



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Zwischen Spontanpartus und elektiver Sectio caesarea – Favorisierter Entbindungsmodus aus der Perspektive der Schwangeren

Franziska Hainer

Dissertation

Universität zu Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
der Universität zu Lübeck

Direktor:
Prof. Dr. med. Klaus Diedrich

Zwischen Spontanpartus und elektiver Sectio caesarea – Favorisierter Entbindungsmodus aus der Perspektive der Schwangeren

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
— Aus der Sektion Medizin —

Vorgelegt von Franziska Hainer
aus München

Lübeck 2010

1. Berichtstatterin
2. Berichtstatter

Prof. Dr. med. Dipl. psych. Ingrid Kowalcek
Prof. Dr. med. Stephan Klaus

Tag der mündlichen Prüfung: 27.9.2011

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 27.9.2011

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation auf die Ergänzung der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind insbesondere bei Berufsbezeichnungen beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-------------|
| Abkürzungsverzeichnis | viii |
| 1. Einleitung und Fragestellung | 1 |
| 1.1. Einleitung | 1 |
| 1.2. Theoretischer Hintergrund | 3 |
| 1.2.1. Spontanpartus | 3 |
| 1.2.2. Vaginal operative Entbindung | 3 |
| 1.2.3. Sectio caesarea | 4 |
| 1.2.4. Entwicklung der Sectioraten | 5 |
| 1.2.5. Indikationsstellung zur Sectio caesarea | 7 |
| 1.2.6. Entbindungsmodus im wissenschaftlichen Diskurs | 10 |
| 1.3. Bewertungskategorien der vaginalen Geburt | 11 |
| 1.3.1. Sicherheit der Mutter | 11 |
| 1.3.2. Sicherheit des Kindes | 11 |
| 1.3.3. Postpartale Inkontinenz | 12 |
| 1.3.4. Sexualität | 13 |
| 1.3.5. Mutter-Kind-Bindung | 13 |
| 1.3.6. Anwesenheit einer Begleitperson | 13 |
| 1.3.7. Geburtserlebnis und Wehenschmerz | 14 |
| 1.3.8. Natürlichkeit und Kontrollverlust | 15 |
| 1.4. Bewertungskategorien der Sectio caesarea | 15 |
| 1.4.1. Sicherheit der Mutter | 15 |
| 1.4.2. Sicherheit des Kindes | 16 |
| 1.4.3. Spätfolgen | 17 |
| 1.4.4. Schmerzkontrolle | 17 |
| 1.4.5. Mutter-Kind-Bindung | 18 |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1.4.6. | Begleitperson | 18 |
| 1.4.7. | Wunschtermin und Planbarkeit | 18 |
| 1.5. | Empirische Erhebung | 19 |
| 1.5.1. | Die Wahl der Geburtseinrichtung | 19 |
| 1.5.2. | Das maternale Alter | 19 |
| 1.6. | Spezielle Fragestellung | 21 |
| 2. | Materialien und Methoden | 22 |
| 2.1. | Datenerhebung | 22 |
| 2.1.1. | Fragebogenbatterie | 22 |
| 2.1.2. | Methodische Probleme | 24 |
| 2.1.3. | Datenschutz | 24 |
| 2.2. | Statistik und Datenanalyse | 24 |
| 2.2.1. | Hintergrundvariablen | 24 |
| 2.2.2. | Unabhängige Variable | 25 |
| 2.2.3. | Abhängige Variable | 25 |
| 2.2.4. | Statistische Auswertung | 26 |
| 3. | Ergebnisse | 28 |
| 3.1. | Soziodemographischer Hintergrund | 28 |
| 3.1.1. | Altersverteilung | 28 |
| 3.1.2. | Ausbildungsstand | 28 |
| 3.1.3. | Erwerbstätigkeit | 29 |
| 3.1.4. | Dauer des Kinderwunsches | 29 |
| 3.1.5. | Sterilitätstherapie in der bestehenden Schwangerschaft | 30 |
| 3.1.6. | Vorausgegangene Schwangerschaften (Gravidität) | 30 |
| 3.1.7. | Angaben zu früheren Schwangerschaften | 30 |
| 3.1.8. | Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten (Parität) | 31 |
| 3.2. | Vorteile der Entbindungsarten | 31 |
| 3.2.1. | Beurteilung der vaginalen Geburt | 31 |
| 3.2.2. | Beurteilung der Sectio caesarea | 32 |
| 3.3. | Nachteile der Entbindungsarten | 33 |
| 3.3.1. | Beurteilung der vaginalen Geburt | 33 |
| 3.3.2. | Beurteilung der Sectio caesarea | 34 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 3.4. Bewertung der Entbindungsarten in Abhängigkeit vom maternalen Alter . . . | 35 |
| 3.4.1. Signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien | 36 |
| 3.4.2. Nicht signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien | 36 |
| 4. Diskussion | 39 |
| 4.1. Natürlichkeit | 39 |
| 4.2. Begleitung | 41 |
| 4.3. Geburtserlebnis | 42 |
| 4.4. Sicherheit des Kindes | 43 |
| 4.5. Schmerzen | 44 |
| 4.6. Kontrollverlust | 45 |
| 4.7. Spätfolgen | 46 |
| 4.8. Operativer Eingriff | 47 |
| 4.9. Maternales Alter | 49 |
| 4.10. Schlussfolgerung | 51 |
| 5. Zusammenfassung | 53 |
| 6. Literaturverzeichnis | 55 |
| 7. Abbildungsverzeichnis | 65 |
| 8. Tabellenverzeichnis | 66 |
| A. Fragebogen | 67 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|---|
| BDH | Bund deutscher Hebammen e.V. |
| BPE | Bayerische Perinatalerhebung |
| CTG | Cardiotokogramm |
| DGGG | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. |
| ICSI | Intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion |
| IVF | In vitro Fertilisation |
| PDA | Periduralanästhesie |
| PTSD | Posttraumatic Stress Disorder |
| QUAG | Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe e.V. |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| USA | United States of America |
| WHO | World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation) |

1. Einleitung und Fragestellung

1.1. Einleitung

Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe sind entsprechend gesellschaftlichen Strömungen und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen einem ständigen Wandel unterzogen. Die Behandlungsgrundsätze werden kontinuierlich weiterentwickelt, um eine evidenzbasierte medizinische und psychosoziale Betreuung der Schwangeren gewährleisten zu können. Zugewinn an wissenschaftlichen Erkenntnissen und neue Untersuchungsmethoden führten zu einer engmaschigen Schwangerenbetreuung und technisierten Geburtshilfe, die das Vermeiden problematischer Ereignisse in den Vordergrund stellt. Für viele Schwangere und deren Partner ist die Geburt ihres Kindes ein zentrales Lebensereignis. Medizinische Kompetenz mit dem Ergebnis eines gesunden Kindes und einer gesunden Mutter werden dabei als selbstverständlich vorausgesetzt [31]. In diesem geburtshilflichen Kontext können Patientenwunsch und Expertenmeinung divergieren, wie eine australische Studie [102] zeigt: Schwangere Frauen waren eher bereit, für eine natürliche Entbindung ein höheres Gesundheitsrisiko einzugehen als die ärztlichen Geburtshelfer. Angesichts sinkender Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken gewinnt die Sectio caesarea bei der Abwägung von Vor- und Nachteilen der Geburtsmethoden als Alternative zur vaginalen Entbindung an Attraktivität. Dieser Trend spiegelt sich auch in weltweit gestiegenen Kaiserschnitttraten wieder. In Deutschland entbanden laut Daten des Statistischen Bundesamtes rund 30 Prozent der Frauen, die 2007 ihr Kind im Krankenhaus zur Welt brachten, mit Kaiserschnitt, im Vergleich dazu lag 1997 der Anteil bei 18,5 Prozent. Aktuell übersteigt die Sectiofrequenz in vielen Industrienationen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1985 empfohlenen zehn bis fünfzehn Prozent.

Gründe für diese Entwicklung sind das erreichte Sicherheitsniveau der Kaiserschnittentbindung, das verminderte Risiko für den Fetus, die Vermeidung von Beckenbodenverletzungen, die Annehmlichkeiten in Bezug auf Planung und Dauer der Entbindung und die Individualisierung der Entscheidung für einen Entbindungsmodus [53, 98]. „Etwa jede zehnte

Schnittentbindung – so die Schätzungen – wird heute ohne medizinische Indikation durchgeführt“ [24]. Daneben erhöhen charakteristische Einflussfaktoren die Wahrscheinlichkeit für eine operative Schnittentbindung. Hierzu gehören Übergewicht, Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsschwangerschaften und Fertilisationsbehandlungen [27]. Die derzeit weltweit ansteigende Kaiserschnitttrate ist durch ein vielschichtiges Zusammenspiel von medizinischen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren begründet, in dem die Zunahme der elektiven Sectio auf Wunsch eine geringe Rolle spielt [51].

Der Entscheidung für eine Entbindungsart sollte eine sorgfältige Risikoabwägung zu Grunde gelegt werden, die auch langfristige medizinische und persönliche Konsequenzen berücksichtigt [27]. Beratung und individuelle Risikoaufklärung der Schwangeren stellen gleichzeitig die wichtigste Entscheidungshilfe und die Voraussetzung für eine „von Information und Aufklärung getragene Einwilligung der Patientin in Eingriffe“, den informed consent, dar.

Welche Eigenschaften assoziieren schwangere Frauen mit den möglichen Entbindungsmodi und welchen favorisieren sie? Die vorliegende Arbeit umfasst die Analyse wichtiger Bewertungskriterien der beiden Entbindungsarten vaginale Geburt und Kaiserschnitt und stellt die schwangere Frau mit ihren Wünschen und Erwartungen in den Mittelpunkt. Dabei wird der Fokus auch auf eine mögliche Abhängigkeit des gewünschten Geburtsmodus vom Lebensalter der schwangeren Frau gelenkt.

1.2. Theoretischer Hintergrund

1.2.1. Spontanpartus

Die vaginale Entbindung ist der natürliche Geburtsablauf, unterschieden werden Eröffnungs- und Austreibungsperiode. Die Eröffnungsphase ist durch regelmäßige, muttermundwirksame Wehen gekennzeichnet und endet mit der vollständigen Öffnung der Portio. Der Übergangsphase, in der sich der Kopf des Kindes in das mütterliche Becken schiebt, schließt sich die Austreibungsphase an. In dieser dritten Phase erhöht sich die Wehenfrequenz und durch den Druck des Kindes auf den mütterlichen Darm setzen die Presswehen ein. So unterstützt die Gebärende durch aktive Bauchpresse die Uteruskontraktionen und schiebt das Kind durch den Geburtskanal. Nach der Geburt des Kindes kommt es durch Einsetzen der Nachgeburtswehen zum Ausstoßen der Plazenta.

1.2.2. Vaginal operative Entbindung

Die instrumentelle Entbindung wird zur Beseitigung einer akuten fetalen Bedrohung, eines Geburtsstillstandes oder aus mütterlicher Indikation in der Austreibungsperiode indiziert. Die Durchführung kann maternal, fetal oder kombiniert indiziert sein [22]:

- fetale Indikation: pathologisches CTG, fetale Hypoxämie, fetale Azidose
- maternale Indikation: Erschöpfung der Mutter, Kontraindikation zum Mitpressen (kardiopulmonale oder zerebrovaskuläre Erkrankungen)
- kombinierte Indikation „Geburtsstillstand“: protrahierte Austreibungsperiode mit/ ohne Haltungs-, Einstellungsanomalie.

Es stehen zwei Methoden zur vaginal-operativen Entbindung zur Verfügung: die Forceps-extraktion (Zangenentbindung) und die Vakuumextraktion (Saugglockenentbindung). Die Naegle-Zange wird quer an den kindlichen Kopf gelegt, wobei der Kopf nicht zu fest komprimiert werden darf. Die Saugglocke wird an der geburtsstrategisch günstigsten Stelle auf die Kopfschwarte gesetzt, meist auf Höhe der kleinen Fontanelle. Für beide Verfahren sind ein vollständig geöffneter Muttermund und eine eröffnete Fruchtblase Voraussetzung. Der Kopf des Kindes sollte auf Beckenbodenebene stehen, zudem muss ein Missverhältnis zwischen Kopfgröße und Beckenausgang ausgeschlossen sein. Mögliche Komplikationen für

das Kind sind bei beiden Verfahren intrakranielle Blutungen und Schädelfrakturen. Entsprechend den mechanischen Angriffspunkten kann es bei der Forcepsextraktion zu Weichteilverletzungen bei Mutter und Kind, zu Zangenmarken oder Nervenläsionen kommen. Bei der Vakuumentextraktion besteht die Gefahr eines Kephalhämatoms und intrakranieller Druckschwankungen. Führen die genannten Methoden nicht zum Erfolg, muss eine abdominale Schnittentbindung durchgeführt werden [8, 35]. Die genannten Risiken führten zu einer Abnahme der vaginal-operativen Entbindungen auf 5,6 % der Geburten in den USA, 1994 machten sie noch 9,5 % aus [27]. In Deutschland lag 2003 die Rate für Zangengeburt bei 1,1 % und für Saugglockengeburt bei 4,2 % [65].

1.2.3. Sectio caesarea

Bei der abdominalen Schnittentbindung wird das Kind operativ mittels Laparotomie entbunden. Nach Eröffnung der Bauchdecke über einen Pfannenstielschnitt oberhalb der Schamhaargrenze oder eine Längslaparotomie (heutzutage weniger gebräuchlich) mit schichtweiser Eröffnung der Bauchdecken und der anschließenden Eröffnung des Uterus wird das Kind entwickelt, abgenabelt, abgesaugt und an Hebamme und/oder Pädiater übergeben. Mit der sogenannten „sanften“ Sectio nach Misgav-Ladach steht heute eine Operationsmethode zur Verfügung, bei der Muskelschnitte durch Dehnen und Reißen des Gewebes ersetzt werden; dadurch werden eine schnellere Heilung, geringerer Blutverlust und weniger starke Schmerzen erzielt [14, 42]. Unter Berücksichtigung der Indikationsstellung und der Belastbarkeit einer Frau kann der Eingriff in Regionalanästhesie (Periduralanästhesie oder Spinalanästhesie) oder in Allgemeinanästhesie erfolgen.

Im Zuge der modernen Geburtsmedizin haben sich - unter anderem Dank verbesserter Operationstechnik, Asepsis und Entwicklung von Antibiotika - Mortalität und Morbidität vor allem der primären Sectio stark verringert und der Mortalität und Morbidität der vaginalen Entbindung angenähert. Folglich wurde die Schnittentbindung als Alternativoption zur Spontangeburt in Diskussion gebracht [8, 35, 105].

Abhängig vom Zeitpunkt der Indikationsstellung unterscheidet man die primäre und die sekundäre Sectio caesarea. Eine Notsectio ist durch die Dringlichkeit des Eingriffes definiert und kann prinzipiell als primär oder sekundär eingestuft werden.

1.2.3.1. Primäre Sectio

Die Indikationsstellung zur operativen Entbindung erfolgt bei einer primären Sectio vor Beginn einer zervixwirksamen Wehentätigkeit oder vor einem Blasensprung, zum Beispiel bei Vorerkrankungen der Mutter oder Komplikationen während der Schwangerschaft.

Liegt das Kind in Beckenendlage (BEL) so kann unter Berücksichtigung des Schwangerschaftsverlaufes und anerkannter Risikofaktoren die Indikation zur primären Sectio gestellt werden. Hierzu gehören laut Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) [23]:

- intrauterine Wachstumsretardierung (< 10. Perzentile)
- Ultraschallschätzwert ≥ 3800 g
- Disproportion des Kindes (Kopfumfang \gg Abdomenumfang)
- Fußlage
- Beckenanomalie

1.2.3.2. Sekundäre Sectio

Die Indikation zur sekundären Sectio wird nach Beginn der zervixwirksamen Wehentätigkeit bzw. nach Blasensprung bei mütterlicher und/oder kindlicher Gefährdung während der Geburt gestellt. Die Indikation zur Notsectio wird bei akuter, nicht behebbarer Gefährdung gestellt, wobei der mütterliche oder kindliche Zustand eine sofortige Entbindung erforderlich macht. Der Zeitraum von Entschluss zur Sectio bis Entwicklung des Kindes (EE-Zeit) liegt dann bei < 10-20 Minuten.

1.2.4. Entwicklung der Sectioraten

Weltweit wurde die öffentliche Diskussion um das Thema Geburtsmodus angesichts steigender Kaiserschnittraten neu entfacht. In Deutschland entbanden im Jahr 2005 nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes 664.597 Frauen in Krankenhäusern. Bei 28 % dieser Frauen (n=183.346) wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt. 1995 hatte dieser Anteil lediglich bei 18 % gelegen. In den USA lag die Rate im Jahr 2005 bei 30 %, ein Anstieg um den Faktor zehn seit 1937 [27]. Für Schleswig-Holstein ergibt sich ein vergleichbares Bild: 1993 entbanden 15,5 % der Frauen per Kaiserschnitt, und im Jahre 2003 lag bereits eine Rate von 24,4 %

Tabelle 1.1.: Geburtszahlen nach Geburtsmethode [107]

| Land | Anzahl Kaiserschnitte pro 100 Geburten |
|----------------|---|
| Italien | 37,8 |
| Portugal | 33,1 |
| Malta | 28,3 |
| Deutschland | 27,3 |
| Polen | 26,3 |
| Ungarn | 25,6 |
| Luxemburg | 25,3 |
| Irland | 25,1 |
| Spanien | 24,6 |
| Großbritannien | 24,5 |
| Österreich | 23,5 |
| Dänemark | 20,5 |
| Frankreich | 20,2 |
| Lettland | 19,6 |
| Slowakei | 19,2 |
| Belgien | 18,9 |
| Estland | 17,7 |
| Litauen | 17,4 |
| Schweden | 17,4 |
| Finnland | 17,1 |
| Tschechien | 16,3 |
| Norwegen | 15,6 |
| Niederlande | 15,1 |
| Slowenien | 14,4 |

der Entbindungen vor [65]. Während die WHO eine Rate von 15 % empfiehlt, erreicht sie derzeit in Privatkliniken von Spitzenländern wie zum Beispiel Brasilien 80 %. Tabelle 1.1 stellt die Kaiserschnittraten europäischer Länder (erfasst im Jahr 2004) im Vergleich dar.

Diese Zahlen regen dazu an, Ursachen und Konsequenzen des Anstiegs von Kaiserschnittraten zu untersuchen. In den USA wurde gezeigt, dass es kaum möglich ist, den Anstieg von Schnittentbindungen zu beeinflussen. In den vergangenen Jahren kristallisierten sich international vor allem zwei sich ergänzende Erklärungsmodelle heraus [26, 27, 51]:

1. Das veränderte Risikoprofil der schwangeren Frauen (höheres Lebensalter, geringere Anzahl von Schwangerschaften, höheres Körpergewicht und stärkere Gewichtszunahme während der Schwangerschaft) und dessen Auswirkungen auf den Geburts-

modus.

2. Der Wandel in der geburtshilflichen Praxis mit Zunahme der Monitorüberwachung, Wandel in der Kaiserschnitt-Indikationsstellung und Rückenmarksanästhesie.

Zusätzlich sind sozioökonomische Aspekte von Bedeutung. In einer Studie aus dem Jahre 2005 lag die durchschnittliche Kaiserschnitttrate in zwei öffentlichen griechischen Krankenhäusern bei 41,6 %. Im Vergleich dazu wurde in einem privaten Krankenhaus eine Rate von 53 % erreicht, die bei privat versicherten Patientinnen auf 65,2 % anstieg [68]. Die Abhängigkeit der Sectiorate vom Versicherungsstatus der Schwangeren bestätigte sich auch in anderen Ländern: Privatpatientinnen erhalten häufiger einen Kaiserschnitt. Beweggrund ist die höhere Vergütung eines kurzen Eingriffs gegenüber einer zeitlich aufwändigen, für den Geburtshelfer meist weniger kontrollierbaren Spontangeburt mit den entsprechenden haftungsrechtlichen Risiken. Trotz der Angleichung im Entgeltsystem der Krankenhäuser zeigen die Beträge von 2500 Euro für eine Sectio ohne Komplikationen und 1500 Euro für die vaginale Entbindung noch ein Gefälle, welches unter anderem dazu beiträgt, dass in manchen deutschen Privatkliniken Kaiserschnitttraten von bis zu 50 % erreicht werden. Finanzielle Hintergründe sind also vermutlich mitentscheidend, ob und wann Frauen in Deutschland per elektiver Sectio entbinden [28, 50].

1.2.5. Indikationsstellung zur Sectio caesarea

Zu den häufigen Indikationen, gehören bei der primären Sectio:

- Zustand nach Sectio und
- Beckenendlage.

Bei der sekundären Sectio:

- protrahierter Geburtsverlauf und
- drohende intrauterine Hypoxie.

Neben diesen Indikationen, die auf ungefähr 85 % der Kaiserschnitte zutreffen, bleiben die Fälle, in welchen aus weniger medizinisch dringlichen Gründen eine Sectio erfolgt. Um der aktuellen geburtshilflichen Entwicklung begrifflich gerecht zu werden, muss also eine genauere Einteilung der Sectioindikation vorgenommen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) unterscheidet in ihren Leitlinien bei der indizierten Sectio zwischen einer absoluten und einer relativen Indikation und trennt diese von der medizinisch nicht indizierten, so genannten Sectio auf Wunsch [8, 18, 50].

1.2.5.1. Absolute Indikation

Eine absolute Indikation zum Kaiserschnitt liegt vor, wenn zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter aus geburtsmedizinischer Sicht dieser Entbindungsweg notwendig ist.

Beispiele dafür sind Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Beckendeformitäten, (drohende) Uterusruptur, Plazenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, fetale Azidose, Amnioninfektionssyndrom, Eklampsie, Nabelschnurvorfal und HELLP-Syndrom. Diese Indikationen machen weniger als zehn Prozent aller Schnittentbindungen aus.

1.2.5.2. Relative Indikation

Bei der Mehrheit der Kaiserschnittentbindungen liegt eine relative Indikation vor, bei der eine Abwägung der individuellen geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind vorgenommen werden muss. Die häufigsten Fälle sind Beckenendlage, absolute fetale Makrosomie (> 4500g), Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Kindsgröße und mütterlichem Becken, Mehrlingsschwangerschaft, Status nach Sectio oder nach vaginal-plastischer Operation, pathologisches CTG, protrahierte Geburt, Geburtsstillstand und mütterliche Erschöpfung.

Der von der Schwangeren geäußerte Wunsch nach einer Sectio wird der relativen Indikation zugeordnet. Die Beweggründe der Frauen stellen zumeist Angstgefühle dar, deren Motive sich in drei Gruppen unterteilen lassen:

- Angst um die Sicherheit für das Kind,
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor maternalen Spätschäden.

Die geschilderten Angstmotive können eine medizinisch bzw. psychisch bedingte Sectionindikation rechtfertigen. Diese wird begrifflich von der eigentlichen Wunschsectio ohne me-

dizinische Indikation abgegrenzt.

Kommt es auf Grund von Klinikorganisation und Personalbesetzung zu einer Schnittentbindung, so zählt diese auch zu den relativ indizierten, da sie aus prophylaktischen Risikoabwägungen heraus durchgeführt wird.

Die Indikationsstellung zur Schnittentbindung ist durch die komplexer gewordenen, geburtshilflichen Rahmenbedingungen deutlich erschwert. Der Weg führt weg von einem standardisierten Entscheidungsschema in Richtung einer individuellen Abwägung (kalkuliertes Risiko) im Dialog mit der Schwangeren [24, 98].

1.2.5.3. Sectio auf Wunsch

Wenn keine medizinische oder psychische Indikation vorliegt, wird von einer Sectio auf Wunsch („Gefälligkeitssectio“ oder „Sectio kraft Vereinbarung“) gesprochen, zum Beispiel wenn Zeit und Ort der Entbindung aus persönlichen oder terminlichen Gründen festgelegt werden sollen. Definitionsgemäß fällt die in den Medien viel zitierte Wunschsectio in diese Sparte [18]. Die zunehmende Beliebtheit der Schnittentbindung unter den schwangeren Frauen wird häufig als Grund für den Anstieg der Kaiserschnitttrate genannt: „Die höher gebildete Öffentlichkeit nimmt zunehmend Einfluss auf die medizinische Praxis, öffentliche Meinungen reflektieren jedoch oft populäre Ideen, statt klinisches Wissen. Mehr und mehr Patienten fordern eine elektive Schnittentbindung ohne medizinischen Grund“ [53]. Als Motivation gibt der Autor Bequemlichkeit und Ängste an, und prophezeit eine Zunahme der Kaiserschnitttrate möglicherweise über die dreißig Prozentmarke hinaus.

Der Wunschkaiserschnitt wird also häufig mit dem wachsenden Verlangen der Frauen nach Mitbestimmung und Patientenautonomie in Zusammenhang gebracht. Bereits der Begriff suggeriert den Wunsch als Motivation für den Entbindungsmodus. Verstärkt wird dieser Erklärungsversuch durch die mögliche Vorbildfunktion prominenter schwangerer Frauen in den Medien und die Veröffentlichung von Details über deren Schwangerschaftsverlauf und Entbindungsmodus. Es finden sich in diversen Internetforen und Magazinen Diskussionen um den Wunschkaiserschnitt im Stil von „Save your lovechannel, have a caesarean!“ (U-Bahn-Werbung in den USA), so dass das Thema heute Eingang in alle Bevölkerungsschichten gefunden hat.

Bisher lässt sich die vermutete Zunahme der elektiven Schnittentbindungen als Ursache für den anhaltenden Anstieg der Sectoraten nicht ausreichend wissenschaftlich untermauern. Der Wunsch nach einer elektiven Sectio von Seiten der Schwangeren wird lediglich von

einem geringen Prozentsatz in Studien beschrieben. Es ergeben sich gering international abweichende Zahlen von 3,3 % in einer deutschen Studie aus dem Jahre 2005 [44], von 6,4 % in einer vergleichbaren Studie in Australien im Jahre 2001 [33] und von sieben bis acht Prozent in Schweden im Jahre 2002 [45]. So liegt die Vermutung nahe, dass das Phänomen Wunschkaiserschnitt in Anbetracht der beschriebenen Entwicklung, bei der inzwischen annähernd jede dritte Geburt per Kaiserschnitt erfolgt, als Ursache überschätzt wird.

1.2.6. Entbindungsmodus im wissenschaftlichen Diskurs

Die starke Polarisierung in Gegner und Befürworter der elektiven Schnittentbindung erschwert die Urteilsbildung der Frauen und die Aufklärung über die Vor- und Nachteile der möglichen Optionen. Im New England Journal of Medicine plädierten Ecker und Frigoletto (2007) neben der medizinisch begründeten Argumentationslinie für die Berücksichtigung von Lebensphilosophie, Zukunftsplänen und Risikobereitschaft einer Frau bei der Beratung zum Thema Geburt [27].

Dass sich Gynäkologinnen, signifikant häufiger gegen den natürlichen Geburtsweg ausgesprochen hatten, war in der Vergangenheit immer wieder Ausgangspunkt für Spekulationen darüber, ob sich Frauen außerhalb des ärztlichen Berufes auch so entscheiden. Während bei einer Befragung im Jahre 1996 unter Gynäkologinnen in Großbritannien 31 % einen Kaiserschnitt bevorzugten, wünschten sich im Vergleich nur acht Prozent ihrer männlichen Kollegen den operativen Geburtsmodus für ihre Partnerin [1]. Die 1996 im Lancet veröffentlichten Zahlen zeigen, dass unter den befragten Ärztinnen eine Sectio nicht mehr dem Notfall vorbehalten ist, sondern als vertretbare Alternative zur vaginalen Entbindung in Erwägung gezogen wird. Als Gründe wurden genannt:

- Furcht vor Beckenbodenschädigung,
- Dammverletzungen,
- postpartale sexuelle Dysfunktion,
- Schädigung des Kindes
- Wunsch nach Planbarkeit der Geburt.

Das sind auch weiterhin die schlagkräftigsten Argumente, die gegen die vaginale Entbindung vorgebracht werden. Im Gegensatz dazu wird von Vertretern der Geburtshilfe, die

die Sectio einer strengeren Indikationsstellung vorbehalten sehen, die Verharmlosung der Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken sowie die Gefährdung der Eltern-Kind-Bindung und der Stillbeziehung proklamiert. Eine elektive Sectio führt laut Studien im Gegensatz zur sekundären Sectio inzwischen zu ähnlicher Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis wie eine vaginale Entbindung [88], und zu besseren Werten als eine vaginal-operative Entbindung. Unter deutschen Gynäkologen ergab eine Umfrage im Jahre 2003 [90], dass die Mehrheit der Befragten (88 %-95 %) für sich oder die Partnerin eine vaginale Entbindung favorisieren. Ähnliche Untersuchungen mit Hebammen kommen zu dem Ergebnis, dass in dieser Berufsgruppe der Wunsch nach einer vaginalen Entbindung mit 100 % noch deutlicher ist [41].

Die folgenden Ausführungen geben zunächst einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Debatte. Entsprechend der wichtigsten Bewertungskriterien des Geburtsmodus-Beurteilungsbogens, dem Befragungsinstrument der vorliegenden Studie, werden die Argumente für und gegen die beiden Entbindungsarten erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung vorgestellt.

1.3. Bewertungskategorien der vaginalen Geburt

1.3.1. Sicherheit der Mutter

Die mütterliche Letalität bei Vaginalgeburten lag im Zeitraum von 2001-2008 in der Bayerischen Perinatalerhebung (BPE) bei 0,007 ‰. Im Vergleich Spontangeburt versus Sectio liegt das Sterblichkeitsrisiko bei 1:2,6. Die Liegedauer beträgt 3,7 Tagen und die Morbiditätsrisiken sind abhängig von assistierenden Maßnahmen wie Episiotomie und der Wundversorgung möglicher Geburtsverletzungen im Genitalbereich. Das Hauptaugenmerk liegt auf den möglichen Beckenbodenschäden, die vor allem mit Spätfolgen assoziiert sind. Im Allgemeinen ist die vaginale Entbindung in den Industrienationen mit einem sehr niedrigen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko verknüpft [18, 50].

1.3.2. Sicherheit des Kindes

Bei der Spontangeburt ist das Kind folgenden Risiken und möglichen Komplikationen ausgesetzt:

- subpartale Mangelzustände mit konsekutiver Enzephalopathie und Zerebralparese,

- intrauterine Infektion bei protrahierter Geburt,
- Armplexuslähmung und andere geburtstraumatische Schädigungen sowie
- der heute seltene intrauterine Fruchttod.

Das Risiko für das Kind erhöht sich im Vergleich zur primären Sectio, wenn Makrosomie, Wachstumsverzögerung, Einstellungsanomalien oder Beckenendlage vorliegen. Nach Paterson-Brown und Fisk (1997) lässt sich aus selten gewordenen fetalen Risiken bei vaginaler Geburt wie intrapartaler Tod, intrapartal erworbene hypoxische Enzephalopathie, intrapartal erworbene Zerebralparese etc. ein kumulatives Risiko ermitteln. Zusammengefasst ergibt sich ein Zahlenwert von 1:500 für ein katastrophales Geburtsereignis bei vaginaler Geburt. Ereignisse dieser Art ließen sich nur durch eine frühzeitige elektive Sectio verhindern [50, 78]. Auf die Konsequenzen aus der Perspektive des Neugeborenen lässt sich nur aus der gemessenen Stressreaktion schließen. Die vaginal-operative Entbindung ist demnach besonders belastend für das Kind [100]. Hingegen erlaubt der Vergleich kennzeichnender Eigenschaften der Geburtsarten wie Schock des Kindes durch plötzliche Entnahme aus dem Uterus oder Belastung durch starke Druckverhältnisse im Geburtskanal, noch keine verlässlichen Aussagen [18, 50, 78, 100].

1.3.3. Postpartale Inkontinenz

Eine vaginale Geburt begünstigt Sphinkterverletzungen und Nervenschädigungen, aus welchen eine Beckenbodenschädigung mit nachfolgender Stuhl- und Harninkontinenz resultieren kann. Diese tritt nach Spontangeburt viermal häufiger auf als nach Schnittentbindung. Am häufigsten kommt es bei vaginal-operativen Entbindungen zu schwerwiegenden Beckenbodenverletzungen. Die im New England Journal of Medicine (2003) veröffentlichte norwegische EPINCONT-Studie belegt im Gegensatz zu vielen älteren Studien jedoch nur einen Zusammenhang zwischen Stress-Harninkontinenz und dem Geburtsmodus [82]. Anorektale Insuffizienz tritt meist erst dann auf, wenn als zusätzliche Risikofaktoren weitere vaginale Entbindungen, mangelnde körperliche Bewegung, Übergewicht, fortschreitendes Alter und damit verbundene hormonelle Umstellungen hinzukommen. Protektive Maßnahmen gegen postpartale Stressinkontinenz wie tägliche Beckenbodenübungen und Sport bereits während der Schwangerschaft gelten als gesichert, wurden aber in Vergleichsstudien noch nicht hinreichend berücksichtigt [18, 30, 79, 82, 87].

1.3.4. Sexualität

Entgegen der öffentlich postulierten These kann bislang keine langfristige negative Auswirkung der Entbindungsart auf die Sexualität der Eltern nachgewiesen werden. Untersuchungen [2, 85] bestätigen zwar eine höhere sexuelle Zufriedenheit acht Wochen bzw. bis drei Monate nach der Entbindung bei Paaren nach einer geplanten Sectio im Vergleich zur unkomplizierten Spontanentbindung. Jedoch zeigt sich in Langzeitstudien nach sechs Monaten kein signifikanter Unterschied mehr. Vielmehr wurde bestätigt, dass durchschnittlich eine Verschlechterung der sexuellen Beziehung eines Paares nach der Geburt eines Kindes stattfindet. Die Ursachen dafür sind vielfältig und lassen sich nicht allein durch einen anderen Geburtsverlauf aufheben [3]. Der negative Effekt auf die sexuelle Zufriedenheit ist hingegen bei vaginal-operativen Entbindungen oder Notkaiserschnitten eindeutig belegt [3, 57].

1.3.5. Mutter-Kind-Bindung

Um eine Aussage über den Einfluss der Entbindungsart auf die frühe Mutter-Kind-Bindung machen zu können, kann ältere psychosomatische Literatur (wie beispielsweise [10, 39, 56, 80]) nur mit Einschränkungen in die Beurteilung einbezogen werden. Zwar wurde schon damals die Bedeutung von frühem Rooming-In und Stillen für den Mutter-Kind-Kontakt festgestellt. Der Ablauf einer Schnittentbindung aber hat sich dahingehend verändert, dass viele negative Einwirkungen wie lange Trennung und verzögerter Stillbeginn durch Allgemeinanästhesie oder eingeschränkte Versorgung des Neugeborenen durch starke Schmerzen und postoperative Beeinträchtigung heute abgeschwächt oder abgewendet werden können. Entsprechend haben sich die negativen Konsequenzen für die frühe Beziehung zwischen Mutter und Kind verringert. Die Mutter-Kind-Interaktion stellt sich in einer vergleichenden Studie nach Spontangeburt, elektiver und sekundärer Sectio bis ein Jahr post partum unbeeinflusst vom Entbindungsmodus dar. Dennoch ermöglicht auch ein verbessertes Operationssetting nicht den intimen Erstkontakt und ein gleichwertiges Bonding zwischen Eltern und Kind [25, 50, 87].

1.3.6. Anwesenheit einer Begleitperson

Mit einem Anteil von etwa 90 % wird in Deutschland heutzutage die Mehrheit der Gebärenden von ihren Partnern oder Ehemännern (ca. 80 %) oder einer anderen Person ihres

Vertrauens (ca. 10 %) während der Geburt begleitet und unterstützt. In einer deutschen Umfrage aus dem Jahre 2000 wurden 650 Wöchnerinnen zur Anwesenheit des Ehemannes im Kreißaal befragt. In 63,4 % der Fälle wünschten sich beide Ehepartner die Anwesenheit des Partners im Kreißaal. Als wesentliche Argumente wurden unter anderem die „Stärkung durch Nähe und Kontakt“, das Sicherheitsgefühl der Gebärenden sowie die Stärkung der Partnerschaft angegeben [91]. Die Anwesenheit einer Begleitperson im Kreißaal begünstigt die Schmerzverarbeitung und bietet im besten Fall eine weitere Person, die neben der Hebamme Sicherheit ausstrahlen und Beistand leisten kann. Außerdem wird den Vätern ermöglicht, die ersten gemeinsamen Momente direkt nach der Geburt des Kindes mitzuerleben und zu gestalten, was sich positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt. Voraussetzung für die erfolgreiche Anwesenheit von Begleitpersonen ist eine ausreichende Vorbereitung und ein Aufklärungsgespräch mit entsprechender Dokumentation [21].

1.3.7. Geburtserlebnis und Wehenschmerz

Das aktive Geburtserlebnis beinhaltet für die Gebärende zum einen die Schmerzen, die eine Grenzerfahrung darstellen können, zum anderen aber das durch Endorphin- und Oxytocin-Ausschüttung gesteuerte Glückserlebnis nach stattgehabtem Spontanpartus. Erschöpfung und Nachgeburtswehen sowie die Versorgung etwaiger Geburtsverletzungen fallen in einen Zeitraum, der durch hormonelle Einflüsse von positiven Emotionen geprägt ist und in dem eine physiologische Schmerzdämpfung eintritt. Neben der Freude darüber, das Kind sehen und sofort begrüßen zu können, spielen Stolz und Zufriedenheit über die körperliche Leistung und die bewiesene mentale Stärke für die Frauen eine große Rolle, durch deren Vorenthaltung es zu Versagensgefühlen kommen kann [11].

Mit der Periduralanästhesie (PDA) steht ein Mittel zu Verfügung, das bei abgeschwächtem oder ganz aufgehobenem Schmerzempfinden ein bewusstes Geburtserlebnis ermöglicht. Aufgrund der überwiegend positiven Studienlage findet dieses Verfahren inzwischen bei mehr als der Hälfte aller Gebärenden Anwendung. Unter PDA ist jedoch das Risiko erhöht, dass vaginal-operative Methoden zum Einsatz kommen [61]. Ziel ist eine übereinkommende Entscheidung zwischen der Gebärenden und den betreuenden Geburtshelfern, ob und wann eine PDA sinnvoll ist, da sich das Zeitfenster im Geburtsverlauf, in dem eine PDA gelegt werden kann, als begrenzt erweist. Insgesamt ist die Anwendung von Analgetika während der Geburt, wie Zahlen aus Bayern zeigen, rückläufig: Analgetika-Gabe 1987: 33,4 %, 1998: 28,6 % [31]. Komplementärmedizinische Methoden zur Schmerzkontrolle un-

ter den Wehen wie Akupunktur oder Hypnose konnten nicht hinreichend durch Studien in ihrer Wirksamkeit bestätigt werden, kommen aber vielfach zum Einsatz und werden von den Frauen oft positiv aufgenommen [49].

So einschneidend positiv ein zufrieden stellendes Geburtserlebnis mit der Möglichkeit der Selbstgestaltung für die Frauen sein kann [99], so schwer können die negativen Folgen einer Spontangeburt im Falle eines traumatischen Geburtserlebnisses die Frauen beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann dadurch eine posttraumatische Störung (posttraumatic stress disorder, PTSD) ausgelöst werden. Zusätzlich mehren sich Hinweise darauf, dass eine traumatische Geburt auch zu Veränderungen in der späteren Stressreaktion der geborenen Kinder führen und die Entstehung von Psychopathologien begünstigen kann [11, 13, 29, 32, 69, 88].

1.3.8. Natürlichkeit und Kontrollverlust

Trotz der bestehenden Unsicherheiten scheint für viele schwangere Frauen der natürliche Weg einer Spontangeburt der erstrebenswerte zu sein. In einer Untersuchung in Deutschland im Jahr 2005 äußerten nur 3,3 % der Erstgebärenden im Verlauf der Schwangerschaft den Wunsch nach einer Sectio [44]. In der technisierten Medizinwelt, die zum Teil beängstigend und unüberschaubar wirkt, steigt der Wunsch nach Rückkehr zu althergebrachten, ursprünglichen Methoden, die mehr menschliche Nähe und Rückbesinnung auf Grundergebnisse im menschlichen Leben versprechen. Der von vielen Frauen befürchtete Kontrollverlust geht Hand in Hand mit der erwünschten Natürlichkeit der Geburtserfahrung. Beides steht im Gegensatz zur selbstbestimmten Planbarkeit und somit vermeintlichen Kontrollierbarkeit einer elektiven Sectio. Die Geburt eines Kindes bleibt als eines der letzten Urereignisse im Leben einer Frau, Gegenstand großer, teilweise stark idealisierter Erwartungen, Wünsche und Ängste, die sie wiederum in ihrer Form mit den Erfahrungen anderer Mütter auch früherer Generationen verbindet. Damit erhält der natürliche Geburtsmodus auch seinen nahezu mystischen Aspekt [50].

1.4. Bewertungskategorien der Sectio caesarea

1.4.1. Sicherheit der Mutter

Die Sectioletalität, das heißt das operations- und anästhesiebedingte Sterblichkeitsrisiko während und innerhalb von 42 Tagen nach der Schnittentbindung, liegt im Erhebungszeit-

raum der Bayerischen Perinatalerhebung (BPE) 2001-2006 bei 0,02 ‰. Es errechnet sich somit ein Quotient, Müttersterbefall pro Sectioentbindung, von 1:57.300. Diese Zahlen beinhalten auch Risikoschwangerschaften und Notkaiserschnitte. Vorausgesetzt, der Eingriff erfolgt von dafür qualifiziertem Personal unter Thrombose- und Antibiotika-Prophylaxe in Spinalanästhesie, weist die geplante Schnittentbindung eine geringere mütterliche Mortalitätsrate auf, vergleichbar mit der einer Spontangeburt. Da ein Kaiserschnitt trotz verbesserter Bedingungen eine Operation darstellt, gelten die allgemeinen Risiken, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, und über die insbesondere bei einem elektiven Eingriff umfassend aufgeklärt werden muss. Dazu gehören Blutungen, Verletzung benachbarter Strukturen, Thrombosen, Embolien, Gefühlsstörungen in Hautarealen verletzter Hautnerven, Wundinfektionen oder durch die Narkose verursachte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen oder Kopfschmerzen [18, 105].

1.4.2. Sicherheit des Kindes

Kinder, die per Kaiserschnitt zu Welt kommen, passieren nicht den engen Geburtskanal und durch die fehlende Kompression der Lungen leiden sie häufiger unter Atemnotsyndromen. Im Vergleich zur vaginalen Geburt wird das Risiko als mindestens doppelt so hoch angegeben [63]. Diese Gefahr vergrößert sich, je früher der Entbindungszeitpunkt in der Schwangerschaft liegt, da die Resorption von Flüssigkeit aus den Alveolen dann noch nicht abgeschlossen ist. Auch das Risiko für schwerwiegende respiratorische Komplikationen sowie eine zu behandelnde Hypoglykämie, Neugeborenen-Sepsis oder intensivmedizinische Intervention vergrößert sich, je früher in der Schwangerschaft die elektive Sectio erfolgt [101]. Dieses Risiko liegt für Kinder in der 39. Schwangerschaftswoche (SSW) bei 8%, in der 38. SSW bei 11% und in der 37. SSW bei 15,3%. Um die Risiken einer Frühgeburt abzuwenden, ist die elektive Entbindung zwischen der 39. und 40. SSW vorzunehmen. Im Zweifelsfall muss der ermittelte Geburtstermin überprüft werden. Einer Schweizer Studie [63] zufolge lag das Sterberisiko bei vaginaler Geburt für das Kind bei einem Promille. Die elektiven Schnittentbindungen waren 2,1 Mal häufiger tödlich für die Kinder als die Spontangeburt. Das Risiko für Atemprobleme war 1,8 Mal höher und die Wahrscheinlichkeit, auf die Intensivstation verlegt zu werden, war 1,4 Mal höher. Eine weitere Komplikation der Schnittentbindung stellt der Pneumothorax dar, der bei Sectiokindern 1,9 Mal häufiger festgestellt wurde [54, 58, 63, 101].

1.4.3. Spätfolgen

Die Auswirkungen auf weitere Schwangerschaften und Geburten fallen bei der Entscheidung für einen Geburtsmodus besonders ins Gewicht. Eine Schnittentbindung geht mit spezifischen Morbiditätsrisiken einher: Sekundärheilung mit Narbenbildung, erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Re-Scetio sowie Plazentationsstörungen (Plazenta previa und/oder Plazenta accreta, increta, percreta) und Uterusruptur. Plazentationsstörungen bei Zustand nach Sectio bedürfen auf Grund des gefährlichen Blutungsrisikos eines besonderen Risikomanagements von ärztlicher Seite [19]. Außerdem steht ein gering erhöhtes Risiko zukünftiger Totgeburten nach Kaiserschnittentbindung im Raum. Das absolute Risiko wurde von Smith in einer britischen Studie, die in der Zeitschrift Lancet (2003) veröffentlicht wurde auf 1,1:1000 [96] beziffert; es fällt insbesondere bei einer Sectio ohne medizinische Indikation ins Gewicht.

1.4.4. Schmerzkontrolle

Elektive Schnittentbindungen werden heute oft in Spinalanästhesie durchgeführt, um Nebenwirkungen gering zu halten und der Mutter die ersten Momente mit ihrem Kind bei vollem Bewusstsein zu ermöglichen. Laut einer Studie der Universitätsklinik Köln (2005) [97] belief sich der Anteil der in Spinalanästhesie durchgeführten elektiven Sectiones auf 50,5 % und stellte damit das am häufigsten angewandte Anästhesieverfahren dar. Vor und während des Eingriffs kann es dabei zu Angst- und Spannungszuständen kommen, da auf Sedativa und Anxiolytika bei Schwangeren meist verzichtet wird. Von Vorteil ist, dass in der postpartalen Phase die Schmerzhemmung anhält und der Mutter einige Stunden der Erholung ohne Schmerzen ermöglicht werden. Die Liegedauer hat sich mit 5,8 Tagen deutlich verringert, so dass an Unannehmlichkeiten vor allem der Wundschmerz und die dadurch verursachten Schwierigkeiten bei der selbstständigen Versorgung des Neugeborenen zum Tragen kommen. Die postoperative Schmerztherapie ist Gegenstand laufender Weiterentwicklung, da sie in starker Abhängigkeit von den mütterlichen Bedürfnissen zu erfolgen hat, aber gleichzeitig in der Einsetzbarkeit der pharmakologischen Substanzen aufgrund des Übertritts in die Muttermilch limitiert ist.

1.4.5. Mutter-Kind-Bindung

Das familienfreundlichere Regime in den Kreißsälen hat sich auch auf die Durchführung und den Ablauf der Kaiserschnittentbindung ausgewirkt und so wird in vielen Kliniken auf die rasche Zusammenführung der Familie und den ungestörten Erstkontakt, das erste Bonding, geachtet. Vorausgesetzt die Sectio-Entbindung war geplant und komplikationslos, so ist kein negativer Einfluss auf die Stillbeziehung und die frühe Eltern-Kind-Bindung zu erwarten [25].

1.4.6. Begleitperson

Um bei einer elektiven Sectio die frühzeitige Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Neugeborenem zu gewährleisten, wird zunehmend die Anwesenheit von Partnern oder Ehemännern im Operationssaal gestattet. Da sich mit reduzierter Angst und Spannung auch verbesserte Vitalfunktionen der Mutter erzielen lassen, wirkt sich die Anwesenheit des Partners positiv aus, sofern dieser der Belastung gewachsen ist und den Ablauf nicht behindert. Voraussetzung ist eine ärztliche Aufklärung über das Verhalten im Operationssaal und die damit verbundenen Risiken mit der entsprechenden Dokumentation. Außerdem muss erklärt werden, dass die Begleitperson auf Anforderung der Ärzte den OP-Saal sofort verlässt. Diese Vorgehensweise wird von der DGGG in der Leitlinie zur Anwesenheit von Vätern bei Sectio caesarea empfohlen und gilt vor allem bei Schnittentbindungen in Regionalanästhesie und weniger in Allgemeinanästhesie; bei Notfalleingriffen sind Zuschauer ausgeschlossen [21].

1.4.7. Wunschtermin und Planbarkeit

Bei einer elektiven Sectio erfolgt die Terminfestlegung in Absprache mit den werdenden Eltern. Dadurch kann im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten der Klinik auf individuelle Wünsche Rücksicht genommen werden. In Frage kommen zum Beispiel berufliche Terminprobleme oder ein Wunschgeburtsdatum. Außerdem kann die Klinik die Geburten gezielt so planen, dass sie mit dem Belegungsplan der Operationssäle und den Kernarbeitszeiten der Mitarbeiter harmonisieren.

Tabelle 1.2.: Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, Durchschnitt in Jahren, Stand: 2006 [81]

| Geburtsjahrgänge (Alter) | 1. Geburt | 2. Geburt | 3. Geburt |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1931-1936 (70-75) | 25 | 28 | 30 |
| 1937-1941 (65-69) | 25 | 27 | 28 |
| 1942-1946 (60-64) | 23 | 26 | 28 |
| 1947-1951 (55-59) | 24 | 27 | 29 |
| 1952-1956 (50-54) | 25 | 28 | 30 |
| 1957-1961 (45-49) | 25 | 28 | 31 |
| 1962-1966 (40-44) | 26 | 29 | 32 |
| 1967-1971 (35-39) | 26 | 29 | — |

1.5. Empirische Erhebung

1.5.1. Die Wahl der Geburtseinrichtung

Eine Geburt wird in Zeiten sinkender Geburtsraten sorgfältig vorbereitet und geplant. Den werdenden Eltern wird neben der Entbindungsart die Entscheidung für einen örtlichen Rahmen abverlangt. Die Entscheidungsbeteiligung kann Grund zur selbstbewussten Verwirklichung individueller Wünsche oder Anlass zu Sorge und Überforderung sein. In Ballungsräumen werden viele Optionen angeboten: Neben Krankenhäusern der Maximalversorgung gibt es kleinere geburtshilfliche Abteilungen sowie Geburtshäuser und die Möglichkeit der Hausgeburt. Alle Einrichtungen werben mit wichtigen Eigenschaften wie Sicherheit, Geborgenheit oder Natürlichkeit. Neben persönlichen Vorlieben oder Erreichbarkeit ist die Sectiorate und eine Stellungnahme zum Thema Wunschkaiserschnitt mitentscheidend, so dass im Rahmen der Wahl der Geburtseinrichtung der favorisierte Entbindungsmodus zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaftsvorsorge thematisiert wird.

1.5.2. Das maternale Alter

Das Durchschnittsalter der Erstgebärenden steigt in ganz Europa kontinuierlich an. In Westdeutschland lag es laut Statistischem Bundesamt im Jahre 1975 bei 24,8 Jahren, in Ostdeutschland bei 21,8 Jahren. Im Jahr 2000 betrug das durchschnittliche Alter westdeutscher Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes 29 Jahre, in Ostdeutschland 28,4 Jahre. Die Entwicklung des maternalen Alters nach Geburtsjahrgängen in Deutschland zeigt Tabelle 1.2. Viele Frauen haben also zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft ein höheres Lebensalter erreicht, dieser Fakt wirkt sich auch auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt aus.

Ein Alter von über 35 Lebensjahren bei der ersten Schwangerschaft gilt genauso wie ein Alter von über 40 Jahren bei weiteren Schwangerschaften als anamnestischer Risikofaktor. In diesem Alter kommt es während der Schwangerschaft häufiger zu Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck oder Gestosen [51]. Die Frauen leiden darüber hinaus durchschnittlich häufiger unter Vorerkrankungen, die die Schwangerschaft beeinträchtigen können und Risiken für die Geburt darstellen, so dass diese eher eingeleitet wird oder eine Sectio indiziert ist [26]. Frauen mit einem höheren Alter unterziehen sich auch häufiger einer Fertilitätsbehandlung, was öfter mit Mehrlingsschwangerschaften verbunden ist.

Liegt der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in einer amerikanischen Studie aus dem Jahre 2001 [26] bei den unter 25-Jährigen bei 11,6 %, so steigt sie bei den Frauen mit einem Alter von 40 oder mehr Lebensjahren auf 43,1 %. In einer israelischen Untersuchung wurde außerdem belegt, dass bei Frauen über 40 Jahren diejenigen, die eine Fertilitätsbehandlung erhielten, mit 71,4 % zu 41,3 % deutlich häufiger per Kaiserschnitt entbunden hatten, als diejenigen mit spontan eingetretener Schwangerschaft [93]. Besonders, wenn ein Kind lange erwartet wurde und mit Mitteln der Reproduktionsmedizin eine Schwangerschaft ermöglicht wurde, sinkt die Bereitschaft, Geburtsrisiken zu akzeptieren [94]. Gleichzeitig wiegt die Angst, der Geburtsmodus könnte sich negativ auf weitere Schwangerschaften auswirken, nicht so schwer, da sich die Fortpflanzungskarriere über einen kürzeren Zeitraum erstreckt. Die momentane Studienlage lässt auch unter Betrachtung der Frauengruppe mit höherem Durchschnittsalter die Zunahme der elektiven Schnittentbindungen auf Wunsch nicht als den ausschlaggebenden Grund für die hohen Kaiserschnitttraten in dieser Population zu. Vielmehr scheint neben den bereits genannten zusätzlichen Risikofaktoren in dieser Altersgruppe die Abnahme der Kontraktilität des Myometriums eine Rolle zu spielen [95]. Möglicherweise bewerten schwangere Frauen mit einem Alter von über 35 Jahren die beiden Entbindungsarten ähnlich wie die schwangeren Frauen mit einem niedrigeren Durchschnittsalter, unabhängig von ihren unterschiedlichen Risikoprofilen.

1.6. Spezielle Fragestellung

Im Gegensatz zu bereits publizierten Studien [33, 44, 45] steht in dieser Arbeit neben dem favorisierten Entbindungsmodus auch das Zusammenspiel der ausschlaggebenden Vor- und Nachteile der Spontangeburt und des Kaiserschnittes im Fokus der Forschung. Bislang unbekannt ist, ob sich die Bewertung der Entbindungsarten mit zunehmendem Alter der Schwangeren verändert, was in Anbetracht der aktuellen demographischen Entwicklung gesellschaftlich und medizinisch von großem Interesse ist.

Die vorliegende Arbeit untersucht unter Berücksichtigung der entscheidenden Einflussfaktoren, wie schwangere Frauen die beiden Entbindungsmethoden vaginale Geburt und Kaiserschnitt beurteilen. Sie erlaubt somit eine detaillierte Analyse und Gegenüberstellung der Geburtsarten aus der Sicht der Schwangeren.

Folgende Fragen sollen in diesem Kontext beantwortet werden:

- Wie bewerten die schwangeren Frauen die beiden Entbindungsarten im Vergleich?
- Gibt es einen Unterschied in der Beurteilung der Entbindungsarten in Abhängigkeit eines maternalen Alters von über oder unter 35 Lebensjahren?

2. Materialien und Methoden

2.1. Datenerhebung

Die Befragung erfolgte integriert in ein Projekt zur Erfassung der psychischen Beanspruchung von Schwangeren und deren Partnern unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. Dipl. psych. Ingrid Kowalcek im Zeitraum von Oktober 2004 bis Januar 2005. Die Konsekutivstichprobe umfasste ein Kollektiv von 534 Schwangeren, die sich im Bereich Pränataldiagnostik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, erstmalig vorstellten. Insgesamt wurden 580 Fragebögen an schwangere Frauen, die der deutschen Sprache mächtig waren, ausgegebenen. Die Rücklaufquote belief sich somit auf 92 %. Gleichzeitig erklärten sich die Frauen mit der Teilnahme an der Explorativstudie einverstanden. Die Datenerfassung erfolgte mittels einer Fragebogenbatterie fortlaufend und unselektiert über einen Zeitraum von vier Monaten. Der zweiteilige Fragebogen enthielt standardisierte und nicht standardisierte Teile und wurde von den schwangeren Frauen, die sich aus unterschiedlichen Indikationen einer Pränataldiagnostik unterzogen, ausgefüllt (siehe Anhang A).

2.1.1. Fragebogenbatterie

2.1.1.1. Soziodemographischer und somatischer Erhebungsbogen

Teil eins der Fragebogenbatterie diente der Erfassung biographischer Daten und enthielt Angaben zur Schwangerschaftsanamnese. Darin waren Fragen zu Alter, Schulabschluss und Berufstätigkeit der beiden Partner sowie zur Dauer des Kinderwunsches und der Partnerschaft enthalten. Weitere Fragen bezogen sich auf frühere Schwangerschaften inklusive Verlauf und Entbindungsmodus. Zusätzlich wurden in diesem Abschnitt die Schwangerschaftswoche sowie bereits durchgeführte Ultraschalluntersuchungen erfragt und es wurde erhoben, ob der bestehenden Schwangerschaft eine Sterilitätstherapie vorausgegangen war.

2.1.1.2. Fragebogen zur Beurteilung der Entbindungsarten

Der Geburtsmodus-Beurteilungsbogen bildete den zweiten Teil des Fragebogens. Er umfasste das Spektrum wichtiger Assoziationen mit den Entbindungsarten: „vaginale Entbindung“ und „Kaiserschnitt“. Vaginale Geburt und Kaiserschnitt wurden getrennt bewertet jeweils hinsichtlich „für eine vaginale Entbindung spricht/sprechen“ und „für einen Kaiserschnitt spricht/sprechen“ sowie „gegen eine vaginale Entbindung spricht/sprechen“ und „gegen einen Kaiserschnitt spricht/sprechen“. Der Beurteilungsbogen gliederte sich in vier inhaltlich zusammengehörende Abschnitte:

1. **Für eine vaginale Entbindung:** Dieser erste Teil beinhaltete sechs Items, die für eine vaginale Entbindung sprechen, wie zum Beispiel „das Geburtserlebnis“, „natürliche Form der Entbindung“ oder „bessere Mutter-Kind-Bindung“.
2. **Für einen Kaiserschnitt:** Im zweiten Abschnitt folgten sieben Items die mögliche Vorteile eines Kaiserschnittes darstellten, wie „Geburt am Wunschtermin“, „kontrollierbares Schmerzereignis“ und „Sicherheit der Mutter“.
3. **Gegen eine vaginale Geburt:** Sechs Items wie „unkontrollierbare Schmerzen“, „körperliche Spätfolgen, zum Beispiel „Inkontinenz“ oder „negativer Einfluss auf Sexualleben“ erfassten die möglichen Nachteile einer vaginale Entbindung.
4. **Gegen einen Kaiserschnitt:** Sechs Items die gegen den Kaiserschnitt als Entbindungsmodus sprechen können, wie unter anderem: „OP“, „Wundschmerz“, „Ausgeliefertsein/Kontrollverlust“ wurden im letzten Abschnitt aufgeführt.

Die befragten schwangeren Frauen konnten anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ 0 bis „trifft vollkommen zu“ 4 gewichten, in welchem Ausmaß sie mit den einzelnen Kriterien übereinstimmen.

- 0 trifft gar nicht zu
- 1 trifft etwas zu
- 2 trifft teilweise zu/trifft teilweise nicht zu
- 3 trifft ziemlich zu
- 4 trifft vollkommen zu

2.1.2. Methodische Probleme

Methodische Probleme traten in Form von Verweigerung der Teilnahme sowie Einbehalten oder unvollständiges Ausfüllen der Fragebögen bei der Durchführung der Studie auf.

2.1.3. Datenschutz

Die Fragebögen wurden anonym ausgefüllt und bearbeitet.

2.2. Statistik und Datenanalyse

2.2.1. Hintergrundvariablen

Zur Differenzierung der Gruppen innerhalb des Stichprobenkollektivs und der Überprüfung möglicher Einflussfaktoren wurde die Korrelation zwischen Hintergrundvariablen und dem gewünschten Entbindungsmodus ermittelt. Folgende soziodemographische und gynäkologisch-geburtshilfliche Daten wurden im Rahmen des soziobiographischen Erhebungsbogens erfasst:

- Alter der Frau
- Dauer des Kinderwunsches
- Dauer der Partnerschaft
- Ausbildungsstand Frau
- Berufstätigkeit Frau
- Bisherige Schwangerschaften
- Bisherige Geburten/Verlauf
- Verlauf der Schwangerschaft
- Sterilitätstherapie
- Anzahl der Ultraschalluntersuchungen
- Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Befragung

2.2.2. Unabhängige Variable

In der Studie ist der gewünschte Geburtsmodus die unabhängige Variable.

- Vaginale Entbindung oder Kaiserschnitt

2.2.3. Abhängige Variable

Folgenden Items gingen zur Charakterisierung der Entbindungsarten in den Fragebogen ein:

Für eine vaginale Entbindung spricht/sprechen...

- Das Geburtserlebnis
- Natürliche Form der Entbindung
- Bessere Mutter-Kind-Bindung
- Begleitperson kann anwesend sein
- Sicherheit der werdenden Mutter
- Sicherheit des Kindes

Für einen Kaiserschnitt spricht/sprechen...

- Geburt am Wunschtermin
- „Ästhetik“ unter der Geburt
- Kontrollierbares Schmerzereignis
- Sicherheit der Mutter
- Sicherheit des Kindes
- Anwesenheit einer Begleitperson
- Erhalt der Figur und Körperfunktionen (z.B. Beckenboden)

Gegen eine vaginale Entbindung spricht/sprechen...

- Unkontrollierbare Schmerzen

- Körperliche Spätfolgen (z.B. Inkontinenz)
- Negativer Einfluss auf Sexualleben
- Schädigung des Kindes
- Verlust der Kontrolle über Geburtsverlauf (z.B. Zangenentbindung)
- „Unästhetik“ (Unästhetisches Körpergefühl) unter der Geburt

Gegen einen Kaiserschnitt spricht/sprechen...

- OP
- Wundschmerz
- Ausgeliefertsein/Kontrollverlust
- Schädigung des Kindes
- Körperliche Spätfolgen durch OP
- Verminderte Mutter-Kind-Bindung

2.2.4. Statistische Auswertung

2.2.4.1. Deskriptive Statistik

Die deskriptiv-statistische Datenanalyse wurde mit der Statistik- und Analyse-Software „SPSS 15.0“ für Windows (Statistical Package for the Social Sciences) durchgeführt. Um die Präferenzen der Schwangeren deskriptiv darzustellen, erfolgte jeweils die Berechnung und Analyse von Mittelwert, Median, Standardabweichung, Spannweite, Maximal- und Minimalwerten.

2.2.4.2. Analytische Statistik

Neben der deskriptiven Ergebnisdarstellung fand ein inferenzstatistisches Verfahren zum Vergleich der beiden Altersgruppen Anwendung. Die normalverteilten Daten wurden mit dem Levene-Test auf Varianzhomogenität geprüft. Um die Mittelwerte zu vergleichen wurde in Abhängigkeit vom Varianzniveau der Student T-Test hom oder het durchgeführt. Zugrunde lag das übliche Signifikanzniveau von 5 %.

Nullhypothese H0: Es besteht kein Unterschied in der Bewertung der Geburtsmodi in der Schwangerschaft in der Altersgruppe < 35 Lebensjahre und der Altersgruppe ≥ 35 Lebensjahre.

Alternativhypothese H1: Es besteht ein Unterschied in der Bewertung der Geburtsmodi in der Schwangerschaft in der Altersgruppe < 35 Lebensjahre und der Altersgruppe ≥ 35 Lebensjahre.

Um herauszufinden, ob die Nullhypothese H0 beibehalten werden darf oder die Alternativhypothese angenommen werden kann, werden folgende Untersuchungsreihen auf Signifikanzen geprüft:

1. Die Bewertung der charakteristischen Items der beiden Entbindungsarten durch die Schwangeren, die jünger als 35 Jahre alt waren.
2. Die Bewertung der charakteristischen Items der beiden Entbindungsarten durch die Schwangeren mit einem Alter von 35 Jahren oder älter.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographischer Hintergrund

3.1.1. Altersverteilung

Die Altersverteilung der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Klinik erstreckte sich wie in Abbildung 3.1 dargestellt zwischen 16 und 44 Lebensjahren. Folglich ließ sich ein Durchschnittsalter von 32,8 Jahren ermitteln. 55,8 % (n = 298) der Schwangeren waren jünger als 35 Jahre und 43,8 % (n = 234) gehörten der Altersgruppe 35 Jahre oder älter an.

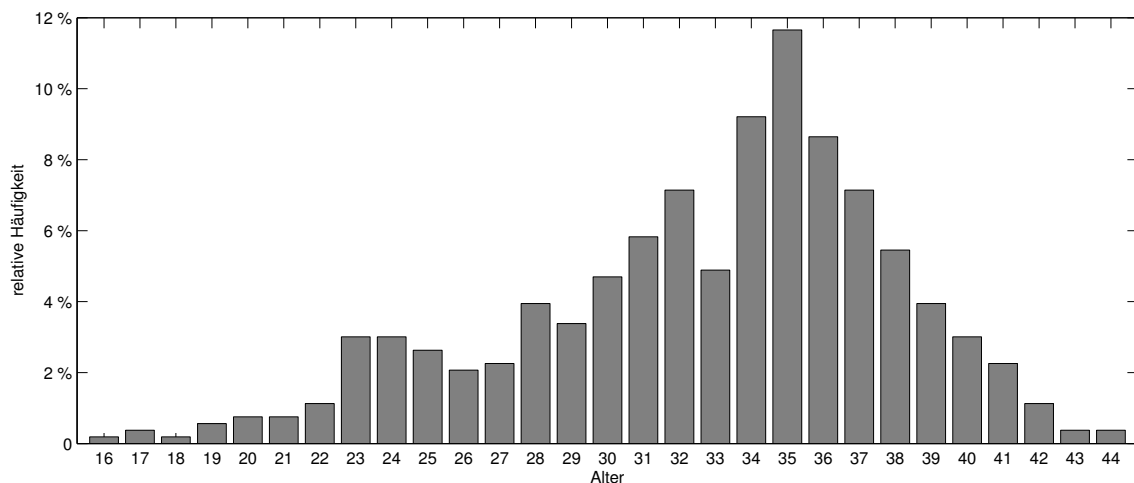


Abbildung 3.1.: Altersverteilung der Schwangeren

3.1.2. Ausbildungsstand

Zusammengefasst nach aktuellem Ausbildungsstand ergaben sich bei den befragten Frauen fünf Gruppen, die in Abbildung 3.2 graphisch aufgeführt sind: keine Schulausbildung, Hauptschule, Mittlere Reife, Abitur, Hochschulabschluss. Der häufigste Schulabschluss war

3. Ergebnisse

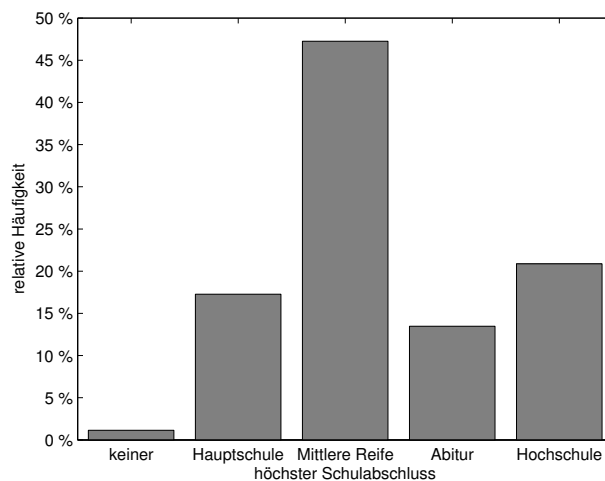


Abbildung 3.2.: Ausbildungsstand der Schwangeren

mit 46,6 % (n = 249) die Mittlere Reife. Es folgte mit 20,6 % (n = 110) der Hochschulabschluss. 17,0 % (n = 91) hatten einen Hauptschulabschluss und 13,3 % (n = 71) das Abitur. 1,3 % (n = 7) der Frauen machten keine Angaben zu ihrem Ausbildungsstand.

3.1.3. Erwerbstätigkeit

Hinsichtlich der Berufstätigkeit der Schwangeren ergab sich zum Zeitpunkt der Untersuchung folgendes Bild: Der Großteil der Frauen ging mit 72,3 % (n = 386) einer Berufstätigkeit nach. 20,8 % (n = 111) waren Hausfrauen. 56,4 % (n = 301) der Berufstätigen waren in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt. 6 % (n = 32) gaben an arbeitslos zu sein. 21,5 % (n = 115) machten diesbezüglich keine Angabe

3.1.4. Dauer des Kinderwunsches

Der Kinderwunsch der Paare bestand im Mittel seit 1,5 Jahren. 24,5 % (n = 131) der teilnehmenden Frauen wurden in der aktuellen Schwangerschaft ohne Wartezeit schwanger und gaben die Dauer des Kinderwunsches mit 0 Jahren an. Bei 11,6 % (n = 62) bestand der Kinderwunsch seit einem Jahr. Die längste geäußerte Kinderwunschdauer belief sich mit Abstand zu den häufiger geäußerten Wartezeiten zwischen 0,5 und zehn Jahren auf 17 Jahre. 20,8 % (n = 111) der Befragten machten keine Angaben über die zeitliche Dauer des Kinderwunsches.

3.1.5. Sterilitätstherapie in der bestehenden Schwangerschaft

In 405 Fällen (75,8 %) trat die aktuelle Schwangerschaft spontan ein. 27 Paare (5,1 %) gaben an, Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt praktiziert zu haben, während sich 29 Paare (5,4 %) einer ICSI (intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion) und vier (0,7 %) Paare einer IVF (In Vitro Fertilisation) unterzogen hatten. Der Anteil der fehlenden Angaben belief sich auf 12,7 % (n = 68).

3.1.6. Vorausgegangene Schwangerschaften (Gravidität)

Die größte Gruppe der Befragten war mit 32,4 % (n = 173) bereits einmal schwanger, und es bestand zum Untersuchungszeitpunkt die zweite Schwangerschaft. 28,5 % (n = 152) der Frauen waren bei der Befragung zum ersten Mal schwanger. Die Anzahl der früheren Schwangerschaften nahm kontinuierlich ab: 18,0 % (n = 96) waren zum dritten Mal schwanger, 7,5 % (n = 40) zum vierten Mal. Das Maximum lag bei der zehnten Schwangerschaft, wie auch aus Abbildung 3.3 ersichtlich. Keine Angaben machten 6,0 % (n = 32) der Frauen.

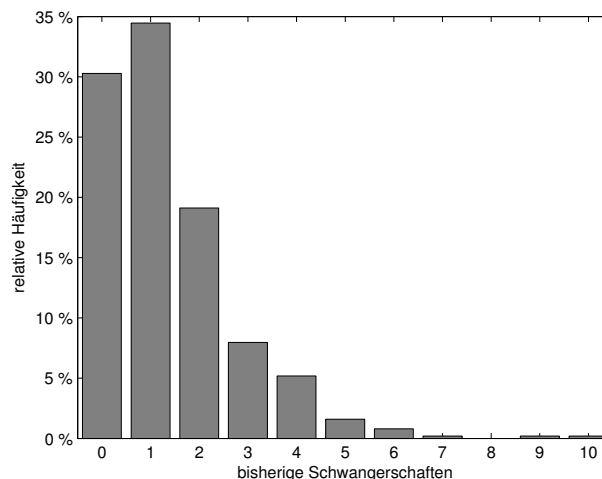


Abbildung 3.3.: Anzahl der früheren Schwangerschaften

3.1.7. Angaben zu früheren Schwangerschaften

Bei 266 Frauen (49,8 %) trat die erste Schwangerschaft in der gleichen Partnerschaft ein. In 13,9 % (n = 74) der Fälle war ein anderer Partner der Vater. 79 Frauen (14,8 %) hatten in vorhergehenden Schwangerschaften eine Fehlgeburt erlitten, 17 Befragte (3,2 %) hatten zwei

Fehlgeburten, in zwei Fällen (0,4 %) gingen drei und einmal (0,2 %) vier Fehlgeburten der aktuellen Schwangerschaft voraus. Bei 102 Fragebögen (19,1 %) fehlte diese Angabe.

3.1.8. Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten (Parität)

151 (34,9 %) der Studienteilnehmerinnen, die bereits entbunden hatten, entbunden einmal spontan. 12,9 % (n = 56) hatten zwei und bei 4,4 % (n = 19) gingen drei Spontangeburt voraus.

77 (17,8 %) der befragten Schwangeren entbunden einmal per Sectio caesarea, neun Frauen (2,1 %) zweimal, das Maximum lag bei anamnestisch vier Kaiserschnitten (n = 0,2 %). Eine Extrauterin gravidität wurde bei fünf früheren Schwangerschaften (1,2 %) diagnostiziert. Bei neun Frauen (2,1 %) wurde in der Vorgeschichte eine Abruption vorgenommen. 102 Frauen (19,1 %) machten keine Angaben zu früheren Schwangerschaftsverläufen.

3.2. Vorteile der Entbindungsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt dar, wie die befragten Schwangeren die Gewichtung der positiven Kriterien vornahmen. Die Bewertungskategorien schlossen charakteristische Eigenschaften ein, die für den entsprechenden Entbindungsmodus sprechen können. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Items mittels der absoluten und relativen Häufigkeit ihrer Nennung durch die Schwangeren verglichen. In Abbildung 3.4 und 3.5 werden die Items entsprechend ihrer Bewertung übersichtlich graphisch dargestellt.

3.2.1. Beurteilung der vaginalen Geburt

Für die Mehrheit der befragten Schwangeren stand bei der Bewertung der vaginalen Entbindung die mögliche Anwesenheit des Partners im Vordergrund. 62,4 % (n = 333) der Befragten stimmten dem Kriterium voll zu. Auf dem zweiten Rang der bedeutendsten Vorteile wurde mit 61,4 % (n = 328) die Natürlichkeit des Geburtsmodus ermittelt. 49,4 % (n = 264) Frauen beurteilen das Geburtserleben als ausschlaggebendes Argument für die natürliche Geburt, dicht gefolgt von der besseren Mutter-Kind-Bindung, die 44,2 % (n = 236) voll bestätigten. Das Ausmaß der Zustimmung nahm beim Sicherheitsaspekt des Entbindungsmodus ab. 32,8 % (n = 175) Schwangere waren der Meinung, dass für eine vaginale Geburt die Sicherheit des Kindes spreche. Mit 31,6 % (n = 169) erlangte die Sicherheit der Mutter als Argument für den Entbindungsmodus die geringste Zustimmung. Die Anzahl der fehlenden

3. Ergebnisse

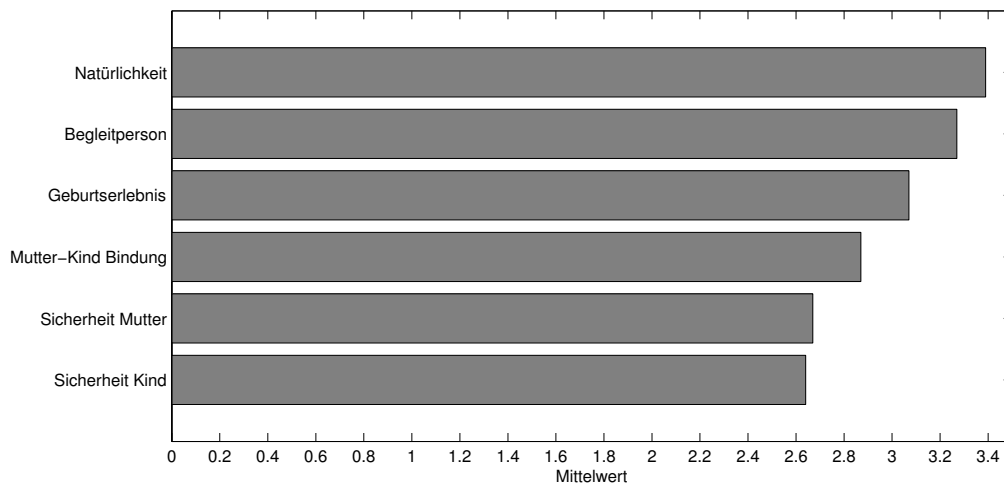


Abbildung 3.4.: Mittelwerte der Items „Vorteile der vaginalen Geburt“

Werte für die einzelnen Variablen schwankte zwischen 3,6 % (n = 19) und 5,6 % (n = 30).

3.2.2. Beurteilung der Sectio caesarea

Die höchste Zustimmung erlangte mit 30,5 % (n = 163) die Sicherheit des Kindes als Argument für die Sectio-Entbindung. Dagegen räumten 14,8 % (n = 79) der befragten Schwangeren dem Kriterium Sicherheit in diesem Zusammenhang keine Bedeutung ein und vergaben den niedrigsten Zustimmungswert „0“. Der Sicherheitsaspekt erhält in Bezug auf die Sicherheit der Mutter eine uneinheitliche Verteilung der Zustimmung. Während 24,0 % (n = 128) voll zustimmten, traf für 24,2 % (n = 129) die Aussage nur teilweise zu und 17,0 % (n = 91) lehnten den Sicherheitsaspekt der Mutter als Vorteil des Kaiserschnitts gänzlich ab.

Bei 18,7 % (n = 100) der Befragten spielte die mögliche Anwesenheit einer Begleitperson eine positive Rolle, sie stimmten voll zu. Demgegenüber lehnten 38,2 % (n = 204), also die größere Gruppe, das positive Argument Begleitperson für die Sectio ab. Ähnlich fiel die Verteilung für das Bewertungskriterium „kontrollierbares Schmerzereignis“ aus: 17,2 % (n = 92) stimmten zu und 32,2 % (n = 172) erachteten das Kriterium als nicht zutreffend. Nur 12,2 % (n = 65) der befragten Frauen erschien die Entbindung am Wunschtermin als entscheidender Vorteil des Kaiserschnitts, wohingegen die Mehrheit mit 60,5 % (n = 323) diesem Faktor keine Bedeutung gab.

10,1 % (n = 54) gaben an, dass für eine Geburt per Kaiserschnitt der Erhalt der Körperfunktionen spreche. Die Mehrheit lag mit 48,1 % (n = 257) bei den Befragten, die der Aussage nicht zustimmten. Das Schlusslicht der Entscheidungskriterien bildete der Erhalt der Äs-

thetik. Nur 3,4 % (n = 18) der Frauen empfanden die Ästhetik als ausschlaggebend für die Bewertung des Entbindungsmodus und 59,6 % (n = 318) lehnten „ästhetische Gründe“ als Vorteil der Sectio ab. Der Anteil der fehlenden Bewertungen lag zwischen 6,7 % (n = 36) und 9,9 % (n = 53).

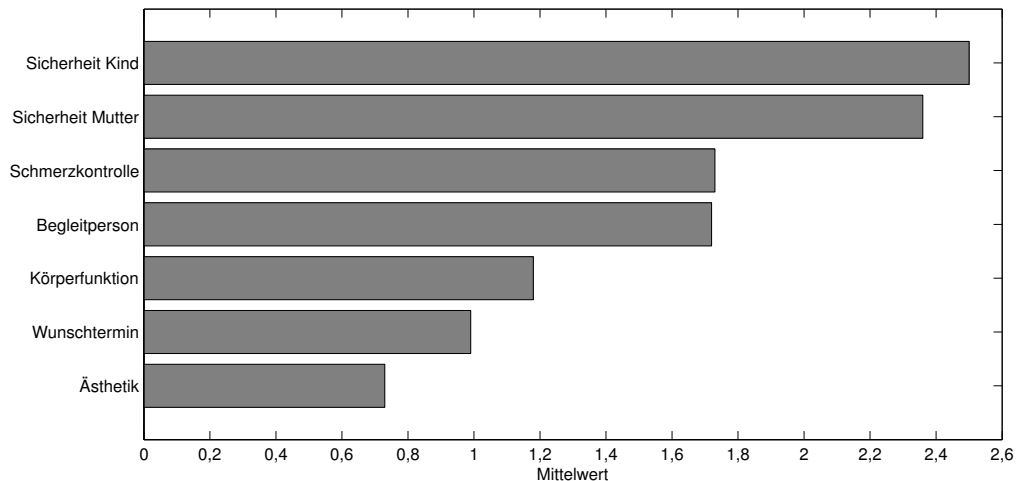


Abbildung 3.5.: Mittelwerte der Items „Vorteile des Kaiserschnittes“

3.3. Nachteile der Entbindungsarten

Die Ausführungen in diesem Teil der Ergebnisbeschreibung befassen sich mit den Items, die die Beurteilung der negativen Aspekte der vaginalen Entbindung und des Kaiserschnitts durch die Untersuchungsteilnehmerinnen erfassen. Die Bewertung der Kriterien durch die Befragten wird mittels relativer und absoluter Häufigkeiten dargestellt. Es folgt die graphische Darstellung der durch die Schwangeren vorgenommene Gewichtung der Items in den Abbildung 3.6 und 3.7

3.3.1. Beurteilung der vaginalen Geburt

16,9 % (n = 90) der Schwangeren stimmten mit der Aussage überein, dass die Schmerzen gegen eine Spontangeburt sprechen. 19,1 % (n = 102) der Befragten lehnten eine vaginale Geburt nicht aus Angst vor Schmerzen ab. Uneinheitlich äußerten sich die Studententeilnehmerinnen bezüglich einer möglichen Schädigung des Kindes unter der vaginalen Geburt. Zu etwa gleichen Teilen trifft die Aussage gar nicht oder nur teilweise mit jeweils 20 % (n = 107) und 21,7 % (n = 116) auf sie zu. Die unkontrollierbaren Schmerzen werden jedoch

3. Ergebnisse

als besonders negativer Aspekt der vaginalen Geburt gesehen. 12,4 % (n = 66) der Frauen unterstützen die These, dass mögliche Spätfolgen für das Kind gegen eine natürliche Geburt sprechen. Der Kontrollverlust während der Entbindung wurde von 11,2 % (n = 60) als Nachteil des Geburtsmodus gesehen, eine ähnlich große Gruppe von 11,4 % (n = 61) stimmte nur mäßig zu, auf 18,9 % (n = 101) traf die Aussage nicht zu. Gefolgt wurde das Kriterium „Kontrollverlust“ bei Betrachtung der maximalen Zustimmungswerte von den eventuellen maternalen Spätfolgen. 10,1 % (n = 54) hielten mögliche körperliche Schäden für einen entscheidenden Nachteil der vaginalen Entbindung. Auf die übrigen Frauen hatte die Angst vor Spätfolgen unterschiedlichen Einfluss: Jeweils 20 % (n = 107) gaben dem negativen Beurteilungskriterium keine oder eine eingeschränkte Bedeutung. Die folgenden zwei negativ assoziierten Aspekte wurden von den teilnehmenden Frauen nicht mehrheitlich bestätigt: 5,6 % (n = 30) der Frauen befürchteten nach vaginaler Entbindung negative Auswirkungen auf das Sexualleben, 30,1 % (n = 161) teilten diese Meinung nicht. Die Gefahr, während der Geburt Unästhetisches zu erleben, spielte für die Befragten eine geringere Rolle. Für 2,4 % (n = 13) war das Ästhetik-Argument zulässig, wohingegen sich der Großteil mit 44,6 % (n = 238) nicht gegen eine vaginale Geburt aufgrund ihres ästhetischen Empfindens entscheiden würde. Bei 24,2 % (n = 129) bis 26,6 % (n = 142) fehlten die Aussagen.

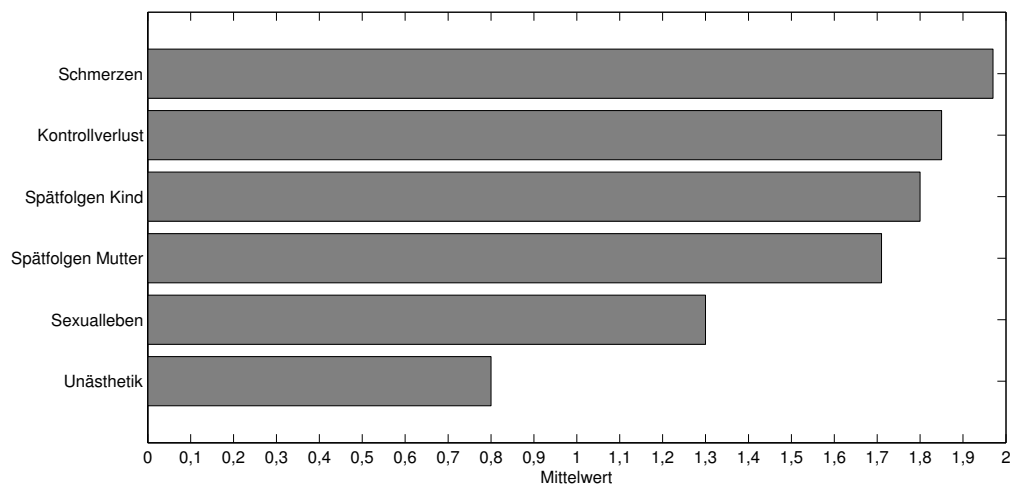


Abbildung 3.6.: Mittelwerte der Items „Nachteile der vaginalen Geburt“

3.3.2. Beurteilung der Sectio caesarea

Den größten Nachteil des Kaiserschnitts sahen die Befragten darin, dass es sich um einen operativen Eingriff handelt. Das negative Bewertungskriterium „OP“ erhielt in 35,2 % (n =

3. Ergebnisse

188) der Fälle volle Zustimmung. 25,7 % (n = 137) lehnten die Geburtsform wegen des zu erwartenden Wundschmerzes ab. Das Ausgeliefertsein beurteilten 19,5 % (n = 104) der Frauen als teilweise zutreffenden Nachteil und 18,0 % (n = 96) als voll zutreffenden Nachteil. Des Weiteren sollte zur möglicherweise beeinträchtigten Mutter-Kind-Bindung Stellung bezogen werden. 15,9 % (n = 85) bewerteten dies als berechtigte Sorge im Zusammenhang mit der Sectio-Entbindung, wohingegen eine größere Gruppe mit 21,7 % (n = 116) dem Argument keine Bedeutung zumaß. Körperliche Spätfolgen durch die Operation sprachen in den Augen von 10,3 % (n = 55) der Schwangeren gegen den Geburtsmodus. 21,3 % (n = 114) der Frauen stimmten dem nur teilweise zu. Aus Sicht der Schwangeren stellte die Gefahr der Schädigung des Kindes im Rahmen der Sectio keinen wesentlichen Nachteil dar. 10,3 % (n = 55) entschieden sich für die volle Übereinstimmung mit dem Kriterium. Ein vergleichbar großer Anteil der Befragten von 20,0 % (n = 107) und 21,2 % (n = 113) wählte die Optionen „trifft gar nicht zu“ und „trifft teilweise zu“. Die fehlenden Aussagen beliefen sich im aufgeführten Abschnitt auf 23,2 % (n = 124) bis 26,4 % (n = 141).

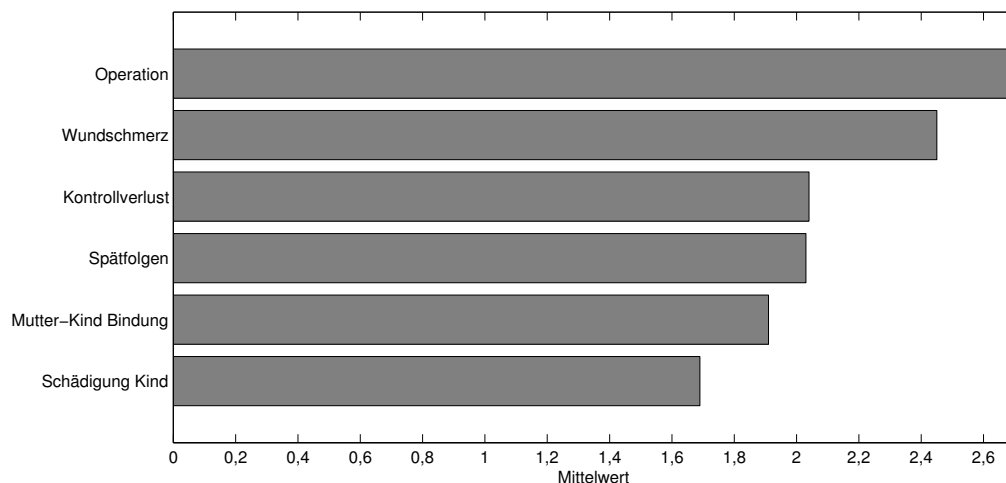


Abbildung 3.7.: Mittelwerte der Items „Nachteile des Kaiserschnittes“

3.4. Bewertung der Entbindungsarten in Abhängigkeit vom maternalen Alter

Um eine Aussage darüber treffen zu können, ob das maternale Alter die Übereinstimmung mit den postulierten Entscheidungskriterien beeinflusst, wurden zwei Altersgruppen gebildet und diese verglichen. Gruppe eins schloss Frauen mit einem Lebensalter von unter 35

Jahren ein (n = 298; 55,8%), Gruppe zwei entsprechend die Schwangeren mit einem Alter von mindestens 35 Jahren und älter (n = 234; 43,8%).

3.4.1. Signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien

Bei folgenden vier der 44 Items, das entspricht einem Anteil von neun Prozent, konnte ein signifikanter Unterschied bei der Bewertung der Entbindungsarten ermittelt werden:

- Gegen den Kaiserschnitt spricht eine mögliche Schädigung des Kindes.
- Für die vaginale Entbindung spricht die Sicherheit des Kindes.
- Für die vaginale Entbindung spricht die Mutter-Kind-Bindung.
- Gegen die vaginale Entbindung spricht die Unästhetik.

Die Signifikanzwerte lagen für diese Kriterien jeweils $< 0,05$ und sind damit als signifikant unterschiedlich aus der Untersuchung hervorgegangen. Die abweichende Prioritätensetzung der Frauen in den beiden Altersgruppen spiegelte sich in der Differenz der Mittelwerte wieder. Die maximale Differenz betrug für den Nachteil der Sectio „Schädigung des Kindes“ 0,46 wobei die jüngeren Schwangeren dem Aspekt mit 1,89 eine höhere Wertigkeit gaben als die Frauen der durchschnittlich älteren Gruppe zwei mit 1,43. Die Differenz der Mittelwerte der beiden positiven Kriterien „Mutter-Kind-Bindung“ und „Sicherheit des Kindes“ konnte auf 0,32 beziffert werden. Mit einer Differenz des Mittelwertes von 0,28 ging die Eigenschaft des vaginalen Entbindungsmodus „Unästhetik“ als kleinster Wert aus der Analyse hervor. Die einzelnen Signifikanz- und Mittelwerte der Gruppen eins und zwei im Vergleich können Tabelle 3.1 entnommen werden. Wird mit Hilfe der Bonferroni-Korrektur die Alphafehler-Kumulierung neutralisiert, so ist nur eines der vier Items als signifikant zu werten. Demnach zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei der Bewertung der Aussage, dass gegen einen Kaiserschnitt die mögliche Schädigung des Kindes spricht. Jüngere Frauen stimmten dieser Aussage wie oben bereits dargestellt mehr zu.

3.4.2. Nicht signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien

In Tabelle 3.2 und Tabelle 3.3 werden zur Vervollständigung der Ergebnisdarstellung die nicht signifikant unterschiedlich gewerteten Items aufgeführt. Wie aus beiden Tabellen ersichtlich streuten die berechnete Differenz der Mittelwerte zwischen 0,02 und 0,38. Die Signifikanzanalyse der Unterschiede in der Priorisierung der Items ergab mit Zahlenwerten

3. Ergebnisse

zwischen 0,051 bis 0,899. Die Werte lagen stets über 0,05, so dass bei diesen Items keine als signifikant zu beurteilenden Bewertungsdifferenzen festgestellt werden konnten.

Tabelle 3.1.: Signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien

| Item | Signifi- kanz | Mittelwerte | | Differenz der Mittelwerte |
|---|------------------|--|--|------------------------------|
| | | Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | Standardabweichung Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | |
| Gegen Sectio: Schädigung Kind | 0,001 | 1,89 | 1,40 | 0,46 |
| | | 1,43 | 1,27 | |
| Für vaginale Entbindung: Sicherheit Kind | 0,006 | 2,79 | 1,27 | 0,32 |
| | | 2,47 | 1,31 | |
| Für vaginale Entbindung: Mutter/Kind-Bindung | 0,007 | 3,02 | 1,25 | 0,32 |
| | | 2,70 | 1,45 | |
| Gegen vaginale Entbindung: Unästhetik | 0,017 | 0,92 | 1,18 | 0,28 |
| | | 0,65 | 1,09 | |

Tabelle 3.2.: Nicht signifikant unterschiedlich bewertete positive Kriterien

| Item | Signifi- kanz | Mittelwerte | | Differenz der Mittelwerte |
|---|------------------|--|--|------------------------------|
| | | Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | Standardabweichung Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | |
| Für vaginale Entbindung: Geburtserlebnis | 0,427 | 3,10 | 1,19 | 0,09 |
| | | 3,02 | 1,25 | |
| Für vaginale Entbindung: Natürlichkeit | 0,360 | 3,43 | 0,94 | 0,08 |
| | | 3,34 | 1,08 | |
| Für vaginale Entbindung: Begleitperson | 0,396 | 3,31 | 1,19 | 0,09 |
| | | 3,21 | 1,24 | |
| Für vaginale Entbindung: Sicherheit Mutter | 0,137 | 2,75 | 1,28 | 0,17 |
| | | 2,58 | 1,20 | |
| Für Sectio: Wunschtermin | 0,051 | 1,10 | 1,58 | 0,27 |
| | | 0,84 | 1,44 | |
| Für Sectio: Ästhetik | 0,330 | 0,77 | 1,15 | 0,10 |
| | | 0,67 | 1,17 | |
| Für Sectio: Schmerzkontrolle | 0,558 | 1,76 | 1,51 | 0,08 |
| | | 1,68 | 1,56 | |
| Für Sectio: Sicherheit Mutter | 0,333 | 2,28 | 1,44 | 0,17 |
| | | 2,46 | 2,48 | |
| Für Sectio: Sicherheit Kind | 0,538 | 2,47 | 1,43 | 0,08 |
| | | 2,55 | 1,38 | |
| Für Sectio: Begleitperson | 0,096 | 1,89 | 3,07 | 0,38 |
| | | 1,50 | 1,59 | |
| Für Sectio: Körperfunktion | 0,089 | 1,27 | 1,47 | 0,22 |
| | | 1,05 | 1,39 | |

3. Ergebnisse

Tabelle 3.3.: Nicht signifikant unterschiedlich bewertete negative Kriterien

| Item | Signifi- kanz | Mittelwerte Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | Standardabweichung Gruppe 1 (< 35 Jahre) Gruppe 2 (≥ 35 Jahre) | Differenz der Mittelwerte |
|---|------------------|---|--|------------------------------|
| Gegen vaginale Entbindung: Schmerzen | 0,574 | 1,93 2,02 | 1,48 1,51 | 0,08 |
| Gegen vaginale Entbindung: Spätfolgen | 0,695 | 1,69 1,74 | 1,35 1,39 | 0,05 |
| Gegen vaginale Entbindung: Sexualleben | 0,360 | 1,36 1,24 | 1,27 1,36 | 0,12 |
| Gegen vaginale Entbindung: Spätfolgen Kind | 0,464 | 1,76 1,86 | 1,42 1,41 | 0,11 |
| Gegen vaginale Entbindung: Kontrollverlust | 0,585 | 1,89 1,81 | 1,40 1,45 | 0,08 |
| Gegen Sectio: OP | 0,899 | 2,68 2,66 | 1,53 1,54 | 0,02 |
| Gegen Sectio: Wundschmerz | 0,870 | 2,44 2,47 | 1,44 1,45 | 0,03 |
| Gegen Sectio: Kontrollverlust | 0,579 | 2,08 1,99 | 1,44 1,49 | 0,09 |
| Gegen Sectio: Spätfolgen | 0,184 | 2,11 1,92 | 1,35 1,47 | 0,19 |
| Gegen Sectio: Mutter-Kind-Bindung | 0,051 | 2,04 1,75 | 1,48 1,55 | 0,29 |

4. Diskussion

Der Anstieg der Kaiserschnittraten ist - das zeigen frühere Studien ebenso wie diese Arbeit - nur zu einem geringen Anteil durch die Wünsche der schwangeren Frauen bedingt [33, 44, 45]. Die Auswertung des Geburtsmodus-Beurteilungsbogen im Rahmen dieser Studie ergab, dass der Großteil der befragten Schwangeren eine natürliche vaginale Geburt bevorzugt und bei diesem Entbindungsmodus die Anwesenheit einer Begleitperson sowie das aktive Geburtserleben als sehr wichtig erachtet. Planbarkeit eines Kaiserschnittes und Bestimmung eines Wunschtermins sowie ästhetische Gesichtspunkte waren für die Befragten keine wichtigen Kriterien. Die negative Einstellung gegenüber dem operativen Eingriff und dem resultierenden Wundschmerz fielen bei der Beurteilung der Sectio caesarea besonders ins Gewicht.

4.1. Natürlichkeit

Die Natürlichkeit der vaginalen Geburt geht als besonders bedeutendes Kriterium aus der Untersuchung hervor. 61,4 % (n = 328) der schwangeren Frauen gaben dem Item höchste Priorität und bestätigten das Gesamtergebnis der Studie: Schwangere Frauen wollen auch zu Gunsten möglicher anderer Vorteile nicht in den von der Natur vorgesehenen Geburtsablauf eingreifen lassen.

Die Geburtshilfe schwangerenfreundlich zu gestalten bedeutet, diesen Wunsch der Gebärenden nach Natürlichkeit und Achtung der physiologischen Geburtsprozesse zu respektieren. Erkenntnisse aus der Geburtsphysiologie legen mit dem Adrenalin-Oxytocin-Antagonismus ein Erklärungsmodell für das Bedürfnis nach Ruhe und Geborgenheit vor. Oxytocin, endogene Opioide, Prolaktin und Vasopressin beeinflussen über die Hypothalamus-Hypophysen-Achse maßgeblich Geburtsverlauf und emotionales Befinden. Die Missachtung von Grundbedürfnissen unter der Geburt trägt zum Anstieg der Sectioraten bei [72]. Die Schaffung einer Atmosphäre ohne Aufregung mit dem Ziel das Stressniveau im Umfeld der Gebärenden niedrig zu halten ist eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Hebammen-

betreuung. Auch in der klinischen Geburtshilfe ist laut Leitlinie der DGGG zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme, die Mitarbeit von Hebammen unverzichtbar [20]. Die Bewahrung von Natürlichkeit im Rahmen einer Klinikgeburt kann neben der Anpassung des Umfeldes (Integration paramedizinischer Methoden zur Entspannung wie Musik oder Aromatherapie), durch die Beteiligung aller in der Geburtshilfe tätiger Berufsgruppen erreicht werden. Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft hat sich als positiver Einflussfaktor in Bezug auf die Zufriedenheit der Schwangeren herausgestellt, zudem konnte bei diesen Frauen eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine Schnittentbindung ermittelt werden [47, 92]. Der Hebammenkreißaal vereint die Bedürfnisse Natürlichkeit und Sicherheit. Neben ärztlich geleiteten Kreißsälen etablierten sich bereits Anfang der 1990er Jahre hebammengeleitete Abteilungen in Skandinavien, Großbritannien und Australien [4]. In Deutschland existieren aktuell zehn so genannte Hebammenkreißsäle. Dort werden Schwangere eigenverantwortlich von Hebammen betreut und bei Auftreten von Komplikationen an den ärztlich geführten Kreißaal übergeben. Ein- und Ausschlusskriterien, die interdisziplinär von Hebammen, ärztlichen Geburtshelfern und Neonatologen erarbeitet wurden, regeln die Bedingungen für eine Entbindung im hebammengeleiteten Kreißaal. Diese Option bietet für die Gruppe gesunder Schwangerer ohne Risikofaktoren die Möglichkeit in einem medizinisch abgesicherten Rahmen möglichst natürlich und von einer Hebamme betreut zu entbinden. In der außerklinischen Geburtshilfe finden die Gebärenden dabei das, was sie in der klinischen Geburtshilfe oft vermissen: Ganzheitliche Betrachtung und Betreuung des Geburtsprozesses, kontinuierliche Anwesenheit einer Hebamme und Eingehen der Hebamme auf die spezifischen Bedürfnisse der Gebärenden. Klinische Studien belegen die Effektivität des Versorgungskonzeptes bei gutem maternalen und kindlichen Outcome [6, 46, 70]. Eine Betreuung gesunder schwangerer Frauen ausschließlich durch Hebammen führt zu guten klinischen Ergebnissen sowie zu einer höheren Zufriedenheit mit ihrer Geburtserfahrung hinsichtlich Information, Wahlfreiheit und Kontinuität [4, 47, 48, 70]. Ein bis zwei Prozent der schwangeren Frauen in Deutschland - Tendenz steigend - planen, ihr Kind außerklinisch zu gebären. Aus der Statistik der Arbeitsgemeinschaft „Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe“ (QUAG e.V.) geht ein steigender Trend vor allem der Schwangeren mit einem Zustand nach Sectio hervor. Bei ihnen führen neben den oben genannten Gründen zusätzlich schlechte, enttäuschende oder traumatisierende Geburtserfahrungen zur Bevorzugung einer interventionsarmen, also natürlicheren Geburtshilfe [59]. Die Sicherheit der außerklinischen Geburt bei Low-Risk Schwangeren wurde in Studien

gezeigt und wird in Ländern, die der Hebammen-Vorsorge mehr Gewicht einräumen als Deutschland, um ein Vielfaches häufiger praktiziert. Klinikärzte haben durch ihre Erfahrung mit Patientinnen, die nach einer abgebrochenen Hausgeburt als Notfälle behandelt werden müssen, oft ein negativ geprägtes Bild von dieser Entbindungsart. Es kommt erschwerend hinzu, dass der Rat erfahrener Kollegen in der Geburtshilfe eher die Handlungsgrundlage bildet als evidenzbasierte Forschungsergebnisse, wodurch individuelle Erfahrungen langfristig in die Entscheidungsfindung eingehen [74, 76, 104]. Gleiches gilt für die Eltern: Die hohe Kaiserschnittquote vieler Kliniken birgt die Gefahr, dass Eltern, um eine Kaiserschnittgeburt sicher zu verhindern, risikobereiter werden und auch unter nicht Low-Risk Bedingungen eine außerklinische Geburt zu forcieren versuchen. Um die geschilderte Problematik zu verhindern sollte die Wahl der Geburtseinrichtung schon zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerenberatung thematisiert werden und diesbezügliche Wünsche und Ängste ernst genommen werden.

4.2. Begleitung

62,4% (n = 333) der befragten Schwangeren räumen der Anwesenheit der Begleitperson einen sehr hohen Stellenwert ein. Sie belegen damit die Wichtigkeit eines familienfreundlichen, vertrauensvollen Geburtsambientes. Die meisten Frauen empfinden es als hilfreich, wenn der Partner sie bei der Geburt begleitet [77]. Die Anwesenheit des Partners oder einer Begleitperson vermittelt der Gebärenden Vertrautheit und Geborgenheit. Zusätzlich spielt die Stärkung durch Nähe und Kontakt während der Wehen eine wichtige Rolle. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit einer frühen Vater-Kind-Bindung und die Stärkung der Beziehung der Eltern. Der Partner gibt wertvolle Unterstützung, vorausgesetzt er verfügt neben nötiger Sachinformation zum Ablauf der Geburt und möglichen medizinischen Interventionen auch über psychologische Vorbereitung, um die Gebärende emotional während der Wehen zu begleiten.

Die Teilhabe der Männer an einem vormals den Frauen vorbehaltenem Terrain beeinflusst aber auch den Geburtsverlauf. Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen der gestiegenen Kaiserschnittquote und der Anwesenheit der Väter bei der Geburt [71]. Ein Erklärungsversuch besteht darin, dass Männer häufig durch ihre rationale Herangehensweise eine Technisierung und Medikalisierung der Geburt begünstigen und ihre Frauen in diese Richtung beeinflussen. Diese entscheiden sich - wie die Untersuchungen zeigen - schneller für Schmerzmittel und zum Kaiserschnitt, wenn der Partner anwesend ist. Partnergesprä-

che oder Partnerseminare geben werdenden Vätern die Möglichkeit, sich über die Geburt zu informieren und sich mit Verhaltensweisen und Reaktionsmustern von Gebärenden vertraut zu machen. In den Geburtsvorbereitungskursen wird auf die Teilhabe der Männer reagiert und es werden entsprechende Kurseinheiten mit Partner oder nur für Männer ergänzt. Dieses Angebot ist eine wichtige Reaktion auf die häufig gewordene Anwesenheit von Männern im Kreißsaal und wird laufend weiterentwickelt.

4.3. Geburtserlebnis

Die Hälfte (49,4 %, n = 264) der befragten Schwangeren stimmen voll mit der Aussage überein, dass das Geburtserlebnis für den vaginalen Entbindungsmodus spricht, 19,3 % (n = 103) stimmen dem teilweise zu.

Ein positives Geburtserlebnis gibt einer Frau das Gefühl, etwas Bedeutendes geleistet zu haben. Es erfüllt sie mit Stolz und trägt zu einem hohen Selbstwertgefühl bei. All das sind gute Voraussetzungen für die hormonelle Umstellung in der Wochenbettperiode. Die häufige Ansicht unter Frauen, dass das Geburtserlebnis eine zentrale Lebenserfahrung als Frau darstelle, baut aber auch gesellschaftlich Druck auf, da sich Frauen, die dem aktiven Erleben der Geburt keinen so großen Stellenwert einräumen oder wenn aus medizinischen Gründen eine Sectio caesarea indiziert ist, sich minderwertig oder diskriminiert fühlen können.

Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Geburtserlebnis ist Studien zufolge insbesondere nach einfacher vaginaler Geburt oder nach geplanter Sectio gegeben [88]. Information, Kommunikation, Wahlmöglichkeit, Kontinuität der Betreuung und persönliche Kontrolle sind demnach Kriterien, die das Geburtserleben und die Zufriedenheit mit der Geburtsbetreuung beeinflussen [4, 46–48].

Voraussetzung für eine aktive Geburt und die daraus resultierende Zufriedenheit ist eine gute psychische Verfassung. In einer schwedischen Studie [45] wurde gezeigt, dass nur 8,2% der schwangeren Frauen, die sich zur Vorsorge vorstellten, einen Kaiserschnitt der Spontangeburt vorziehen würden. Jene Frauen neigten aber auch häufiger zu Depressionen und waren schneller beunruhigt. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass einem Wunsch nach Schnittentbindung häufig andere Probleme zu Grunde liegen, die es zu detektieren und adäquat zu behandeln gilt. Sprechen Schwangerschaftsverlauf oder individuelle Risikofaktoren gegen eine vaginale Entbindung, so kann eine geplante Sectio große Erleichterung verschaffen, und Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis wird in vergleichbarem Maße wie bei einer Spontangeburt erzielt. In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass ne-

gative Geburtserlebnisse zu Enttäuschung, Frust, Ärger und Schmerz führen oder gänzlich verdrängt werden können. Dadurch wird die Entstehung von psychischen Erkrankungen wie der PTSD begünstigt [11, 60]. Die Verarbeitung und Bewertung des Geburtserlebnisses ist ein nicht zu vernachlässigender Bestandteil des Wochenbettes. Hebammen und Ärzte können der Mutter dabei schon frühzeitig im Rahmen der Nachsorge unterstützend zu Seite stehen und eventuelle Probleme rechtzeitig erkennen. Insofern bestätigt diese Arbeit die Bedeutung der frühzeitigen Detektierung von maternalen Risikofaktoren um gegebenenfalls eine elektive Sectio in Bezug auf das Geburtserlebnis der Spontangeburt vorzuziehen.

4.4. Sicherheit des Kindes

Mit 30,5 % voller Zustimmung und 21,2 % teilweiser Zustimmung geben die Frauen der Sicherheit des Kindes die höchste Priorität aller Bewertungskriterien, die für eine operative Schnittentbindung sprechen können.

Das Bedürfnis der werdenden Eltern nach Sicherheit und Kontrolle ist stark gestiegen, wie auch der Stellenwert, den die befragten Schwangeren dem Sicherheitsaspekt im Fragebogen beimessen, verrät [5]. Hier kommt einer umfassenden ärztlichen Aufklärung unter Einbeziehung der individuellen Risikofaktoren einer Schwangeren große Bedeutung zu, denn es kann (wie im Abschnitt 1.4.2 ausführlich dargestellt) durch die aktuelle Studienlage nicht bestätigt werden, dass eine geplante Sectio generell sicherer für das Kind ist. Mütter würden zum Wohl der Gesundheit des Kindes ein Operationsrisiko in Kauf nehmen. Es bedarf also einer genauen Abklärung, ob der erhoffte Benefit für das Kind zu erwarten ist. Eine höhere Sicherheit lässt sich bei beiden Geburtsmethoden durch die Vermeidung menschlicher Fehler erreichen. Die anonyme Meldung von Fehlern zur Evaluation und Mitarbeiterschulung ist ein Verfahren im Qualitätsmanagement, welches in der Geburtshilfe von großem Nutzen wäre. Gesicherte Maßnahmen zur Risikoprävention bestehen in der Optimierung der Teamarbeit, der Entscheidungsqualität und der Kommunikation innerhalb der geburts-hilflichen Abteilung [89].

4.5. Schmerzen

16,9 % (n = 90) der Frauen empfinden die zu erwartenden Schmerzen als sehr großen Nachteil und nur 19,1 % (n = 102) sind nicht der Meinung, dass die Schmerzen gegen den Entbindungsmodus sprechen.

Im Verlauf der Schwangerschaft gehört es zum normalen Vorbereitungsprozess, dass die Frau ein gewisses Maß an Ängsten und Befürchtungen bezüglich der zu erwartenden Schmerzen im Rahmen einer natürlichen Geburt entwickelt. Wie unterschiedlich stark diese ausgeprägt sein können zeigt das divergierende Meinungsbild der befragten Schwangeren. Die erlebten Schmerzen sind eng mit dem Geburtserlebnis verknüpft und sind eine Mitvoraussetzung für das sich an die Geburt anschließende Hochgefühl [62]. Es gilt die individuelle Belastbarkeitsgrenze der Gebärenden richtig einzuschätzen, denn starke Schmerzen bergen die Gefahr, Angst und Anspannung zu verstärken, was zu einer körperlichen Stressreaktion mit Panik und Hyperventilation führen und den Fortgang des Geburtsablaufes stark beeinträchtigen oder verhindern kann [84].

Aktuell entbinden ca. 60 % der Frauen bei Spontangeburt mit PDA [29, 49]. Deren Vorstellung und Besprechung ist häufiger Bestandteil in den Geburtsvorbereitungskursen [65]. Es handelt sich zwar um einen im Vergleich zur Sectio wenig invasiven Eingriff, dennoch hat die Frau auch bei diesem inzwischen gängigen Verfahren zur Schmerzbekämpfung das Recht auf vollständige Aufklärung über die Nebenwirkungen und möglichen Auswirkungen auf den weiteren Geburtsverlauf. Trotz der beeinträchtigten emotionalen Verfassung durch Wehenschmerz und Geburtshergang muss versucht werden, die Gebärende auch unter der Geburt adäquat zu informieren. Es sollte verhindert werden, dass eine PDA eingesetzt wird, bevor eine weniger invasive Möglichkeiten der Schmerzerleichterung angeboten und sichergestellt wurde, dass nicht generelle Geburtsängste dem Wunsch nach PDA zu Grunde liegen. Angst vor Schmerzen ist der häufigste Grund für den Wunsch einer Schwangeren nach Kaiserschnitt [67, 83, 86]. Angst und Scham unter der Geburt sollte primär mit persönlicher psychologischer Betreuung und Wahrung der nötigen Intimsphäre begegnet werden. Die Leitlinie der DGGG mit der Option einer psychologischen Indikationsstellung zur Sectio gibt weiterhin Anlass zu kritischer Hinterfragung. Kritikpunkt an dieser Empfehlung ist die Legitimierung eines operativen Eingriffes mit Angstgefühlen. Der Bund deutscher Hebammen e.V. (BDH) lehnt die Sectio auf Wunsch gänzlich ab und wirft Medizinern vor, die Ängste der Schwangeren vor der vaginalen Geburt noch zu verstärken. Der ver-

meintlich genau geplante Kaiserschnitt suggeriere, eine natürliche Entbindung sei riskant und voller Unsicherheiten.

25,7% (n = 137) der Frauen werten den Wundschmerz als Nachteil der Schnittentbindung, im Vergleich sehen aber nur 16,9% (n = 90) in den Schmerzen einen Nachteil der natürlichen Geburt. Die Schwangeren schätzen die postoperativen Schmerzen also realistisch ein und ziehen diese nicht dem Wehenschmerz vor. Häufig wird im Vergleich der beiden Entbindungsarten vernachlässigt, dass die Schnittentbindung zwar während der Operation und direkt im Anschluss aufgrund der eingesetzten Narkose und Schmerzmedikation nicht schmerzhaft ist, aber der Wundschmerz die Frauen postoperativ sehr beeinträchtigen kann. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die teilnehmenden Schwangeren den Wundschmerz nicht bagatellisieren, sich aber auch nicht von ihm abschrecken lassen. Studien haben ergeben, dass Frauen nach Kaiserschnitt länger im Krankenhaus bleiben. Zudem ist die Wiederaufnahmerate, zum Beispiel wegen Infektionen oder Wundheilungsstörungen höher [15]. Diese Informationen sollten schwangere Frauen im Rahmen des möglichst umfangreichen präoperativen Aufklärungsgespräches erhalten, um sich ein komplettes Bild des postoperativen Verlaufes in Bezug auf die Schmerzen und die eventuell verzögerte Entlassung machen zu können.

4.6. Kontrollverlust

Die in der vorliegenden Studie befragten Schwangeren befürchten Kontrollverlust mit 18,0% (n = 96) eher bei der Sectio caesarea als bei der natürlichen Geburt mit 11,2% (n = 60). 18,9% (n = 101) lehnen die Aussage, dass gegen eine Spontangeburt der Kontrollverlust spricht gänzlich ab.

Die Angst vor dem Ausgeliefertsein unter der Geburt lässt sich teilweise soziokulturell begründen: In der westlichen Kultur ist es nicht üblich, Gefühlen freien Lauf zu lassen, und es ist ungewohnt für westliche Frauen, wenn ihnen die Kontrolle über sich während der Geburt entgleitet [34]. Aus Sicht der Schwangeren kann sich der Kontrollverlust in zweierlei Weisen äußern: Zum einen wie beschrieben, unter der Macht der Geburtswehen den Emotionen freien Lauf zu lassen, und zum anderen im Rahmen der medikalisierten Geburt dem medizinischen Personal die Kontrolle über das Vorgehen zu überlassen. Um den durch die Gebärenden empfundenen Kontrollverlust bei der operativen Entbindung möglichst gering zu halten, können im Vorfeld und bei der Durchführung vielerlei Maßnahmen, wie auch im noch folgenden Abschnitt „4.8 Operativer Eingriff“ dargestellt, ergriffen werden. Es trägt

entscheidend zur Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis bei, wenn der Kontrollverlust minimiert wird, und die Frau auch während der Wehen selbstbestimmt und intuitiv agieren kann, solange sich keine Komplikationen im Geburtsverlauf abzeichnen [37, 38]. Der Kontrollverlust während der Geburt enthält auch eine gewünschte physiologische Komponente, die durch die Reduktion der neokortikalen Aktivität während des Geburtsvorganges bedingt ist [73]. Um den Geburtsverlauf nicht zu stören, sollten unnötige neokortikale Stimuli wie Sprache, Licht und das Gefühl, beobachtet zu werden, vermieden werden [73]. Entsprechend dem Bedürfnis der Frau nach Selbstbestimmung, ihren intellektuellen Fähigkeiten und ihrem individuellen Geburtsrisiko muss der Rahmen bestimmt werden, innerhalb dessen eine freie Gestaltung ermöglicht wird. Auf diese Weise bleibt die nötige Kontrolle auf ärztlicher Seite erhalten, und dennoch kann die Frau aus vorhandenen Möglichkeiten auswählen, ohne dabei fremdbestimmt zu sein.

4.7. Spätfolgen

Das mögliche Gesundheitsrisiko für das Kind durch eine natürliche Geburt wird immer wieder als Argument gegen eine Spontangeburt genannt. 12,4 % der befragten Frauen stimmen voll zu, aber 20,0 % lehnen diese Begründung als Nachteil der natürlichen Geburt ab, 21,7 % lehnen teilweise ab. Insofern ist dieser Aspekt aus Sicht der Befragten nicht als abschreckender Nachteil des Entbindungsmodus zu werten.

Als maternale Spätfolge wird der negative Einfluss auf das postpartale Sexualleben von 5,6 % befürchtet und entkräftet diesen Aspekt, der in der Laienpresse als tabuisierter Beweggrund gegen die natürliche Geburt hervorgehoben wird.

Der Mechanismus der Beckenbodenschwäche ist in Hinblick auf den Entbindungsmodus noch nicht hinreichend erforscht, um daraus eindeutige Handlungslinien für die geburts-hilfliche Praxis abzuleiten. Es handelt sich sowohl bei dem Prolaps der Beckenorgane als auch bei der Harn- und Stuhlinkontinenz um multifaktorielle Probleme. Neben dem Einfluss der Geburtswehen und der Geburtsmethode spielen ethnische Herkunft, genetische Prädisposition und die Parität eine Rolle. Ursächlich ist der unterschiedliche Kollagengehalt in den Gewebestrukturen [7, 17, 106]. Die Angst vor Beckenbodenschäden bei natürlicher Entbindung lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausreichend wissenschaftlich untermauern, und eine elektive Sectio als prophylaktische Maßnahme gilt als obsolet. Fünf bis sieben Frauen müssten statistisch gesehen operativ entbinden um eine von ihnen dadurch vor einem Beckenbodenschaden sicher schützen zu können [64].

Bei der Gewichtung der Nachteile der Sectio ergibt sich, dass mit 13,9 % (n = 74) nur wenige Frauen die langfristigen Folgen der Schnittentbindung befürchten. Das kann Ausdruck einer bestehenden Informationslücke bezüglich der Risiken für folgende Schwangerschaften und Geburten, die in Abschnitt 1.4.3 aufgeführt werden, sein.

Neben den Ausführungen in Abschnitt 1.4.2 zu den neonatalen Risiken bei Sectio-Entbindung mehrten sich Hinweise für neuentdeckte Assoziationen zwischen Kaiserschnittgeburt und gesundheitlichen Risiken im weiteren Lebensverlauf. Der Geburtsmodus „Sectio“ wird mit einer erhöhten Prävalenz an atopischem Asthma und mit einer verzögerten Etablierung der intestinalen Mikroflora assoziiert [52]. Kinder nach Sectio haben ein höheres Risiko für Diarrhoe, gastrointestinale Beschwerden und Sensibilisierung gegen Nahrungsmittelallergene [12]. Außerdem haben Kinder, die durch eine elektive Sectio bereits in SSW 37-38 geboren wurden, im Vergleich zu termingeborenen Kindern ein höheres Risiko für Leseschwierigkeiten (6,5 % versus 4,3 %) und Schreibprobleme (6,0 % versus 4,0 %) im Alter von zehn Jahren [55]. Epidemiologische Zusammenhänge dieser Art müssen weiter ergründet werden, um ihre mögliche Bedeutung für die medizinische Praxis abschätzen zu können.

4.8. Operativer Eingriff

35,2 % (n = 188) der teilnehmenden Schwangeren sind der Ansicht, dass der operative Eingriff gegen den Entbindungsmodus Kaiserschnitt spricht.

Obwohl häufig von der „sanften Sectio“ die Rede ist (gemeint ist die Misgav-Ladach-Methode, bei der weniger geschnitten und mehr stumpf präpariert und gedehnt wird), kommt es zu einer Eröffnung der Bauchhöhle mit Durchtrennung aller Schichten der Bauchwand und den damit verbundenen Risiken. Neben der Angst vor Komplikationen spielen die Verursachung einer möglicherweise vermeidbaren Narbe sowie die mit der Narkose verbundene Passivität und der bereits erläuterte Kontrollverlust eine Rolle. Auch der gesellschaftliche Druck, nicht per Operation als vermeintlich einfachere aber folgenreichere Methode zu entbinden, trägt zur Ablehnung bei [65].

Der Kaiserschnitt ist die am häufigsten durchgeführte Laparatomie und ein operativer Eingriff, der stetig sicherer wird. Dennoch bleiben die Vorbehalte seitens der Schwangeren und der Gesellschaft bestehen. Da die meisten schwangeren Frauen heute im Schwangerschaftsverlauf mit dem operativen Entbindungsmodus konfrontiert werden, weil sie selbst einer Risikogruppe zugeordnet werden oder weil der Entbindungsmodus im Umfeld thematisiert wird, sollte jede Schwangere über wesentliche Informationen zu beiden Entbindungs-

arten verfügen. Es gehört zu den ärztlichen Pflichten, bei der Schwangerenberatung rechtzeitig zu thematisieren, wo und von wem Geburtshilfe geleistet werden soll [20]. Bereits im ersten Trimenon entsteht wie eine Untersuchung belegt bei den Schwangeren die Geburtsmoduspräferenz [43]. Parallel dazu findet die medizinische Validierung und entsprechende Einstufung in eine High-Risk oder Low-Risk Gruppe statt. Dementsprechend kann frühzeitig eine risikoangepasste Versorgung und Vorbereitung angeboten werden.

Der Geburtsvorbereitungskurs bietet das ideale Setting, um neben den bisher üblichen Inhalten zum natürlichen Entbindungsmodus auch das Basiswissen zum Kaiserschnitt zu vermitteln. Im Rahmen des Kurses müssen beide Entbindungsmethoden gleichwertig und neutral dargestellt werden, um notwendige operative Entbindungen nicht durch emotionale Vorbelastungen zu erschweren. Gleichzeitig erhalten Frauen, die sich mit dem Gedanken tragen, eine elektive Sectio durchführen zu lassen, so ein realistisches Bild der zu erwartenden Nachteile. Darüber hinaus sollten ergänzend Geburtsvorbereitungskurse für die geplante Sectio-Entbindung angeboten werden, die speziell an die Bedürfnisse der Frauen mit frühzeitig indizierter Schnittentbindung angepasst sind. Mögliche Inhalte dieser vorgeburtlichen Schulungen wären zum Beispiel:

- Information über die verschiedenen Sectio-Methoden und deren Vor- und Nachteile,
- Anästhesie-Verfahren und Schmerzmedikation,
- postoperative Rekonstitution und Besonderheiten beim Stillen,
- Auswirkungen des Geburtsmodus auf weitere Schwangerschaften und Geburten.

Es sollte im Sinne der Patientenautonomie auf die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung bei der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt hingewiesen werden. Rückbildungsgruppen für Frauen speziell nach Kaiserschnittgeburt runden ein geburtshilfliches Konzept ab, das der hohen Sectiofrequenz Rechnung trägt und die betroffenen Frauen entsprechend begleitet.

Obwohl sich im Ablauf der Schnittentbindung viel zu Gunsten der Patientinnen geändert hat, bleibt weiterhin Verbesserungsbedarf, was die Familienfreundlichkeit des Entbindungsmodus betrifft. Um zu verhindern, dass die Mutter-Kind-Beziehung, der Stillbeginn oder die väterliche Teilhabe gefährdet werden, wie es von den Schwangeren auch in der vorliegenden Studie befürchtet wird, können folgende Umsetzungsbeispiele realisiert werden [36]:

- Vorbereitung und Information mittels Fotos und Videos aus Operationssälen, um die Angst vor dem Unbekannten zu mindern,
- Erarbeitung eines individuellen Entbindungsplans zur Orientierung,
- Räume für den präoperativen Aufenthalt ausschließlich für Kaiserschnittmütter, Ausgestaltung des Operationssaals mit möglichst angenehmen Farben, Aromen und entspannender Hintergrundmusik sowie
- Versorgung des Neugeborenen direkt in Sichtweite der Mutter.

Hohe Sectioraten bei Erstgebärenden führen insgesamt zu einem Anstieg der Kaiserschnittentbindungen [66]. Obwohl das Dogma „einmal Kaiserschnitt, - immer Kaiserschnitt“ heute nicht mehr gültig ist, besteht eine wirksame Methode, um die Re-Sectoraten zu senken - die bei den Schwangeren noch unerwünschter ist als die Erstsectio - in der Vermeidung der Erstsectio [103].

4.9. Maternales Alter

Teil dieser Studie ist der Vergleich der Geburtsmodus-Präferenzen in Abhängigkeit vom maternalen Alter. Von den 44 im Fragebogen enthaltenen Items stellten sich vier als signifikant unterschiedlich priorisiert heraus. Besonders relevante Unterschiede ergaben sich (mit abnehmender Signifikanz) für die folgenden drei Kriterien:

- Gegen den Kaiserschnitt spricht eine mögliche Schädigung des Kindes.
- Für die vaginale Entbindung spricht die Sicherheit des Kindes.
- Für die vaginale Entbindung spricht die Mutter-Kind-Bindung.

Mit diesen Aussagen stimmen die jüngeren Schwangeren jeweils höher überein als die Gruppe der Frauen ab 35 Jahre. Die genannten Items vereinigen eine Sichtweise, die den Wunsch nach Sicherheit für das Kind in den Vordergrund stellt. Nach Alphafehler-Korrektur ist jedoch nur das erstgenannte Kriterium als signifikant unterschiedlich zu werten.

Offenbar ändert sich die Prioritätensetzung hinsichtlich des Abwägens maternalen und kindlicher Risiken mit dem Lebensalter der Frauen geringfügig. Ein höheres maternales Alter trägt dazu bei, dass Frauen in der vorliegenden Studie zwei Vorteilen der vaginalen Entbindung etwas weniger Gewicht einräumen und einen Nachteil der Sectio abwerten. Das

Ergebnis deutet möglicherweise darauf hin, dass ältere schwangere Frauen der Sectio tendenziell positiver gegenüberstehen als die Gruppe der Frauen unter 35 Jahren. Die Gruppe der über 35jährigen vereint andere medizinische Charakteristika wie eingangs erläutert. Eine Fertilitätstherapie in der Vorgeschichte bewirkt eine positivere Einstellung zur Sectio als in einer vergleichbaren Gruppe von Schwangeren in der Allgemeinbevölkerung [94]. Außerdem erhalten Erstgebärende ab 40 Jahren per se häufiger eine elektive Sectio bei ähnlichem neonatalen Outcome [9]. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern Aussagen wie folgende des DGGG-Generalsekretärs Prof. Klaus Vetter bei einem Symposium in Berlin die beratenden Geburtshelfer und auch die Schwangeren selbst beeinflussen: „In den letzten 20 Jahren ist das durchschnittliche Alter der Mütter um zehn Jahre angestiegen. Damit sind Risiken und Probleme hinzugekommen, die wir medizinisch nur mit dem Kaiserschnitt lösen können.“

Die Pathologisierung der Geburt mit Fokus auf das Geburtsrisiko kann auch als kulturelle Reaktion auf ein evolutionsbedingtes Risiko interpretiert werden. Die Einführung des Risikokonzepts in der Schwangerschaftsbetreuung in den 1960er Jahren führte bis heute zu einer Zunahme des Anteils der Schwangerschaften mit einem anamnestischen oder befundeten Risiko. Zahlen aus dem Jahr 2007, die im Rahmen der deutschen Perinatalerhebung erhoben wurden, attestieren 63,6 % der Schwangeren ein anamnestisches Risiko, während bei 26,7 % ein befundetes Risiko vorlag (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS). Jedoch war der Anstieg der Kaiserschnitttrate in den USA von 1991-2002 und in Australien 1984-2003 in Studien nicht mit einem veränderten Risikoprofil der Schwangeren assoziiert [16, 75].

Das zweite Ergebnis der altersabhängigen Untersuchung ist, dass mit vier von 44 Items nur neun Prozent der Bewertungskriterien signifikant unterschiedlich bewertet wurden. Die befragte Schwangerengruppe, schließt Frauen ein, die auf Grund einer erfolgten Fertilisationsbehandlung (6,1 %, n = 33) oder einem Alter ≥ 35 Jahren (43,8 %, n = 234) und den daraus folgenden zusätzlichen Risiken und Ängsten weitere Diagnostik oder Beratung wünschen. Die Schwangeren, die zu einer Untersuchung in der pränataldiagnostischen Sprechstunde in einer Uniklinik erscheinen, stehen der Schulmedizin und deren technischen Fortschritten prinzipiell aufgeschlossen gegenüber. Im Vorhinein bedarf es einer Indikation zur pränatalen Diagnostik. In der untersuchten Gruppe sind also häufiger Frauen mit Indikation zur Abklärung von Fehlbildungen oder Risikoschwangere, die sich im Rahmen der gezielten Pränataldiagnostik Klärung erhoffen. Vor diesem Hintergrund erscheint das Ergebnis

der vorliegenden Arbeit noch beachtenswerter: die Mehrheit der befragten Frauen setzt die Prioritäten unabhängig vom Lebensalter und möglichen Risiken auf den favorisierten vaginalen Entbindungsmodus.

4.10. Schlussfolgerung

Wunschgeburtsmodus ist nicht Wunschsectio. Das ist Ergebnis dieser und anderer Untersuchungen, die die gebärende Frau in der Diskussion um Vor- und Nachteile der Entbindungsarten in den Mittelpunkt stellen.

Das Selbstbestimmungsrecht der Frau sollte bei der Wahl des Geburtsmodus gewahrt werden, zumal zwei Drittel der Frauen das in einer deutschen Studie aus dem Jahre 2006 [65] auch einfordern. Nur sechs Prozent von ihnen würden ihrer Freundin einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation empfehlen und 87 % sind der Meinung, dass jede Schwangere versuchen sollte, ihr Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen.

Wie kann die Partizipation der Schwangeren im Entscheidungsprozess verbessert werden? Die meisten Frauen werden in Deutschland engmaschig durch einen Gynäkologen betreut und vertrauen im Zweifelsfall auf den medizinischen Rat der Ärzte. Diese haben den größten Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren und ihres Partners und damit eine große beraterische Verantwortung zu tragen.

Es ist die zentrale Herausforderung der Geburtshilfe, die Gesundheit von Mutter und Kind zu gewährleisten, ohne die Schwangere zu entmündigen, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt. Interessen und Gesundheit der werdenden Mutter mit der Gesundheit des Kindes in Einklang zu bringen und zusätzliche Einflussfaktoren wie die Meinung des Partners oder anderer Vertrauenspersonen zu hinterfragen, ist die Aufgabe des geburtshilflichen Teams, um am Ende zur ethischen Maxime des Arzt-Patientenvertrags zu gelangen, dem informed consent. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass in diesem Entscheidungsprozess eine Hebamme als ergänzende Fachperson eine Bereicherung darstellt und nicht als Konkurrenz verstanden werden sollte. Durch die Verteilung der Beratungsverantwortung auf mehrere Personen wird sichergestellt, dass persönliche oder finanzielle Interessen des Arztes oder der Klinik nicht in die Entscheidungsfindung einfließen. Die Beeinflussbarkeit des Geburtsmodus durch gezielte Beratung belegt eine norwegische Studie [40]: Die Kaiserschnitttrate wurde durch geburtshilfliche Beratung messbar gesenkt, indem den Schwangeren die Bewältigbarkeit der Geburtsängste vermittelt wurde. Eine zeitgemäße und schwangerenfreundliche Geburtshilfe vereinigt also die Wünsche der Frauen unter Berücksichtigung der

4. Diskussion

Physiologie des Geburtsvorganges mit notwendigen Sicherheitsvorkehrungen.

Dem Würzburger Geburtshelfer Elias von Siebold (1775-1828) wird folgendes Zitat zugeschrieben: „Stille und Ruhe, Zeit und Geduld, Achtung der Natur und dem gebärenden Weib und der Kunst Achtung, wenn ihrer Hilfe die Natur gebietet.“ Es behält bis heute seine Gültigkeit.

5. Zusammenfassung

Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe sind einem ständigen Wandel unterzogen, um eine evidenzbasierte medizinische Versorgung gewährleisten zu können. Technisierung und Medikalisierung der Geburtshilfe führten zu einem Anstieg der Interventions- und Kaiserschnitttraten. Sectiofrequenzen von 30 % bei klinischen Geburten lassen sich nur durch ein Zusammenspiel medizinischer und gesellschaftlicher Einflussfaktoren begründen. Welche Rolle die Wünsche der Schwangeren bei der Wahl des Entbindungsmodus einnehmen, ist im Zuge der angestrebten Patientenautonomie von großem Interesse. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie schwangere Frauen die Geburtsmethoden Kaiserschnitt und vaginale Geburt beurteilen und ob eine Abhängigkeit der Entbindungspräferenz vom maternalen Lebensalter besteht.

Die Stichprobe umfasste ein Kollektiv von 534 Schwangeren, die sich im Bereich Pränataldiagnostik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck vorstellten. Die Datenerfassung erfolgte mittels einer standardisierten Fragebogenbatterie, die sich aus dem soziodemographischen Erhebungsbogen und dem Geburtsmodus-Beurteilungsbogen zusammensetzte. Die 44 Items charakterisierten die beiden Entbindungsarten Spontanpartus und Sectio caesarea. Die Items konnten anhand einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden. Zunächst wurde die deskriptiv-statistische Datenanalyse durchgeführt, es erfolgte die Berechnung von Mittelwert, Median, Standardabweichung, Maximal- und Minimalwerten um die Prioritätensetzung der Schwangeren vergleichen zu können. Zusätzlich kam ein inferenzstatistisches Verfahren bei der Analyse der Korrelation zwischen maternalem Alter und gewünschtem Entbindungsmodus zum Einsatz.

Die Auswertung zeigte, dass die befragten Schwangeren eine natürliche Geburt deutlich bevorzugten. Sie schätzten das aktive Geburtserlebnis und die Anwesenheit einer Begleitperson. Die negative Einstellung gegenüber einer Operation und die zu erwartenden Schmerzen fielen bei der Beurteilung der Sectio ins Gewicht. Ältere Schwangere bewerteten die operative Entbindung tendenziell positiver. Ein maternales Alter von mindestens 35 Jahren führte aber bei der Gesamtinterpretation in Bezug auf den gewünschten Entbindungsmodus

5. Zusammenfassung

dus zu keiner entscheidenden Veränderung.

Diese wie auch andere Studien ergaben, dass der Anstieg der Kaiserschnittraten nicht durch den Wunsch der Schwangeren bedingt ist. Eine schwangerenfreundliche Geburtshilfe unterstützt ein möglichst natürliches, aktives Geburtserlebnis. Die Indikationsstellung zur elektiven Sectio caesarea bedarf individualisierter Entscheidungsfindung mit dem Ziel des informed consent.

6. Literaturverzeichnis

- [1] AL-MUFTI R, MCCARTHY A, FISK N: Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 347, 544 (1996)
- [2] BARRETT G, PEACOCK J, VICTOR C, MANYONDA I: Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 32, 306–311 (2005)
- [3] BARRETT G, PENDRY E, PEACOCK J, VICTOR C, THAKAR R, MANYONDA I: Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 107, 186–195 (2000)
- [4] BAUER NH, ZU SAYN-WITTGESTEIN F (Hrsg.), Verbund Hebammenforschung, Stiftungsfachhochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Sicht der Frauen auf Kontinuität, Wahlmöglichkeiten und persönliche Kontrolle während der Geburt in zwei unterschiedlichen Versorgungskonzepten. Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal. 2008
- [5] BERGMANN R, KAMTSIURIS P, BERGMANN K, HUBER M, DUDENHAUSEN J: Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindungen. *Z Geburtshilfe Neonatol* 204, 60–67 (2000)
- [6] BODNER-ADLER B, BODNER K, KIMBERGER K, LOZANOV P, HUSSLEIN P, MAYERHOFER K: Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wien Klin Wochenschr* 30, 379–384 (2004)
- [7] BUCHSBAUM G, DUECY E, KERR L, HUANG L, GUZIK D: Urinary incontinence in nulliparous woman and their parous sisters. *Obstet Gynecol* 106, 1253–1258 (2005)
- [8] CHALUBINSKI KM, HUSSLEIN P, AHNER R, GNIRS J, SCHNEIDER KTM, SCHNEIDER H, EGARTER C, REISENBERGER K, DRACK G, HOPP H, WEITZEL HK, ANTHUBER C, WISSER J, FRANK C, HUCH A, CHAOUI R, KRAMPL E, HIRTENLEHNER K, STROHMER

- H, KRAUSE M, FEIGE A, BREZINKA C, RATH W, VON HUNDELSHAUSEN B, HÄNEL F: Geburt. In: SCHNEIDER H, HUSSLEIN P, SCHNEIDER K: *Die Geburtshilfe*. 3. Aufl., 490–915, Springer, Berlin, 2006
- [9] CHAN B, LAO T: Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above. *Hum Reprod* 14, 833–837 (1999)
- [10] DE CHÂTEAU P: Neonatal care routines: influences on maternal and infant behaviour and on breast feeding, *Umeå University Med. Diss., New Series no. 20*, Med. Diss., Umeå, 1976
- [11] COOPER P, MURRAY L: Postnatal depression. *BMJ* 316, 1884–1886 (1998)
- [12] COSKUN S, YUKSEL H, BILGI Y, LACIN S, TANSUG N, ONAG A: Non-invasive evaluation of the adaptations of cardiac function in the neonatal period: a comparison of healthy infants delivered by vaginal route and caesarean section. *Acta Med Okayama* 55, 213–218 (2001)
- [13] CZARNOCKA J, SLADE P: Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 39, 35–51 (2000)
- [14] DARJ E, NORDSTRÖM M: The Misgav Ladach method for cesarean section compared to the Pfannenstiel method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 78, 37–41 (1999)
- [15] DECLERCQ E, BARGER M, CABRAL H, EVANS S, KOTELCHUCK M, SIMON C, WEISS J, HEFFNER L: Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 109, 669–677 (2007)
- [16] DECLERCQ E, MENACKER F, MACDORMAN M: Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. *Am J Public Health* 96, 867–872 (2006)
- [17] DEMIRCI F, OZDEN S, ALPAY Z, DEMIRCI E, AYAS S: The effects of vaginal delivery and cesarean section on bladder neck mobility and stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 12, 129–133 (2001)
- [18] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, ARBEITSGEMEINSCHAFT MEDIZINRECHT: Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea

- und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). August 2008. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/054 (S1)
- [19] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, ARBEITSGEMEINSCHAFT MEDIZINRECHT: Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio: Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). August 2008. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/046 (S1)
- [20] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, ARBEITSGEMEINSCHAFT MEDIZINRECHT (AG MEDR): Empfehlung zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). August 2008. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/030 (S1)
- [21] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE (BVF), DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN (DGAI), BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN (BDA): Anwesenheit der Väter bei Sectio caesarea . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). August 2008. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/022 (S1)
- [22] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, BOARD FÜR PRÄNATAL- UND GEBURTSMEDIZIN: Vaginal-operative Entbindungen . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). August 2010. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/023 (S1)
- [23] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, BOARD FÜR PRÄNATAL UND GEBURTSMEDIZIN, ARBEITSGEMEINSCHAFT MATERNO-FETALE MEDIZIN: Geburt bei Beckenendlage . Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). September 2008. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen: AWMF 015/051 (S1)
- [24] DUDENHAUSEN JW: Indikationen zur abdominalen Schnittentbindung. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 80–83, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009

- [25] DURIK A, HYDE J, CLARK R: Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol* 36, 251–260 (2000)
- [26] ECKER JL, CHEN KT, COHEN AP, RILEY LE, LIEBERMAN ES: Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 185, 883–887 (2001)
- [27] ECKER JL, FRIGOLETTO FD: Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N Engl J Med* 356, 885–888 (2007)
- [28] EDITORIAL: What is the right number of cesarean sections? *Lancet* 349, 851 (1997)
- [29] ELTZSCHIG HK, LIEBERMAN ES, CAMANN WR: Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 348, 319–332 (2003)
- [30] FARIDI A, WILLIS S, SCHUMPELICK V, RATH W: Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt: Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? *Deutsches Ärzteblatt* 99, 42–48 (2002)
- [31] FEIGE A, REMPEN A, WÜRFEL W, JAWNY J, CAFFIER H: Schwangerschaft und Geburtshilfe. In: FEIGE A, REMPEN A, WÜRFEL W, JAWNY J, CAFFIER H: *Frauenheilkunde*. 2. Aufl., 433, Urban und Fischer, München, 2001
- [32] FELDERBAUM RE: Wunschkaiserschnitt. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 110–112, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [33] GAMBLE JA, CREEDY DK: Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 28, 101–110 (2001)
- [34] GEISSBÜHLER V, ZIMMERMANN K, EBERHARD J: Geburtsängste in der Schwangerschaft - Frauenfelder Geburtenstudie. *Geburtsh Frauenheilk* 65, 873–880 (2005)
- [35] GOERKE K: Geburt. In: GOERKE K: *Taschenatlas der Geburtshilfe*. 1. Aufl., 175–228, Thieme, Stuttgart, 2002
- [36] GOLDBAUM S: Der sanfte Kaiserschnitt im Wunderland. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 125–138, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [37] GOODMAN P, MACKEY MC, TAVAKOLI AS: Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 46, 212 (2004)

- [38] GREEN J, BASTON HA: Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* 30, 235–247 (2003)
- [39] GROSSMANN K, GROSSMANN K: Die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Ergebnisse und Forschung. In: PRILL H, STAUBER M, TEICHMANN A: *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987. Beiträge der 16. Jahrestagung der DGPF / Würzburg*, 5–21, Springer, Berlin, 1988
- [40] HALVORSEN L, NERUM H, SORLIE T, OIAN T: Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarea in women fear of birth? *Midwifery* 26, 45–52 (2010)
- [41] HARDER U, REUTTER R, LUYBEN A, GROSS M: Hebammen präferieren vaginale Geburt statt Wunschsectio. *Z Geburtshilfe Neonatol* 206, 72–74 (2002)
- [42] HEIDENREICH W, BORGMANN U: Results of the Misgav Ladach caesarean section. *Zentralbl Gynäkol* 123, 634–637 (2001)
- [43] HELLMERS C: *Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes*, Shaker, Aachen, 2005
- [44] HELLMERS C, SCHÜCKING B: Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Hebamme* 18, 79–82 (2005)
- [45] HILDINGSSON I, RADESTAD I, RUBERTSSON C, WALDENSTRÖM U: Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 109, 618–623 (2002)
- [46] HODNETT E, DOWNE S, EDWARDS N, WALSH D: Home-like versus institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 1, CD000012 (2005)
- [47] HODNETT E, GATES S, HOFMEYR G, SAKALA C: Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 3, CD003766 (2008)
- [48] HUNDLEY V, GLAZENER C, MILNE J, MOLLISON J: Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *BJOG* 104, 1273–1281 (1997)
- [49] HUNTLEY AL, THOMPSON COON J, ERNST E: Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 191, 36–44 (2004)

- [50] HUSSLEIN P, LANGER M: Elektive Sektio vs. vaginale Geburt - ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Gynäkologe* 12, 849–856 (2000)
- [51] JOSEPH K, YOUNG DC, DODDS L, O'CONNELL CM, ALLEN VM, CHANDRA S, ALLEN AC: Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 102, 791–800 (2003)
- [52] KERO J, GISSLER M, GRÖNLUND MM, KERO P, KOSKINEN P, HEMMINKI E, E I: Mode of delivery and asthma - is there a connection? *Pediatr Res* 52, 6–11 (2005)
- [53] KEUNEN J, FARIN D: Gibt es eine optimale Sectiorate? In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 100–106, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [54] KÜHNERT M, SCHMIDT S, FELLER A, VONDERHEIT K: Sectio caesarea: ein harmloser Eingriff aus mütterlicher Sicht? *Geburtsh Frauenheilk* 60, 354–361 (2000)
- [55] KIRKEGAARD I, OBEL C, HEDEGAARD M, HENRIKSEN T: Gestional age and birth weight in relation to school performance of 10-year-old children: A follow-up study of children born after 32 completed weeks. *Pediatrics* 118, 1600–1606 (2006)
- [56] KLAUS M, KENNEL J: *Maternal-infant-bonding*. 1. Aufl., C.V. Mosby, St. Louis, 1967
- [57] KLEIN K, WORDA C, LEIPOLD H, GRUBER C, HUSSLEIN P, WENZL R: Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health* 18, 1227–31 (2009)
- [58] KRAUSE M: Die Sectio caesarea - Indikationen, Morbidität und Mortalität. *Hebamme* 13, 76–81 (2000)
- [59] KRAUSE M: VBAC-Vaginalgeburt nach Kaiserschnitt. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 278–288, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [60] LAURENCE R: Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ* 156, 831–835 (1997)
- [61] LIEBERMAN E, O'DONOGHE C: Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 186, 31–68 (2002)
- [62] LOWE NK: The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 186, 16–24 (2002)

- [63] DE LUCA R, BOULVAIN M, IRION O, BERNER M, PFISTER RE: Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics* 123, 1064–1071 (2009)
- [64] LUKACZ E, LAWRENCE J, CONTRERAS REA: Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 107, 1253–1260 (2006)
- [65] LUTZ U, KOLIP P: *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42, Bremen, Schwäbisch Gmünd, 2006
- [66] MACDORMAN M, DECLERCQ E, MENACKER F, MALLOY M: Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk woman: application of an “intention-to-treat” model. *Birth* 35, 3–8 (2008)
- [67] MELENDER HL: Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 29, 101–111 (2002)
- [68] MOSSIALOS E, ALLIN S, KARRAS K, DAVAKI K: An investigation of caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 15, 288–295 (2005)
- [69] MUTRYN C: Psychosocial impact of caesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med* 37, 1271–1281 (1993)
- [70] OAKLEY D, MURRAY M, MURTLAND T, HAYASHI R, ANDERSEN F, MAYES F, ROOKS J: Comparison of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol* 88, 823–829 (1996)
- [71] ODENT M: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden - Risiko Kaiserschnitt*. 1. Aufl., Patmos, Düsseldorf, 2005
- [72] ODENT M: Wie steht es um die Zukunft einer durch Kaiserschnitt entbundenen Zivilisation? In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 395–412, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [73] ODENT M: Vereinfachte Strategien im Zeitalter des vereinfachten Kaiserschnitts. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 377–394, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009

- [74] OLATUNBOSUM O, EDOUARD L, PIERSON R: British physicians' attitudes to evidence based obstetric practice. *BMJ* 316, 365 (1998)
- [75] O'LEARY C, DE KLERK N, KEOGH J, PENNELL C, DE GROOT J, YORK L, MULROY S, STANLEY F: Trends in mode of delivery during 1984-2003: can they be explained by pregnancy and delivery complications? *BJOG* 114, 855–864 (2007)
- [76] OLSEN O: Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 24, 4–16 (1997)
- [77] OTTO P: Väter im Kreißsaal: rein oder raus? *Hebammenforum* 11, 839–842 (2005)
- [78] PATERSON-BROWN S, FISK N: Caesarean section: every woman's right to choose? *Curr Opin Obstet Gynecol* 9, 351–355 (1997)
- [79] PERSSON J, WOLNER-HANSSON P, RYDHSTROEM H: Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol* 96, 440–445 (2000)
- [80] PRILL H: Die Dyade Mutter-Kind und der Geburtshelfer. In: PRILL H, STAUBER M, TEICHMANN A: *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987. Beiträge der 16. Jahrestagung der DGPF / Würzburg*, 22–31, Springer, Berlin, 1988
- [81] PÖTZSCH O: Geburten in Deutschland, Tabelle „Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, Durchschnitt in Jahren“ . Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, 2007. Forschungsbericht: 0120007-07900-4
- [82] RORTVEIT G, DALTVIT AK, HANNESTAD YS, HUNSKAAR S: Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 348, 900–907 (2003)
- [83] RYDING E: Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 72, 280–285 (1993)
- [84] RYDING E, WIJMA B, RYDHSTORM H: Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77, 542–547 (1998)
- [85] SAFARINEJAD M, KOLAH A, HOSSEINI L: The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 6, 1645–1667 (2009)

- [86] SAISTO T, HALMESMÄKI E: Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82, 201–208 (2003)
- [87] SCHÜCKING B, ROTT P, KENTENICH H: Die Wunschsectio - medizinische und psychosomatische Problematik. *Zentralbl Gynäkol* 123, 51–53 (2001)
- [88] SCHINDL M, BIRNER P, REINGRABNER M, JOURA EA, HUSSLEIN P, LANGER M: Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82, 834–840 (2003)
- [89] SCHMIDT C: Qualitätsmanagement. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 299–313, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [90] SCHMUTZLER R, HERLYN-ELGER M, RHIEM K, BÜCKER-NOTT H, ROEMER V: Einstellung deutscher Gynäkologen und Gynäkologinnen zur Wunschsectio, Ergebnisse einer Befragung. *Frauenarzt* 44, 632–636 (2003)
- [91] SCHULZE G, RIEDEL HH: Brauchen wir den Mann im Kreißaal? *Geburtsh Frauenheilk* 63, 483–485 (2003)
- [92] SCHUMANN C: Schwangerschaftsbetreuung: Neue Wege beschreiten. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 463–464 (2004)
- [93] SHEINER E, SHOHAM-VARDI I, HERSHKOVITZ R, KATZ M, MAZOR M: Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous woman aged 40 and above. *Am J Obstet Gynecol* 185, 888–892 (2001)
- [94] SHEVELL T, MALONE F, VIDAVER J, PORTER T, LUTHY D, COMSTOCK C, HANKINGS G, EDDLEMAN K, DOLAN D, DUGOFF L, CRAIGO S, TIMOR I, CARR S, WOLFE H, BIANCHI D, D'ALTON M: Assisted reproductive technology and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 106, 1039–1045 (2005)
- [95] SMITH GC, CORDAUX Y, WHITE IR, PASUPATHY D, MISSFELDER-LOBOS H, PELL JP, CHARNOCK-JONES D, FLEMING M: The effect of delaying childbirth on primary cesarean section rates. *PLoS Med* 5, 1123–1132 (2008)
- [96] SMITH GC, PELL JP, DOBBIE R: Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 362, 1779 (2003)

- [97] STAMER U, WIESE R, STÜBER F, WULF H, MEUSER T: Change in anaesthetic practice for caesarean section in Germany. *Acta Anaesthesiol Scand* 49, 170–176 (2005)
- [98] STARK M: Einleitung. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 14–22, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [99] STAUBER M: Psychosomatische Forderungen an die Betreuung während der Geburt. In: STAUBER M, KENTENICH H, RICHTER D: *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. 1. Aufl., 298, Springer, Berlin, 1999
- [100] TAYLOR A, FISK NM, GLOVER V: Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet* 355, 120 (2000)
- [101] TITA AT, LANDON MB, SPONG CY: Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 360, 111–120 (2009)
- [102] TURNER C, YOUNG J, SOLOMON M, LUDLOW J, BENNESS C, PHIPPS H: Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 115, 1494–1502 (2008)
- [103] WACKER J: Re-Sectio. In: STARK M: *Der Kaiserschnitt*. 1. Aufl., 177–188, Elsevier, Urban und Fischer, München, 2009
- [104] WAGNER M: Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet* 75, 25–37 (2001)
- [105] WELSCH H: Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. *Gynäkologe* 30, 742–756 (1997)
- [106] WONG M, HARMANLI O, AGAR MEA: Collagen content of nonsupport tissue in pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 189, 1597–1600 (2003)
- [107] ZEITLIN J, MOHANGOO A: The European Perinatal Health Report: Figure 5.1 (percentage of births by mode of delivery) . EURO-PERISTAT. 2008. Forschungsbericht

7. Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 3.1. Altersverteilung der Schwangeren | 28 |
| 3.2. Ausbildungsstand der Schwangeren | 29 |
| 3.3. Anzahl der früheren Schwangerschaften | 30 |
| 3.4. Mittelwerte der Items „Vorteile der vaginalen Geburt“ | 32 |
| 3.5. Mittelwerte der Items „Vorteile des Kaiserschnittes“ | 33 |
| 3.6. Mittelwerte der Items „Nachteile der vaginalen Geburt“ | 34 |
| 3.7. Mittelwerte der Items „Nachteile des Kaiserschnittes“ | 35 |

8. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1.1. Geburtszahlen nach Geburtsmethode; Stand: 2004 | 6 |
| 1.2. Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, Durchschnitt in Jahren | 19 |
| 3.1. Signifikant unterschiedlich bewertete Kriterien | 37 |
| 3.2. Nicht signifikant unterschiedlich bewertete positive Kriterien | 37 |
| 3.3. Nicht signifikant unterschiedlich bewertete negative Kriterien | 38 |

A. Fragebogen

Geschlecht weiblich männlich

Alter der Frau _____ Jahre Alter des Mannes _____ Jahre

Dauer des Kinderwunsches _____ Jahre

Dauer der Partnerschaft _____ Jahre

| Schulabschluss | Frau | Mann | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> | kein Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> | Hauptschule | <input type="checkbox"/> | Hauptschule |
| <input type="checkbox"/> | Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> | Mittlere Reife |
| <input type="checkbox"/> | Abitur | <input type="checkbox"/> | Abitur |
| <input type="checkbox"/> | Hochschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Hochschulabschluss |

| Berufstätigkeit | Frau | Mann | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | nein |
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | ja |
| | Beruf: _____ | | Beruf: _____ |

Bisherige Schwangerschaften Anzahl spontan gleicher Partner
 anderer Partner

Verlauf der Schwangerschaft Fehlgeburt EU
 vaginale Entbindung Kaiserschnitt

Ist diese Schwangerschaft durch eine Sterilitätstherapie entstanden, wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt?

- Verkehr zum optimalen Zeitpunkt
- Insemination
- IVF
- IVF u. ICSI

Anzahl der Ultraschalluntersuchungen in dieser Schwangerschaft?

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie zur Zeit?

In diesem Fragebogen geht es um die Gefühle und Erwartungen. Bitte beschreiben Sie, welche Erwartungen und vielleicht auch Ängste hinsichtlich einer spontanen Entbindung bzw. eines Kaiserschnitts für Sie zutreffen.

Falls die Auswahl nicht ausreicht, um Ihre Empfindungen zu beschreiben, ergänzen Sie bitte einfach die noch fehlenden Empfindungen.

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen an, ob die Aussagen für Sie zutreffen.

| | | |
|-----------|---|--|
| Antworten | 0 | trifft gar nicht zu |
| | 1 | trifft etwas zu |
| | 2 | trifft teilweise zu/ trifft teilweise nicht zu |
| | 3 | trifft ziemlich zu |
| | 4 | trifft vollkommen zu |

| | trifft gar nicht zu | trifft vollkommen zu |
|---|---------------------------|----------------------|
| Für eine vaginale Entbindung spricht/ sprechen.... | | |
| das Geburtserlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| natürliche Form der Entbindung | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| bessere Mutter-Kind-Bindung | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Begleitperson kann anwesend sein | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Sicherheit der werdenden Mutter | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Sicherheit des Kindes | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Einfluss durch früheres Geburtserlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Partner | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Freunde | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Gesellschaft | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch medizinisches Personal | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Religiöse Gründe | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Sonstiges: | | |
| _____ | 0.....1.....2.....3.....4 | |

Für einen Kaiserschnitt spricht/ sprechen....

| | trifft gar nicht zu | trifft vollkommen zu |
|---|---------------------------|-------------------------|
| Geburt am Wunschtermin | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| „Ästhetik“ unter der Geburt bleibt erhalten | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| kontrollierbares Schmerzerlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Sicherheit der Mutter | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Sicherheit des Kindes | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Anwesenheit einer Begleitperson | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Erhalt der Figur & Körperfunktionen (z.B. Beckenboden) | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Einfluss durch früheres Geburtserlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Partner | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Freunde | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Gesellschaft | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch medizinisches. Personal | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Religiöse Gründe | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Sonstiges: _____ | 0.....1.....2.....3.....4 | |

Gegen eine vaginale Entbindung spricht/ sprechen....

| | trifft gar nicht zu | trifft vollkommen zu |
|--|---------------------------|-------------------------|
| unkontrollierbaren Schmerzen | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| körperlichen Spätfolgen z.B. Inkontinenz | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| negativer Einfluss auf Sexualleben | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Schädigung des Kindes | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Verlust der Kontrolle über Geburtsverlauf (z.B. Zangenentbindung) | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| „Unästhetik“ unter der Geburt | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Einfluss durch früheres Geburtserlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Partner | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Freunde | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Gesellschaft | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch medizinisches. Personal | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Religiöse Gründe | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Sonstiges: _____ | 0.....1.....2.....3.....4 | |

Gegen einen Kaiserschnitt spricht/ sprechen....

| | trifft gar nicht zu | trifft vollkommen zu |
|---|---------------------------|-------------------------|
| OP | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Wundschmerz | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Ausgeliefertsein/ Kontrollverlust | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Schädigung des Kindes | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Körperliche Spätfolgen durch OP | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Verminderter Mutter-Kind-Bindung | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Einfluss durch früheres Geburtserlebnis | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Partner | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Freunde | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch Gesellschaft | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Einfluss durch medizinisches. Personal | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| Religiöse Gründe | 0.....1.....2.....3.....4 | |
| | | |
| Sonstiges: _____ | 0.....1.....2.....3.....4 | |

Danksagung

Mein besonderer Dank gebührt Frau Prof. Dr. med. Dipl. psych. Ingrid Kowalcek für die Idee und die Überlassung des Themas und der Daten für diese Arbeit. Die ermutigende, kontinuierliche und sehr freundliche Betreuung durch Frau Kowalcek ermöglichte mir die Verfassung und Fertigstellung dieser Dissertation. Darüber hinaus gilt mein Dank den Studienteilnehmerinnen für das Ausfüllen der Fragebogenbatterie. Ich bedanke mich außerdem bei meinen Eltern für die Ermöglichung des Medizinstudiums sowie bei meiner Familie und meinen Freundinnen für die Unterstützung bei diesem Promotionsprojekt.

Tabellarischer Lebenslauf

geb. 1983 in München

| | |
|-----------|--|
| 2011 | Zweites Staatsexamen |
| 2009-2010 | Praktisches Jahr |
| 2006-2011 | Klinisches Studium der Humanmedizin, Universität zu Lübeck |
| 2006 | Erstes Staatsexamen (Physikum) |
| 2004-2006 | Vorklinisches Studium, Universität Erlangen-Nürnberg |

Publikationsliste

- [1] HAINER F, KOWALCEK I: Zwischen geplanter Sectio und einer möglichst natürlichen vaginalen Entbindung - wie bewerten schwangere Frauen die angebotenen Entbindungsmodi? In: SIEDENTOPF F, DAVID M, SIEDENTOPF J-P, THOMAS A, RAUCHFUSS M, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFGE e.V.): *Zwischen Tradition und Moderne, Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert*, 341–345, Mabuse, Frankfurt am Main, 2009

- [2] HAINER F, KOWALCEK I: Zwischen geplanter Sectio und einer möglichst natürlichen vaginalen Geburt – wie bewerten schwangere Frauen die angebotenen Entbindungsmodi? In: *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.*, Posterbeitrag, Berlin, 2008

- [3] HAINER F, KOWALCEK I: Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, eingereicht, 11/2010