingeschränkte Versorgung des Kindes genannt. Hier scheint es noch Defizite in der Versorgung von Kaiserschnittmüttern zu geben. In vielen Krankenhäusern fehlen gute Betreuungskonzepte für die Einheit Mutter-Kind auf der Wochenbettstation. Während unter der Geburt Hebammen und Ärzte bzw. Ärztinnen für Mutter und Kind verantwortlich sind, wird die Betreuung auf der Wochenstation in weitere Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt. Krankenschwestern und -pfleger kümmern sich um die Belange der Mütter, Kinderkrankenschwestern versorgen die Neugeborenen. Gerade bei Kaiserschnittmüttern, die in den ersten Tagen nach der Geburt noch selber viele Hilfen bei der Mobilisierung und Körperpflege benötigen, kommen dann psychische Unterstützung und Stillanleitung oft zu kurz.

„In der Woche nach meiner Sectio fand sich erst am vorletzten Tag eine Hebamme, die mir bei meinem Stillproblem half. Sie hatte ca. 30 Minuten Zeit. Ich hatte jeden Tag angefragt.“

Bekannt ist, dass Mütter nach Kaiserschnittgeburten seltener und weniger lange stillen (DiMatteo et al., 1996). Nach einem Kaiserschnitt erfolgt der Milcheinschuss durchschnittlich später als nach einer vaginalen Geburt und auch gibt es bei den Frauen häufig schmerzbedingte Einschränkungen bei Wahl der Stillpositionen.

Stillhäufigkeit und Stilldauer werden aber wesentlich davon beeinflusst, welche Erfahrungen Mutter und Kind in den ersten Stunden nach der Geburt machen und wie die weitere Stillunterstützung ist. Eine Studie zum Stillen in Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit (Dulon & Kersting, 2001) hat als Risikofaktoren für eine Stilldauer von weniger als 4 Monaten u.a. ausgemacht: Mütter, die ihr Kind nicht innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt angelegt hatten, Mütter, die in den ersten 14 Tagen nach der Geburt Stillprobleme hatten und Mütter, die in der Klinik ihr Kind nicht 24 Stunden am Tag bei sich hatten.

Nutzung von Informationsquellen

Die befragten Frauen nannten als wichtigsten Ansprechpartner den Arzt/die Ärztin in der Schwangerenvorsorge. An zweiter Stelle wurden die Hebamme in der Vorsorge oder im Geburtsvorbereitungskurs sowie Bücher genannt. Informelle Systeme, wie Familien- oder Freundeskreis wurden mit mittlerer Häufigkeit genutzt. Collatz (1993) führte aus, dass bei Schwangeren Prozesse sozialer Unterstützung gegenüber dem Gewicht der Meinung der Experten und Expertinnen entwertet wurden. In seinen Untersuchungen sagten 93% der Frauen, dass die Meinung des betreuenden Arztes/der Ärztin alle wesentlichen gesundheitlichen Entscheidungen in der Schwangerschaft bestimmt hätte. Diese Ergebnisse können auch durch die aktuelle Befragung bestätigt werden. Die Meinung des Arztes bzw. der Ärztin hat entscheidenden Einfluss auf die Wahl des Geburtsmodus. Allerdings stimmte auch die Hälfte der Frauen der Aussage zu, dass Ärzte viel zu schnell zu einem Kaiserschnitt raten.

Bis auf Bücher, die eine gute Bewertung bekamen, wurden alle Informationsquellen, die auf persönlichen Kontakten beruhten, durchgehend besser benotet als andere Medien, wie z.B. Internet oder Zeitschriften. Auch Bergmann et al. (2000) haben in einer Studie zu Beratungserwartungen junger Eltern ermittelt, dass Informationen und Beratung vor allem als persönliche Gespräch gewünscht wurden.

Selbstbestimmungsrecht

Bei der Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus zeigt die hier durchgeführte Befragung ein interessantes Ergebnis. Dem Selbstbestimmungsrecht wird ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt. So sollen, nach Ansicht von knapp zwei Dritteln der befragten Frauen, Schwangere das Recht haben, für sich selber einen Kaiserschnitt zu wählen, selbst wenn er medizinisch nicht indiziert ist. Für sich persönlich würden sie diese Option jedoch nicht umsetzen. So wird in der Gruppe der „Kaiserschnittmütter“, die möglicherweise eine positivere Einstellung zum Kaiserschnitt haben, als der Durchschnitt aller Frauen, die vaginale Geburt mit großer Mehrheit bevorzugt. 87% der Frauen haben der Aussage zugestimmt, dass eine Frau versuchen sollte, ihr Kind auf normalem Wege auf die Welt zu bekommen.

„Ich bin da wirklich sehr geteilter Meinung! Jede Frau sollte selbst entscheiden. Anderen Frauen würde ich nicht zur Sectio raten.“

7 **Ausblick**

Wie auch schon andere Arbeiten gezeigt haben, ergab auch die hier vorliegende Befragung von „Kaiserschnittmüttern“, dass in den wenigsten Fällen die Sectio der Geburtsmodus der persönlichen Wahl gewesen ist, sondern dass durch das Vorliegen besonderer Bedingungen, wie z.B. medizinischer Indikationen, ein Kaiserschnitt als Alternative zur Spontangeburt akzeptiert wurde. Schwangerschaft und Spontangeburt haben für viele Frauen noch immer einen hohen emotionalen Stellenwert, und dieses sollte bei der Betreuung Schwangerer, aber auch bei Müttern nach Kaiserschnittgeburten unbedingt berücksichtigt werden.

Nicht besonders hilfreich in der Diskussion ist der oft angeführte Vergleich, dass bei Erstgebärenden der geplante Kaiserschnitt möglicherweise sicherer ist als die unwägbar vaginale Geburt, die bei ungünstigem Verlauf in einer sekundären Sectio oder einer vaginal-operativen Geburt enden kann. Da kurz- und langfristige Konsequenzen einer Kaiserschnittgeburt den Frauen nur sehr unvollständig vermittelt werden oder werden können, wie es nach dieser Untersuchung scheint, werden hier mit dem ersten, möglicherweise „indikationsarmen“ Kaiserschnitt erhebliche Risiken für weitere Schwangerschaften erkauft. Ärztlicherseits ist, auch bei erheblichen juristischen Zwängen, eine sehr gewissenhafte Indikationsstellung zu fordern und Frauen, die eine medizinisch nicht indizierte Sectio aus Gründen der Angst wünschen, auch psychosomatische Hilfen anzubieten. In der Schwangerenbetreuung sind andere Konzepte wünschenswert, die einen salutogenetischen Ansatz haben, also auch das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten fördern.

Angebote zum besseren Verständnis von Schwangerschaft und Geburt als natürliche Lebensvorgänge sollten auch schon vor einer Schwangerschaft gemacht werden, da bedingt durch moderne Familienstrukturen oft kein generationenübergreifendes Wissen mehr weitergegeben wird. Auch die Medien sollten aus gesellschaftlicher Verantwortung das verzerrte Bild der Wunschsectio korrigieren, und den positiven Aspekten der vaginalen Geburt mehr Beachtung schenken. Wenn eine frauenzentrierte Geburtshilfe mehr Gewicht bekommen soll, dann kann es aber

auch bedeuten, dass einem ausdrücklichen Wunsch der Frauen nach elektiver Sectio nachgegeben werden muss.

8 Literatur

ACOG (1998): Vaginal birth after previous caesarean delivery. Clinical management guidelines 1998

Al-Mufti R, Mc Carthy A, Fisk NM (1996): Obstetricians' personal choice and mode of delivery. Lancet 1996; 347: 544

Azoulay I (2003): Geburtshilfe und Selbstbestimmung. In: Schücking B (Hrsg): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. Frauengesundheit Bd 3, 1. Aufl. 2003 V & R Unipress GmbH, Göttingen

Barbian E, Berg G, Fuchs R, Weth I (1996): Qualitätssicherung durch verbesserte Kooperation? – Ergebnisse einer Studie zur Schwangerenbetreuung in Berlin. Gesundheitswesen 1996; 58: 379-384

Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I (1999): Women's sexuality after childbirth: a pilot study. Arch Sex Behav. 1999; 28(2): 179-191

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, Domingues MR, Sclowitz IK, Hallal PC, Silveira MF, Vaughan JP (2005): The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. Lancet, 2005; 365(9462): 825-826

Bergmann RL, Kamtsiuris P, Bergmann KE, Huber M, Dudenhausen JW (2000): Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung. Z Geburtsh Neonatol 2000; 204: 60-67

Bockenheimer-Lucius G (2002): Zwischen „natürlicher Geburt" und „Wunschsectio" – Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe. Ethik Med, 2002; 14: 186-200

BQS- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2004): BQS Bundesauswertung 2004 Geburtshilfe. www.bqs-qualitätsreport.de/2004/ergebnisse

Brezinka C (1998): Schwangerschaft und Geburt in den Niederlanden – Organisation, Kostenrechnung und medizinische Qualitätskontrolle. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft (Bd. 49) Hartung-Gorre Verlag 1998, Konstanz

- Byrd JE, Hyde JS, DeLamater J D, Plant EA (1998):** Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract, 1998; 47(4): 305-308
- Buchsbaum GM, Duecy EE, Kerr LA, Huang LS, Guzik DS (2005):** Urinary incontinence in nulliparous women and their parous sisters. Obstet Gynecol 2005; 106: 1253-1258
- Collatz J (1993):** Entspricht die derzeitige Versorgung dem Betreuungs- und Beratungsbedarf schwangerer Frauen? GfG-Rundbrief 1993; 1:33-50
- Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM (1999):** Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis. BMJ 1999; 319: 287-288
- De Gregorio G, Hillmans HG, Quass L, Mentzel J (1998):** Spätmorbidity nach Kaiserschnitt- ein vernachlässigter Faktor? Geburtshilfe Frauenheilk 1988; 48: 16-19
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung:** Online-Dokument: <http://www.dsw-online.de>. (Zugriff am 23.11.2005)
- DGGG- Leitlinie (2004):** Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. <http://www.dggg.de/leitlinien/4.html>
- DGGG- Leitlinien (2004):** Empfehlungen zur Schulterdystokie –Erkennung, Prävention und Management. <http://www.dggg.de/leitlinien/4.html>
- DGGG-Stellungnahme (2004):** Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. <http://www.dggg.de/leitlinien/4.html>
- Dierks C (2001):** Elektive Sectio – Rechtliche Aspekte zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Gynäkologie Geburtshilfe, 2001; 2: 52-55
- DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, Kahn KL (1996):** Cearean Childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. Health Psychol 1996; 5 (4): 303-314
- Dulon M, Kersting M (2001):** Erfassung der Situation des Stillverhaltens in der Bundesrepublik Deutschland: die SuSe-Studie. Forschungsbericht vom 05.01.2001, <http://www.bmg.bund.de>
- Durik AM, Shibley-Hyde J, Clark R (2000):** Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. Dev Psychol 2000; 36 (2): 251-260

- Fabian H M, Radestad I J, Waldenström U (2005):** Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84 (5): 436-443
- Faridi A, Willis S, Schumpelick V, Rath W (2002):** Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: 42-48
- Gagnon AJ (2000):** Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4): CD002869
- Geissbühler V, Zimmermann K, Eberhard J (2005):** Geburtsängste in der Schwangerschaft – Frauenfelder Geburtenstudie. *Geburtsh Frauenheilk* 2005; 65: 873-880
- GfK Online - Monitor. (2001).** Ergebnisse der 7. Untersuchungswelle. Online-Dokument: http://www.gfk.de/produkte/eigene_pdf/online_monitor.pdf (Zugriff am 27.1.2006)
- Glaeske G, Janhsen K (2005).** GEK-Arzneimittel-Report (S.36-40) 2005. St. Augustin: Asgard-Verlag
- Glezerman M (2006):** Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 20-25
- Gnirs J (2000):** Intrapartale Überwachung. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.), *Geburtshilfe* (S.602-651), 1. Aufl. 2000, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Gottvall K, Waldenström U (2002):** Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109(3): 254-260
- Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J (1999):** An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 213-220
- Hall HM, Bewley S (1999):** Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354: 776
- Hall M, Campbell DM, Fraser C, Lemon J (1989):** Mode of delivery and future fertility. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 1297-1303
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR (2000):** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356 (9239): 1375-1383

- Hannah M E, Whyte H, Hannah W J, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett E D, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group (2004):** Maternal outcomes at 2 years after planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(3): 917-927
- Harder U, Reutter R, Luyben A, Gross MM (2002):** Hebammen präferieren vaginale Geburt statt Wunschsektio. *Z Geburtsh Neonatol* 2002; 206: 72-74
- Hasbargen U, Haetry H, Hepp A (2003):** Beckenendlagengeburt – Im Vierfüßlerstand spontan. *Z Geburtsh Neonatol* 2003, Suppl 2: S90
- Hellmers C, Schücking BA (2005):** Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme* 2005; 18: 79-82
- Hemminki E, Merilainen J (1996):** Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1569-1574
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U (2002):** Few women wish to be delivered by caesarean section. *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109: 618-623
- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D (2005):** Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005; 1: CD000012
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C (2003):** Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review* 2003; 3: CD003766
- HON Health on the Net (2001):** Fifth survey on the use of the internet for medical and health purposes. Online-Dokument: <http://www.hon.ch/Survey> (Zugriff am 27.1.2006)
- Huch A (2000):** Sectio caesarea. In Schneider H, Husslein P, Schneider K T M (Hrsg.), *Geburtshilfe* (S.769-786), 1. Aufl. 2000, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Jolly J, Walker J, Bhabra K (1999):** Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *BJOG* 1999; 106: 227-232

- Kalish RB, McCullough L, Gupta M, Thaler HT, Chervenak FA :**
Intrapartum elective cesarean delivery : a previously unrecognized clinical entity (2004): Am College Obstet Gynecol 2004 ; 103 (6): 1137-1141
- Krause M, Feige A (2005):** Die Schulterdystokie im Spannungsfeld medicolegaler Auseinandersetzungen. Z Geburtsh Neonatol 2005; 209: 201-209
- Levine AB, Lockwood CJ, Brown B, Lapinski R, Berkowitz RL (1992):** Sonographic diagnosis of the large for gestational age fetus at term: does it make a difference? Obstet Gynecol 1992; 79: 55-58
- Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, Kramer MS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System (2005):** Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. Obstet Gynecol 2005; 105(4): 836-842
- Marut JS, Mercer RT (1979):** Comparison of primiparas` perception s of vaginal and cesarean births. Nurs Research 1979; 28: 260-266
- Maslow AS, Sweeny AL (2000):** Elective induction of labour as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term: Obstet Gynecol 2000; 95: 917-922
- Melender HL (2002):** Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth 2002; 29:101-111
- MMXI Europe 2000:** Online-Dokument
[http://www.golem.de/showhigh2.php?file=/0006/8036.html&wort\[\]=Gesundheit](http://www.golem.de/showhigh2.php?file=/0006/8036.html&wort[]=Gesundheit)
 (Zugriff am 27.1.2006)
- Mollison J, Porter M, Campbell D, Bhattacharya S (2005):** Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. BJOG 2005; 122: 1061-1065
- National Vital Statistics Reports 2005;** 54, No. 2, September 8.
- NICE-Guidelines:** Caesarean section: Full guidelines, April 2004.
<http://www.nice.org.uk>
- Odent M (2005):** Es ist nicht egal, wie wir geboren werden – Risiko Kaiserschnitt. 2005 Patmos Verlag GmbH & Co. KG, Düsseldorf und Zürich
- Otto P (2005):** Väter im Kreißaal: Rein oder raus? Hebammenforum 2005; 11: 839-842

- Otto P, Paul M (2005):** Das Thema „Schwangerschaft“ im Internet. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2005; 2: 23-25
- Rath W, Vetter K (2002):** Der Kaiserschnitt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, Mangel an gesichertem Wissen und ärztlicher Entscheidung. Geburtsh Frauenheilk 2002; 62: 838-842
- Rauskolb R, Wenzlaff P (2005):** Sectoraten in niedersächsischen Geburtshilfskliniken – eine Zwischenbilanz. Neues aus der Praxis. Chefsache Herbst 2005. <http://www.nestle-wissdienst.de>
- Richmond S, Niswander K, Snodgrass CA, Wagstaff I (1994):** The obstetric management of fetal distress and its association with cerebral palsy. Obstetric Gynecol 1994; 83: 643
- Ringler M, Nemeskieri N, Uhl A, Langer M, Reinhold E (1986):** Präpartale Erwartungen, Verhalten bei der Geburt und im Wochenbett sowie postpartale Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis I. Die Bedeutung des Partners und der Geburtsvorbereitung. Geburtshilfe Frauenheilk 1986; 46: 432-434
- Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH (2005):** The effect on medical intervention behavior and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. Br J Obstet Gynecol 2005 Feb; 112 (2): 205-209
- Roberts S, Maccato M, Faro S, Pinell P (1993):** The microbiology of post-cesarean morbidity. Obstet Gynecol 1993; 81: 383-386
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S (2003a):** norwegian EPINCONT study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 348: 900-907
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S (2003b):** Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Am J obstet Gynecol 2003; 198(5): 1268-1274
- Rott P, Siedentopf F, Schücking B, Kentenich H (2000):** Wunschsektio und vaginale Geburt – psychologische Aspekte. Gynäkologe 2000; 33: 887-890
- Ryding EL (1993):** Investigation of 33 women who demands a cesarean section for personal reasons. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72: 280-285
- Sayn-Wittgenstein F. zu, Kolip P, Schücking B, Bauer N, Ellerbrock B, Kehrbach A, Rahden O von, Siebe A (2005):** Der Verbund Hebammenfor-

schung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Pflege & Gesellschaft 2005; 10: 3-16.

Schmid V (2005): Die Bedeutung des Geburtsschmerzes für Mutter und Kind. Die Hebamme 2005; 1: 11-12

Schmidt W, Hendrik HJ (2001): Mütterliche Kurz- und Langzeitmorbidität der Geburt im Spiegel der zunehmenden Lebenserwartung. In Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg): Sectio caesarea. 2001 (S. 54-57), UNI-MED Verlag AG, Bremen.

Schmutzler RK, Herlyn-Elger M, Rhiem K, Bücken-Nott H, Roemer VM (2003): Einstellung deutscher Gynäkologen und Gynäkologinnen zur Wunschsectio, Ergebnisse einer Befragung. Frauenarzt 2003; 44: 632-636

Schneider I (2003): Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In: Schücking, B. (Hrsg.) Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. Göttingen: V&R unipress GmbH

Schneider KTM, Schelling M, Gnirs J, Lack N (2001): Wunschsectio und Morbiditätsrisiken bei Mutter und Kind. In Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg): Sectio caesarea. 2001 (S. 118-121), UNI-MED Verlag AG, Bremen.

Schücking B (2004): Selbstbestimmt und risikolos? „Wunschkaiserschnitt“. Dr. med. Mabase 2004; 148: 27-30

Schumann C (2004): Schwangerschaftsbetreuung – Neue Wege beschreiben. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(9): 463-464

Shevell T, Malone FD, Vidaver J, Porter TF, Luthy DA, Comstock CH, Hankings GD, Eddleman K, Dolan S, Dugoff L, Craigo S, Timor IE, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton ME (2005): Assisted reproductive technology and pregnancy outcome. Obstet Gynecol 2005; 106(5): 1039-1045

Smith GC (2005): Estimating risks of perinatal death. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 17-22

Smith GC, Pell JP, Dobbie R (2003): Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 2003; 29; 362(9398): 1779-1784

Smith JF, Hernandez C, Wax JR (1997): Fetal laceration injury at cesarean delivery. Obstet Gynecol 1997; 90: 344-5

Spiewak M (2003): Wie man in Deutschland geboren wird. Die ZEIT vom 02.10.2003

Statistisches Bundesamt (2005): Kaiserschnittraten. <http://www.gbe-bund.de> [11.11.2005]

Sultan AH, Stanton SL (1996): Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? Brit J Obstet Gynecol 1996; 103: 731-734

Ulsenheimer K (1998): Ärztliche Aufklärung vor der Geburt. Der Gynäkologe 1998; 31: 799-805

Urbschat I (1999): Schwangerenvorsorge in Niedersachsen in den Jahren 1992-1996. Analyse der Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung gesundheitsrelevanter und soziodemografischer Determinanten der Frauen. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen, Med. Hochschule Hannover, 1999.

von Rahden O (2004): Mit Medizintechnik ganz natürlich? – Erwartungen schwangerer Frauen. Hebammenforum 2004; 8: 566-570

von Rahden O (2005): Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. Hebammenforum 2005; 5: 333-336

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I (2004): A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004; 31 (1): 17-27

Welsh H (1997): Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. Gynäkologe 1997; 30: 742-756

Wisser J (2001): Sonomorphologische Veränderungen des anterioren Beckenbodenkompartiments nach vaginaler Geburt. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg): Sectio caesarea. 2001 (S. 75-79), UNI-MED Verlag AG, Bremen.

Yeast JD, Jones A, Poskin M (1999): Induction of labour and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 628-633

Fragebogen für Mütter, die per Kaiserschnitt entbunden haben

Liebe GEK-Versicherte,

immer mehr Frauen bekommen ihr Kind mit einem Kaiserschnitt; diese Entwicklung stellt besondere Herausforderungen an die Beratung von Schwangeren und ihre Partner, denn viele Paare wollen sich vor der Geburt auf die Möglichkeit einer Kaiserschnittenbindung vorbereiten.

Um die Bedürfnisse Schwangerer und junger Mütter und ihrer Partner kennen zu lernen, führt die Universität Bremen im Auftrag der GEK eine Befragung durch. Wir möchten Sie herzlich bitten, sich an dieser Befragung zu beteiligen.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an bzw. geben Sie Ihre Antworten in den dafür vorgesehenen Feldern. Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten, uns interessiert ausschließlich Ihre persönliche Meinung. Der Fragebogen mag Ihnen lang erscheinen, aber einige Fragen richten sich nur an Mütter, bei denen die Entscheidung für einen Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen gefallen ist, andere Fragen sind nur für Frauen, bei denen die Entscheidung zum Kaiserschnitt während der Geburt gefallen ist.

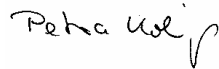
Bitte füllen Sie den Fragebogen **bis zum 15.8.2005** aus und senden sie ihn mit dem beigelegten Rückumschlag kostenfrei an die folgende Adresse zurück:

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen / Fachbereich 11
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Postfach 330440
28334 Bremen

Bei Fragen zur Studie können Sie sich gerne an die Projektleiterin Prof. Dr. Petra Kolip von der Universität Bremen wenden:

Tel. 0421/218-9726, eMail: kolip@uni-bremen.de

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. Petra Kolip

(Projektleiterin)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Kind bzw. die Kinder, die Sie im Jahr 2004 zur Welt gebracht haben.

1. In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind bzw. wurden die Kinder geboren?

In der __ __.Woche

2. Handelte es sich um (bitte ankreuzen)

einen Jungen? ein Mädchen? Zwillinge? Drillinge?

3. Ging der Schwangerschaft eine künstliche Befruchtung bzw. eine reproduktionsmedizinische Behandlung voraus (z.B. IVF, ICSI)?

nein ja

4. Haben Sie Pränataldiagnostik in Anspruch genommen?

nein ja

5. Haben Sie weitere Kinder?

ja → bitte weiter mit Frage 6

nein → bitte weiter mit Frage 7

6. Falls ja: Bitte geben Sie das Geschlecht und das Geburtsjahr sowie die Geburtsform an („normale“ Geburt, Kaiserschnitt, Zange oder Saugglocke).

	Geschlecht		Geburtsjahr	wie auf die Welt gekommen?		
	Junge	Mädchen		„normale“ Geburt	Kaiser- schnitt	Saugglocke /Zange
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Wann fiel bei Ihrem jüngsten Kind die Entscheidung für einen Kaiserschnitt?

- vor Einsetzen der Wehen → bitte weiter mit Frage 14
- nachdem die Wehen eingesetzt hatten? → bitte weiter mit Frage 8

Fragen an Frauen, bei denen die Entscheidung zum Kaiserschnitt gefallen ist, nachdem die Wehen eingesetzt hatten.

8. Bei einem Kaiserschnitt nach Einsetzen der Wehen: Was war der Grund für den Kaiserschnitt?

9. Für wie wahrscheinlich hielten Sie es vor der Geburt, dass Sie mit einem Kaiserschnitt entbinden würden?

- Ich hielt das für sehr wahrscheinlich.
- Ich hielt das für möglich.
- Ich hielt das für eher unwahrscheinlich.
- Ich hielt das für sehr unwahrscheinlich.
- Ich habe mir darüber keine Gedanken gemacht.

10. Wurden Sie in die Entscheidung für den Kaiserschnitt mit einbezogen?

- Nein, das hätte ich auch gar nicht gewollt.
- Nein, aber ich wäre gerne mit einbezogen gewesen.
- Ja, ansatzweise.
- Ja, vollständig.
- Ja, aber ich wollte das nicht (mit-)entscheiden.

11. Wurde Ihre Begleitperson in die Entscheidung mit einbezogen?

- Nein, das hätte er oder sie auch gar nicht gewollt.
- Nein, aber er oder sie wäre vermutlich gerne mit einbezogen gewesen.
- Ja, ansatzweise.
- Ja, vollständig.
- Ja, aber er oder sie wollte das nicht (mit-)entscheiden.
- Weiß ich nicht.
- Ich hatte keine Begleitperson.

12. Wie gut fühlten Sie sich während der Geburt informiert, um mitentscheiden zu können?

... durch den **Arzt oder die Ärztin**?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht

...durch die **Hebamme/n**?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht

13. Würden Sie unter den gleichen Umständen noch einmal einen Kaiserschnitt machen lassen?

- ja, auf jeden Fall
- vermutlich ja
- eher nicht
- sicherlich nicht

→ bitte machen Sie weiter mit Frage 26

Fragen an Frauen, bei denen die Entscheidung zum Kaiserschnitt vor Einsetzen der Wehen gefallen ist.

14. Wann haben Sie das erste Mal überlegt, mit einem Kaiserschnitt zu entbinden bzw. wann wurde Ihnen das erste Mal der Vorschlag für eine Kaiserschnittentbindung gemacht?

- schon vor der Schwangerschaft
- gleich zu Beginn der Schwangerschaft
- ungefähr in der __ __. Woche

15. Wann stand Ihre Entscheidung fest, mit einem Kaiserschnitt zu entbinden?

- schon vor der Schwangerschaft
- gleich zu Beginn der Schwangerschaft
- ungefähr in der __ __. Woche

16. Was waren die Gründe für Ihre Entscheidung?

	War ein sehr wichtiger Grund	War ein wichtiger Grund	Spielte teilweise eine Rolle	Spielte keine Rolle/ trifft nicht zu
Ich hatte bereits früher einen Kaiserschnitt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Kind lag ungünstig (z.B. Beckenendlage).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst vor den Geburtsschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Geburt sollte planbar sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wollte eine schnelle Geburt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine Krankheit, bei der eine normale Geburt zu gefährlich wäre welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei mir gab es Komplikationen in der Schwangerschaft, die einen Kaiserschnitt notwendig machten welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Kind war sehr groß bzw. mein Becken ist eher schmal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Arzt/meine Ärztin hat es mir empfohlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Partner wollte das gerne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst, dass mein Sexualleben nach einer normalen Geburt beeinträchtigt sein würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	War ein sehr wichtiger Grund	War ein wichtiger Grund	Spielte teilweise eine Rolle	Spielte keine Rolle/ trifft nicht zu
Die vorherige Geburt war sehr schwierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Kind war überfällig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei dem Kind lag eine Krankheit vor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte kein Vertrauen zu den Hebammen bzw. Ärzten/Ärztinnen, dass sie mich bei einer normalen Geburt gut begleiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst, die normale Geburt nicht durchzustehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst, dass dem Kind etwas passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte niemanden, der mich zu der Geburt begleitet hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine oder mehrere Freundinnen hatten mir einen Kaiserschnitt empfohlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es waren Zwillinge oder Mehrlinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Einleitung der Geburt schlug nicht an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Hebamme hat es mir empfohlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für eine normale Geburt war ich zu alt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Vorstellung, stundenlang in den Wehen zu liegen, fand ich schrecklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte eine Infektion in der Scheide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst vor den körperlichen Folgen einer normalen Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor welchen Folgen hatten Sie am meisten Angst? _____				

17. Wie war die Meinung Ihres Arztes, der sie in der Schwangerschaft betreut hat, zum Kaiserschnitt?

Mein Arzt / meine Ärztin ...

- hat mir empfohlen, einen Kaiserschnitt zu machen.
- war nicht eindeutig in seiner/ihrer Meinung.
- hätte lieber erstmal abgewartet, wie die Geburt läuft.
- war eher gegen einen Kaiserschnitt.
- hat mich informiert, aber mir die Entscheidung überlassen.

18. Falls Sie in der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut wurden: Wie war die Meinung Ihrer Hebamme zum Kaiserschnitt?

Meine Hebamme ...

- hat mir empfohlen, einen Kaiserschnitt zu machen
- war nicht eindeutig in ihrer Meinung
- hätte lieber erstmal abgewartet, wie die Geburt läuft
- war eher gegen einen Kaiserschnitt
- hat mich informiert, aber mir die Entscheidung überlassen.
- Ich hatte keine Hebammen zur Betreuung in der Schwangerschaft.

19. Was war Ihre Meinung zum Kaiserschnitt?

- Ich war ohne Bedenken dafür.
- Ich war mir in meiner Entscheidung nicht ganz sicher.
- Ich hätte lieber erstmal abgewartet, wie die Geburt läuft.
- Ich war eher gegen einen Kaiserschnitt.

20. Was war die Meinung ihres Partners zum Kaiserschnitt?

- Er war ohne Bedenken dafür.
- Er war sich nicht ganz sicher, ob das eine gute Entscheidung ist.
- Er hätte lieber erstmal abgewartet, wie die Geburt läuft.
- Er war eher gegen einen Kaiserschnitt.
- Er hat mir die Entscheidung überlassen.
- Er hat sich nicht dazu geäußert.

21. Wie gut fühlten Sie sich über den **Ablauf** einer Kaiserschnittgeburt informiert?

Durch den **Arzt oder die Ärztin**?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht

Durch die **Hebamme** in der Schwangerenvorsorge?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- hatte keine Hebamme

22. Wie gut fühlten Sie sich über die **Folgen** einer Kaiserschnittgeburt informiert?

Durch den **Arzt oder die Ärztin**?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht

Durch die **Hebamme** in der Schwangerenvorsorge?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- hatte keine Hebamme

23. Hatten Sie Fragen, die Ihnen niemand beantwortet hat bzw. die Sie niemandem stellen konnten?

ja → bitte weiter mit Frage 24

nein → bitte weiter mit Frage 25

24. Wenn ja: Was für Fragen waren das?

25. Würden Sie unter den gleichen Umständen noch einmal einen Kaiserschnitt machen lassen?

ja, auf jeden Fall

vermutlich ja

eher nicht

sicherlich nicht

Fragen an alle Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben.

26. Im Nachhinein betrachtet: Hat sich Ihre Meinung zum Kaiserschnitt durch die Geburt verändert?

ja, ich beurteile den Kaiserschnitt positiver

ja, ich beurteile den Kaiserschnitt negativer

nein, meine Meinung hat sich nicht geändert

27. Was sind aus Ihrer persönlichen Sicht die Vor- und Nachteile einer Kaiserschnittgeburt?

Vorteile: _____

Nachteile: _____

28. Würden Sie Ihrer Freundin einen Kaiserschnitt empfehlen?

- ja, auf jeden Fall
- vermutlich ja
- eher nicht
- sicherlich nicht
- nur, wenn es medizinische Gründe dafür gäbe.

29. Was ist Ihre persönliche Meinung zum Kaiserschnitt?

	Dem stimme ich			
	voll zu	etwas zu	eher nicht zu	überhaupt nicht zu
Eine Frau sollte selbst entscheiden dürfen, ob sie einen Kaiserschnitt will oder nicht, selbst wenn es keinen medizinischen Grund gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Kaiserschnitt ist heutzutage eine sehr unkomplizierte Operation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzte raten Frauen heute viel zu schnell zu einem Kaiserschnitt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Frau sollte auf jeden Fall versuchen, ihr Kind auf natürlichem Wege auf die Welt zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Kaiserschnittgeburt bedeutet weniger Stress für das Kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Krankenkasse sollte auf jeden Fall einen Kaiserschnitt bezahlen, auch wenn es keinen medizinischen Grund dafür gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In ein paar Jahren wird der Kaiserschnitt die häufigste Entbindungsform sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Kaiserschnitt ist die sicherste Möglichkeit, sein Kind auf die Welt zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Kaiserschnitt sollte nur im Notfall gemacht werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Folgen eines Kaiserschnitts werden häufig unterschätzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Frau sollte sich den Risiken einer normalen Geburt aussetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die neuen Narkosetechniken bekommt eine Frau eine Kaiserschnittgeburt viel besser mit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Kaiserschnitt ist bequemer als eine normale Geburt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Dem stimme ich			
	voll zu	etwas zu	eher nicht zu	überhaupt nicht zu
Die Bindung zum Kind ist viel stärker, wenn es auf „normalem“ Weg auf die Welt kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburtsschmerzen sind heute unnötig und mit einem Kaiserschnitt zu vermeiden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Versorgung des Kindes durch die Mutter ist durch einen Kaiserschnitt sehr erschwert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je mehr prominente Frauen ihr Kind mit Kaiserschnitt auf die Welt bringen, desto stärker werden auch in anderen Gruppen die Kaiserschnitttraten steigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn die Betreuung unter der Geburt besser wäre (z.B. durch Hebammen), dann würden weniger Frauen mit Kaiserschnitt entbinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Kaiserschnitt ist eine moderne Form, sein Kind auf die Welt zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Welche Informationsquellen haben Sie zur Vorbereitung auf die Geburt genutzt und wie zufrieden waren Sie mit den Informationen? Bitte vergeben Sie Schulnoten durch Ankreuzen: „1“ steht für „sehr zufrieden“, „6“ steht für „gar nicht zufrieden“

	Wie häufig genutzt?	Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen? (Schulnoten)
Frauenarzt/Frauenärztin	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Ärzte/Ärztinnen in der Klinik	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung/ Geburtsvorbereitung	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Hebammen in der Klinik	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

	Wie häufig genutzt?	Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen? (Schulnoten)
Mutter oder andere weibliche Verwandte	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Freundinnen und Kolleginnen	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Bücher	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Fernsehen	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Zeitschriften/Zeitungen	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Videos/DVD	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Internet	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
GEK (Broschüren, Hotline)	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
sonstiges (was?) _____ _____ _____	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nie	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

31. Was könnte die GEK tun, um Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt und bei der Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt noch besser zu unterstützen?

Bitte beantworten Sie uns zum Abschluss noch die folgenden Fragen:

32. Leben Sie ...

- allein?
- mit einem Partner oder einer Partnerin?
- zusammen mit anderen erwachsenen Personen (z.B. Eltern, Wohngemeinschaft?)

33. Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Kinder?

- nein
- ja, und zwar _____ weiteres Kind / weitere Kinder unter 18 Jahren.

34. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Abitur oder Fachhochschulreife
- Hochschulabschluss oder Fachhochschulabschluss
- anderen Schulabschluss, nämlich _____
- habe keinen Schulabschluss

35. Wie hoch ist Ihr Netto-Haushaltseinkommen, d.h. das Einkommen, das Sie (alle Mitglieder Ihres Haushalts) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?

- unter 500 €
- zwischen 500 und unter 1.000 €
- zwischen 1.000 und unter 2.000 €
- zwischen 2.000 und unter 3.000 €
- zwischen 3.000 und unter 4.000 €
- 4.000 € und mehr

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Haben wir was vergessen? Möchten Sie uns etwas mitteilen?
Bitte benutzen Sie die Rückseite dieses Fragebogens!**

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

Nr. 1: Werkzeugmechaniker (1994)

Nr. 2: Edelmetallschmiede (1993)

Nr. 3: Zahntechniker (1993)

Nr. 4: Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)

Nr. 5: Augenoptiker (1995)

Nr. 6: Zerspanungsmechaniker (1996)

Nr. 7: Industriemeister (1996)

Nr. 8: Maschinenbautechniker (1996)

Nr. 9: Techniker im Elektrofach (1996)

Nr. 10: Industriemechaniker (1996)

Band 1: Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

- Band 3: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998.
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung.
1998.
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90
- Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die
Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe
... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse
von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen
zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankun-
gen.
- Band 4: Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.
ISBN 3-537-44001 Euro 4,90
- Band 5: Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.
ISBN 3-537-44002 Euro 4,90
- Band 6: Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.
ISBN 3-537-44006-5 Euro 4,90
- Band 7: Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.
ISBN 3-537-44007-3 Euro 4,90
- Band 8: Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.
ISBN 3-537-44008-1 Euro 4,90
- Band 9: Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.
ISBN 3-537-44009-X Euro 4,90
- Band 10: Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.
ISBN 3-537-440010-3 Euro 4,90
- Band 11: Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.
ISBN 3-537-440011-1 Euro 4,90
- Band 12: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999.
Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung.
Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.
ISBN 3-537-44012-X Euro 7,90

- Band 13: Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band 14: Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen.
Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90

- Band 19: Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimittel-daten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band 22: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimittel-daten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimittel-daten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90

- Band 27: Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90

- Band 35: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimittel-daten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmittel-daten aus den Jahre 2003/2004. 2005
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90