



a.o. Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
(Projektleitung)
Drⁱⁿ Christina Bässler
Mag^a Alexandra Beurle
Mag^a Judith Raunig

Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit

Eine multizentrische empirische Studie an Frauen im Wochenbett
Kurzfassung

Impressum:

© Wiener Programm für Frauengesundheit
In der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund
Thomas-Klestil-Platz 8/2, 1030 Wien
Tel: 01 4000 87163
frauengesundheit@ma15.gv.at, www.frauengesundheit-wien.at

Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit

a.o. Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger (Projektleitung)
Drⁱⁿ Christina Bässler
Mag^a Alexandra Beurle
Mag^a Judith Raunig

Layout: Mag^a Gisela Scheubmayr/subgrafik

Wien, 2013

Editorial

Gesundheitsförderung von Frauen als Mütter

Die Förderung der reproduktiven Gesundheit sowie der Gesundheit von Frauen als Mütter sind zentrale Handlungsfelder des Wiener Programms für Frauengesundheit. Die internationale Gemeinschaft formulierte diesbezüglich

„ (...) das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen und für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.“ (UNFPA, 1995)¹



© Inge Prader

Das Wiener Programm für Frauengesundheit legt seit Anbeginn seines Bestehens besonderes Augenmerk auf die psychosoziale Gesundheit in der Schwangerschaft und Postpartalzeit. Im letzten Jahrzehnt rückte die zunehmende Praxis der Sectio Caesarea bzw. des Kaiserschnitts in den Fokus der Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussion. Neben der lebensrettenden Funktion ist eine Sectioentbindung eine mitunter kritische Belastung für Mutter und ihr Neugeborenes. Es liegt daher im Interesse des bestmöglichen Erhalts der Gesundheit von Gebärenden und deren Kindern die Entscheidung mit größtmöglicher Umsicht zu treffen.

Ein Schwerpunkt des Wiener Programms für Frauengesundheit lag seit 2010 auf der Erarbeitung einer Studie zur Analyse des Anstiegs der Kaiserschnitttrate in Wien. Ziel dieser breit angelegten Multicenter-Studie in Wiener geburtshilflichen Abteilungen war die systematische Auswertung möglicher Motivationsbündel, um die Zunahme der Sectiorate nachvollziehbarer zu machen. Dazu zählen die Erkundung von subjektiven Entscheidungskriterien von Frauen, deren Informationsstand und Akzeptanz den verschiedenen Entbindungsmethoden gegenüber. Vor allem aber steht das subjektive Befinden von Frauen im Wochenbett im Vordergrund. Dieses Projekt fand in Kooperation des Wiener Programms für Frauengesundheit-MA 15 mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der MA 5 (Referat Statistik Wien) statt. Die Datenauswertung wurde von der Statistik Austria vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Studie liegen nun vor.

Das Befragungsinstrumentarium wurde in Anlehnung an die ähnlich angelegte Studie in Deutschland von Kolip et al. (2012) entwickelt.

Herzlich danke ich Generaldirektor Dr. Wilhelm Marhold für seine Unterstützung und seine Expertise.

Unser besonderer Dank geht an die Primarärztinnen und -ärzte der geburtshilflichen Abteilungen, die sich in mehreren Sitzungen studienbegleitend zur Verfügung gestellt haben. Sie trugen mit ihren Teams wesentlich dazu bei, dass die Studie reibungslos durchgeführt werden konnte. Weiters wurde eine begleitende ExpertInnengruppe etabliert, in der die Ergebnisse im Detail diskutiert wurden. Im Folgenden wollen wir ganz besonders Univ.Prof. Dr. Paul Sevelda, Prim^a Drⁱⁿ Michaela Riegler-Keil, Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Angelika Berger, Prim. Dr. Beda Hartmann sowie Renate Ulrich-Großbichler MLS danken.

a.o. Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

*Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Leitung des Wiener Programms für Frauengesundheit
Klinische und Gesundheitspsychologin*

¹ im Rahmen der „International Conference on Population and Development“ (ICPD) in Kairo

Einleitung

Univ.Prof. Dr. Paul Sevelda



■ Wenige Themen in der Medizin, aber auch im Leben, werden so emotional gesehen wie die Geburt. Zweifelsohne ist dieses Ereignis für das Leben der Mutter, des Vaters und des Kindes von elementarer Bedeutung. Sind vor 100 Jahren noch etwa 100 von 1 000 Kindern innerhalb der ersten sieben Lebensstage verstorben, so zeigt uns die moderne Geburtshilfe, dass heute in Österreich nur mehr vier von 1 000 Kindern bis zum siebten Tag nach der Geburt versterben. Stand in früheren Zeiten das Überleben im Vordergrund, so ist dies in der heutigen Zeit zur Selbstverständlichkeit geworden. In den vergangenen 30 Jahren, hat sich daher der Aspekt rund um die Geburt immer mehr auf die umfassende Betreuung der gesamten Familie fokussiert und damit auch neben der medizinischen Qualität, die psychosoziale Komponente der Gesamtfamilie in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt. Neben dem Sicherheitsaspekt, hat sich allerdings auch ein relativ neuer Aspekt für die betreuenden ÄrztInnen und Hebammen entwickelt. Das ist der rechtliche Aspekt für all jene Situationen, wo das Ergebnis der Geburt nicht mit dem erwarteten hohen Ziel übereinstimmt. Das reicht von Geburtsverletzungen, Dammschnitt der Mutter, übersehenen Fehlbildungen beim Kind, leichten oder auch schweren kindlichen Schädigungen bis hin zum kindlichen Todesfall. Parallel zur Entwicklung der rechtlichen Situation, die immer öfter auch zu rechtskräftigen Verurteilungen mit teilweise existentiell bedrohlichen Unterhaltszahlungen verbunden ist, stieg auch die Zahl der Kaiserschnittsbindungen. In den 80er Jahren, lag die Kaiserschnitttrate bei 10% und heute ist in der westlichen Welt und in Europa die Kaiserschnitttrate um die 30%. Auch wenn die kindliche Todesrate im selben Zeitraum sich von acht auf vier von 1 000 Geburten halbiert hat, so lässt sich diese positive Entwicklung nicht alleine durch die höhere Kaiserschnitttrate erklären. Viele andere Faktoren spielen für

die Medizin, aber auch für die Frauen und die Familien eine Rolle, sich heute wesentlich öfter für eine Kaiserschnittgeburt zu entscheiden als das noch vor zehn oder 20 Jahren der Fall war.

Unbestritten ist heute für alle Berufsgruppen, die die Frau und die Familie rund um die Geburt betreuen, dass die optimale Geburt auf natürlichem Wege, mit einer umfassenden begleitenden Betreuung erfolgen sollte. Die Problematik liegt einerseits in der Einschätzung möglicher Bedrohungen und die auch in der modernen Medizin immer noch vorhandenen diagnostischen Unsicherheiten, die wir trotz allerbesten Bemühens nie vollkommen ausschließen werden können einerseits. Andererseits ist es die hohe Erwartungshaltung der Frauen, der Familien und auch der Gesellschaft, zufriedene Frauen und immer vollkommen gesunde Kinder einzufordern. Wir erleben heute in der Geburtshilfe auch gewisse „Modeerscheinungen“ und eine davon ist der primär geplante Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter. Es wäre zu einfach, diese Kaiserschnitte auf eine ungenügende Aufklärung, fehlende psychosoziale Betreuung oder mit der Bequemlichkeit der betreuenden GeburtshelferInnen erklären zu wollen. Erstaunlicherweise existieren zu der Frage der steigenden Kaiserschnittfrequenz nur wenige umfassende Untersuchungen, die vor allem auf die regionalen Unterschiede Rücksicht nehmen. Wir wissen heute aus den weltumfassenden Statistiken der WHO, dass sowohl die Anzahl an Kaiserschnittgeburten als auch die Zahl der kindlichen Todesfälle extrem unterschiedlich sind. Natürlich spielen Faktoren wie Zugang zum Gesundheitswesen, Entwicklung der regionalen Strukturen, kulturelle Faktoren oder Kosten eine wesentliche Rolle. Grundlage für das vorliegende Projekt des Wiener Krankenanstaltenverbundes war die Diskussion über die Hintergründe für die steigende Kaiserschnitttrate, aber nicht nur unter dem medizinischen Aspekt, sondern vor allem auch unter dem Aspekt der Ergebniszufriedenheit der Frauen. Das Ziel einer optimalen Geburtshilfe umfasst heute nicht nur statistische Zahlen wie die Kaiserschnittfrequenz, kindliche Todesfälle oder Dammschnitte, sondern darüber hinaus auch die individuelle Zufrie-

denheit der Mutter und auch des begleitenden Vaters. Auf diese umfassenden und wichtigen Fragen kann diese Studie Antworten geben. Sie liefert den GeburtshelferInnen, Hebammen und GesundheitspolitikerInnen wertvolle Informationen, wo wir zur Erreichung des Zieles eines optimalen Geburtserlebnisses Verbesserungen brauchen, und wo wir vielleicht auch heute in den statistischen Zahlen mögliche Fehlentwicklungen glauben zu sehen, die aber vielleicht sogar zu einer Verbesserung der Zufriedenheit unserer Frauen und Familien führen könnten.

Die AbteilungsvorständInnen der Wiener Geburtshilflichen Abteilungen tragen für etwa 20% der Geburten in Österreich die

Letztverantwortung. Gemeinsam mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in den verschiedenen Berufsgruppen, die in die umfassende Betreuung schwangerer Frauen, der Neugeborenen und der engen Familie involviert sind, wollen wir gesunde Frauen und gesunde Kinder. Der Begriff „Gesund“ umfasst das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden. Die Umsetzung dieses Zieles ist ein dynamischer Prozess, der auch einer permanenten Weiterentwicklung unterliegt. ■

Univ.Prof. Dr. Paul Sevelda

*Vorsitzender der Fachkommission Gynäkologie
und Geburtshilfe des Wiener Kranken-
anstaltenverbundes*

Renate Großbichler-Ulrich, MLS

Mit Informationen gegen den Trend zum Kaiserschnitt



■ Zuerst das Positive: Es ist gut, dass die ursprüngliche Notoperation Kaiserschnitt in den letzten Jahrzehnten soweit verbessert wurde, dass sie mittlerweile fast immer gut geht. Das Problem dabei ist jedoch, dass heute auch ohne entsprechendes Gesundheitsrisiko, Kaiserschnittentbindungen durchgeführt werden. Wenn wir so weiter machen, dann haben wir es in der Zukunft mit geburtshilflichen Teams zu tun, die mehr Erfahrung mit Kaiserschnitten und deren Komplikationen haben als mit vaginalen Geburten.

Zuletzt wurden in Österreich rund 30 Prozent aller Babys per Kaiserschnitt aus dem Bauch gehoben. Damit hat sich der Anteil innerhalb der letzten 15 Jahre fast verdreifacht. Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass bei 10 bis 15 Prozent der Geburten ein Kaiserschnitt empfohlen werden kann, nämlich dann, wenn die klassische Entbindung für Mutter und/oder Kind gefährlich sein könnte.

Aus unserer Sicht, hat der Kaiserschnitt-Trend viel mit Ängsten zu tun. Der Arzt/die Ärztin hat Angst vor Kunstfehlerprozessen, die Frauen haben Angst vor den Schmerzen, um ihren Beckenboden und um ihr Kind. All das soll durch den besser planbaren Kaiserschnitt gelöst werden. Auf der anderen Seite, haben wir immer öfter Frauen in der Wochenbettbetreuung, die sich nach dem Kaiserschnitt betrogen fühlen. Das Geburtserlebnis, der große Stolz auf die eigene Leistung und jene des Babys, das Gefühl, etwas wirklich Großes geschafft zu haben, fehlt

Wir bleiben dabei: Eine Geburt ist ein normaler physiologischer Vorgang und keine Krankheit, die operiert werden muss. Frauen entscheiden sich allzu oft aus Angst für den Kaiserschnitt, und viele von ihnen bereuen das im Nachhinein. Wir Hebammen setzen auf ehrliche und umfassende

Information. Frauen werden selbstbewusster und sicherer, dass sie aus eigener Kraft gebären können, wenn sie erfahren, wie viele Faktoren bei einer Geburt perfekt zusammen spielen, und dass auch der Geburtsschmerz bei dem Geschehen eine ganz wichtige Rolle spielt.

Frauen bzw. Eltern, die eigenständig zur Geburt gehen, treffen unserer Ansicht nach eine selbstbewusste Entscheidung, die der Gesundheit der Mutter und des Kindes dient. Die skandinavischen Länder, zum Beispiel, haben besonders niedrige Kaiserschnitttraten und sind in ganz Europa führend mit dem besten Gesundheitszustand bei Neugeborenen und ihren Müttern.

Lassen Sie mich abschließend festhalten: Die vaginale Geburt hat für Mutter und Kind wichtige Vorteile, das ist unbestritten. Wir Hebammen werden den Frauen das auch weiterhin so sagen und nicht den Kaiserschnitt und seine Folgen verharmlosen. ■

Hebamme Renate Großbichler-Ulrich MLS

Leitende Hebamme im Donauespital Wien

Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Angelika Berger

Kurz- und Langzeitauswirkungen einer Kaiserschnittentbindung aus neonatologischer Sicht

■ Sectioraten steigen in vielen Ländern weltweit mit zuletzt Werten um 30% in Österreich, was nahezu einer Verdoppelung über die letzten 15 Jahre entspricht. Historisch hat die Einführung der Kaiserschnittentbindung zu einer signifikanten Reduktion der Geburt-assoziierten kindlichen und mütterlichen Mortalität und Morbidität geführt.

Es gibt klare Indikationen zur Kaiserschnittentbindung aus kindlicher Indikation, unter anderem geburtsunmögliche Lage, Schädel-Becken-Missverhältnis, fehlender Geburtsfortschritt, spezielle fetale Anomalien wie Neuralrohrdefekte, gewisse mütterliche Infektionen sowie höhergradige Mehrlinge. Weniger eindeutig ist der Benefit bei anderen Sectioindikationen, wie Zwillingsgeburt oder Re-Sectio bis hin zur elektiven Kaiserschnittentbindung ohne Risiko am Termin, eine Indikation, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Kaiserschnittentbindungen auf mütterlichen Wunsch machen geschätzte 2,5% aller Geburten in den USA aus, entsprechende Daten aus Österreich liegen bislang nicht vor.

Das Hauptrisiko für Neugeborene nach Kaiserschnittentbindung ergibt sich aus der erhöhten respiratorischen Morbidität. Es steht außer Zweifel, dass Neugeborene nach elektiver Kaiserschnittentbindung ein erhöhtes Risiko für respiratorische Probleme aufweisen. Obwohl diese in der Regel mild und selbst limitierend verlaufen, müssen doch viele dieser Kinder zumindest kurzzeitig an eine neonatologische Intensivstation aufgenommen werden, und mitunter ergeben sich auch schwere Verläufe mit maschineller Beatmungsnotwendigkeit. Das Risiko für diese Probleme steigt mit jeder sinkenden Schwangerschaftswoche (SSW). Obwohl eine Entbindung ab SSW 37+0 de-

finitionsgemäß als Normalgeburt (im Unterschied zu Frühgeburt) gilt, haben sich die Empfehlungen zur elektiven Kaiserschnittentbindung für reifgeborene Kinder in den letzten Jahren deutlich geändert. Wir wissen heute, dass eine elektive Sectio vor der abgeschlossenen 39. Schwangerschaftswoche (also vor SSW 39+0) zu einer signifikanten neonatalen Morbidität im Sinne einer erhöhten Rate an Intensivaufenthalten sowie einer erhöhten Mortalität für das Neugeborene führt. Somit ist eine geplante, elektive Kaiserschnittentbindung ohne medizinische Indikation aus neonatologischer Sicht vor SSW 39+0 unsachgemäß, wie auch von führenden Fachgesellschaften empfohlen.

Ein weiteres Problem nach Kaiserschnittentbindung liegt in dem erhöhten Risiko für Stillprobleme, speziell am ersten Lebenstag, wie auch in der vorliegenden Studie gefunden. Ursächlich wird die verzögerte Mutter-Kind-Interaktion nach Kaiserschnittentbindung durch räumliche Trennung, speziell bei Notwendigkeit der Aufnahme des Neugeborenen an die Neonatologie, genannt. Die Langzeitauswirkungen auf das Stillverhalten sind weniger gut untersucht. Die wenigen verfügbaren Daten legen aber nahe, dass die verzögerte Etablierung des Stillens nach Kaiserschnitt keine negativen Auswirkungen auf die Stillhäufigkeit und -dauer nach Entlassung haben dürfte. Diesbezüglich ist die Datenlage allerdings sehr dürftig. In jedem Fall unterstützen diese Daten, auch jene der vorliegenden Studie, aber die Sinnhaftigkeit der forcierten Unterstützung und speziellen Laktationsanleitung von Müttern in den ersten Tagen nach Sectio.

Es gibt zunehmend Daten, die auch Langzeitauswirkungen auf das Kind nach Sectio nahelegen. Viele Studien beschäftigten sich mit der Frage des möglicherweise erhöhten Risikos für allergische Erkrankungen nach Kaiserschnittentbindung. Es gilt heute als gesichert, dass es eine Assoziation zwischen Sectio und einem etwa 20% erhöhten Risiko sowohl für die Entstehung eines kindlichen Asthma bronchiale, eines frühkindlichen Typ 1 Diabetes mellitus, sowie einer allergischen Rhinitis gibt. Unbeantwortet bleibt allerdings die Frage der Kausalität. Als mögliche Erklärung für diese



8 Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit

Assoziation wurde eine abhängig vom Entbindungsmodus unterschiedliche Darmbesiedelung mit nachfolgender unterschiedlicher Anfälligkeit für allergische Erkrankungen herangezogen.

Die zweite Hypothese sieht die erhöhte Rate an respiratorischen Problemen nach Sectio-entbindung als Ursache für das erhöhte Asthmarisiko. Die Auswirkungen für die Gesamtbevölkerung sind wahrscheinlich gering – basierend auf den vorliegenden Daten können etwa ein bis vier Prozent aller Fälle von allergischen Erkrankungen mit Kaiserschnittentbindung in Zusammenhang gebracht werden.

Ganz anders zu sehen ist die Frage der Sectio versus vaginaler Entbindung bei extrem unreifen Frühgeborenen (FG) an der Grenze der Überlebensfähigkeit. Wir haben heute viele Daten zur Verfügung, die einen signifikanten Vorteil der Sectio im Bezug auf das Überleben der aller kleinsten FG \leq SSW 25 nahelegen. Die Ursache für diese reduzierte neonatale Mortalität nach Sectio bei extrem unreifen FG ist unklar. Es wurden Faktoren wie verminderter Stress und geringeres Trauma im Vergleich zu Wehen und vaginaler Geburt diskutiert aber nie bewiesen. Schlüssig erscheint in jedem Fall ein klarer Vorteil durch die Möglichkeit der Planung der Geburt und Erstversorgung dieser extrem fragilen Patientengruppe mit Bereitstellung des besten Teams auf geburtshilflicher und neonatologischer Seite für die intrapartale und unmittelbar postpartale Betreuung. Ein proaktives Management in diesen frühen Schwangerschaftswochen sollte aus kinderärztlicher Sicht die großzügige Bereitschaft zu einer Sectio beinhalten.

Im Gegensatz dazu dürften „größere“ Frühgeborene, speziell sogenannte „late preterm infants“ – wohl über die Problematik der respiratorischen Morbidität – eine erhöhte neonatale Mortalität nach Sectio im Vergleich zu vaginaler Geburt aufweisen.

In Summe bleibt die Frage der Kaiserschnittentbindung aus kinderärztlicher Sicht komplex: vielen – potentiell lebensrettenden Vorteilen bei speziellen Patientengruppen und Befundkonstellationen stehen signifikante Nachteile bei Sectio ohne medizinische Indikation gegenüber. In jedem Fall

müssen angehende Eltern aus kinderärztlicher Sicht, speziell vor einer elektiven Kaiserschnittentbindung ohne medizinische Indikation, über die Vor- und Nachteile der Sectio, inklusive möglicher Langzeitauswirkungen, aufgeklärt werden und eine solche elektive Sectio ohne medizinische Indikation ist aufgrund der erhöhten neonatalen Mortalität und Morbidität nicht vor SSW 39+0 durchzuführen. ■

Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Angelika Berger

*Stv. Leiterin der Abteilung für Neonatologie,
Pädiatrische Intensivmedizin und Neuro-
pädiatrie AKH/MedUniWien*

*Leiterin der Arbeitsgruppe „Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin“ der
Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und
Jugendheilkunde*

1 Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit – Kurzfassung der Studie

Ausgangssituation

■ Rund um das Themenfeld Kaiserschnitt² entwickelte sich in den letzten Jahren eine angeregte wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussion. Das Kaleidoskop der Gesichtspunkte erstreckt sich über Auslöser und Folgen des Anstiegs der Sectiorate bis hin zu physischen sowie psychischen Begleitaspekten einer Sectioentbindung für Mutter und Kind. Ziel dieser Studie war die Analyse der Steigerung der Kaiserschnitttrate sowie der Befindlichkeit der Frauen nach unterschiedlichen Geburtsverläufen.

Die Geburtenstatistiken der letzten 15 Jahre zeigen **international einen deutlichen Anstieg der Kaiserschnitttrate**. Betrug die Kaiserschnitttrate im OECD³-Schnitt 1990 etwa 14%, stieg sie bis zum Jahr 2000 auf 20% und bis 2009 auf 26% an (OECD 2011). Der WHO zufolge führe in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen der übermäßige Gebrauch an Sectiones zu keinen erkennbaren Vorteilen und nicht zuletzt zu einer nicht notwendigen Bindung globaler ökonomischer Ressourcen (Gibbons et al., 2010).

Österreich zählt mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 5,8% zu jenen

Ländern mit dem stärksten Zuwachs an Kaiserschnittgeburten. Innerhalb der EU weisen die Niederlande (14,3%) und Finnland (16,1%) die niedrigsten Kaiserschnitttraten auf (OECD, 2011). In Österreich kamen von den 78.952 Lebendgeborenen im Jahr 2012 29,4% per Kaiserschnitt auf die Welt (Statistik Austria, 2013). Dies liegt über dem OECD-Durchschnitt von 26,7% (OECD Health Data, 2013). Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer weist große regionale Unterschiede auf. Im Jahr 2012 lagen zwischen dem Bundesland mit der höchsten Rate (Burgenland) und dem Bundesland mit der niedrigsten Rate (Salzburg) 12,6% Differenz. Einen stetigen Anstieg der Kaiserschnitttrate verzeichnet auch die Bundeshauptstadt **Wien**. Seit dem Jahr 2000 stieg die Rate um 10 Prozentpunkte an und lag zuletzt bei knapp über 30%.

Eine Analyse von Versicherungsdaten in Deutschland zeigte, dass häufig genannte **Faktoren dieses deutlichen Anstiegs**, wie Altersstruktur der Mütter, Bildung, Häufigkeit und Verteilung von Früh- und Mehrlingsgeburten, makrosomen⁴ Kindern oder mütterlichen Erkrankungen für den Anstieg und die große Variation der Kaiserschnitttrate nicht verantwortlich gemacht werden

Tabelle 1: Kaiserschnitttraten in den einzelnen Bundesländern in den Jahren 1995, 2000, 2005, 2011, 2012

(Quelle der Daten: STATcube Statistischen Datenbank, Statistik Austria, 2013b).

Bundesland	1995	2000	2005	2011	2012
Burgenland	14,3 %	23,6 %	30,2 %	34,5 %	35,2 %
Kärnten	14,5 %	17,3 %	25,7 %	33,1 %	32,3 %
Niederösterreich	12,8 %	19,5 %	25,6 %	29,6 %	28,5 %
Oberösterreich	11,9 %	16,3 %	24,2 %	24,8 %	24,9 %
Salzburg	12,4 %	13,4 %	20,8 %	22,9 %	22,6 %
Steiermark	13,2 %	19,3 %	28,7 %	34,2 %	33,7 %
Tirol	15,1 %	18,0 %	29,6 %	32,1 %	29,1 %
Vorarlberg	9,5 %	15,8 %	25,0 %	27,5 %	27,4 %
Wien	14,2 %	20,0 %	25,2 %	28,9 %	30,4 %

2 Sectio Caesarea
 3 Organisation for Economic Cooperation and Development
 4 Feten über einem Gewicht von 4000–4500 g

können (Kolip et al., 2012). Jedoch konnte gezeigt werden, dass relative Indikationen⁵ 90% aller Kaiserschnittentbindungen begründen. Den AutorInnen zufolge sind das unterschiedliche Vorgehen bei diesen relativen Indikationen sowie die sich verändernde Haltung der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer bei Risikoschwangerschaften für die gegenwärtige Entwicklung ausschlaggebend. Risiken sind oft insuffizient definiert und der Kontext geburtshilflicher Einheiten muss diesbezüglich berücksichtigt werden.

Kontrovers werden die **strukturellen Bedingungen des Anstiegs der Sectiorate** diskutiert. Ein Krankenhaus erhält mehr finanzielle Mittel für einen Kaiserschnitt (laut LKF⁶ System mehr Punkte), hat aber auch mehr Kosten zu tragen. Die einfachere Planbarkeit und Kalkulierbarkeit der Personalressourcen insbesondere bei elektiven⁷ Kaiserschnitten im Vergleich zu spontanen Entbindungen tragen zur Attraktivität der Schnittentbindung bei (Kolip et al. 2012; DGGG⁸, 2010: AWMF⁹ 015/54). Für Versicherungsträger bedeutet dies auch höhere Kosten aufgrund der damit einhergehenden Verlängerung des Mutterschutzes um einen Monat.

84% der amerikanischen und 42% der britischen MedizinerInnen führten juristische Gründe, wie die Angst vor Klagen bei Geburtsschäden, als Ursache für die steigenden Sectioraten im eigenen Land an (Tew, 2007).

Untersuchungen zum Thema „Wunschkaiserschnitt“ zeigen, dass dessen Bedeutung überschätzt wird, denn nur ein geringer Anteil an Frauen wünscht sich explizit einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation (Kolip et al., 2012, Karlström et al., 2011, Mazzoni et al., 2011, McCourt et al., 2007, Hildingsson et al., 2002). Hinter der sogenannten „Wunschsectio“ stehen fast immer Gründe, die in Zusammenhang mit Angst und psychologischer Belastung stehen. Werden Frauen mit Geburtsangst und Wunsch nach Kaiserschnitt während der Schwangerschaft psychologisch betreut, kann dies nicht nur dazu beitragen die Sectiorate zu senken, sondern fördert auch langfristig die mütterliche Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis (Nerum et al., 2006, Halvorsen et al., 2008).

Kolip (2012) konnte aufgrund der vorliegenden WHO-Daten keinen direkten Zusammenhang zwischen Kaiserschnitttraten und neonataler Sterblichkeit feststellen (vgl. Niino, 2011, vgl. Wagner, 2001, Villar et al., 2006). So zeichnen sich etwa Island und Finnland, Nationen mit einer traditionell starken Position der Hebamme in der geburtshilflichen Versorgung, durch sowohl eine niedrige Sectiorate nahe der WHO-Empfehlung von 15%, als auch einer vergleichsweise niedrigen kindlichen Mortalität aus.

Unbestritten ist die lebensrettende Funktion der Sectioentbindung unter anderem bei absoluten Indikationen wie Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, Beckendeformitäten, (drohende) Uterusruptur, Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, fetale Azidose, Amnioninfektionssyndrom, Eklampsie, Nabelschnurvorfal und HELLP-Syndrom. Diese Indikationen machen laut der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie weniger als 10 von Hundert aller Schnittentbindungen aus (DGGG, 2010: AWMF 015/54). Schwieriger gestaltet sich die wissenschaftliche Diskussion bei relativen Indikationslagen, wie Beckenendlage, fetaler Makrosomie (über 4500 g), Verdacht auf relatives Missverhältnis von mütterlichem Becken und Kopfumfang des Kindes, Status nach Sectio oder nach vaginal-plastischer Operation, protrahierter Geburt, Zwillingsgeburt bei definierter Lage, Geburtsangst der Mutter oder auffälligem CTG (DGGF, 2010: AWMF 015/54, AWMF 015/021, AWMF 015/051). Eine CTG-Validierung, zur Beurteilung drohender intrauteriner Asphyxie, kann über Mikroblutanalysen erfolgen. Die geburtshilfliche Kompetenz ist in der Entscheidungsfindung für oder gegen eine invasive Entbindung gefragt.

Ein geplanter, nicht indizierter Kaiserschnitt, stellt aus neonatologischer Sicht **keinen eindeutigen Vorteil für das Kind** dar. In der Literatur finden sich Hinweise für ein erhöhtes Risiko für Kinder, die per Kaiserschnitt geboren wurden, an kindlichem Asthma bronchiale, frühkindlichen Typ 1 Diabetes mellitus, sowie allergischen Rhinitis, zu erkranken (Dominguez-Bello et al., 2010, Schlinzig et al., 2009, Tollanes et

5 Eine relative Indikation liegt vor, wenn zur Ermöglichung eines potentiellen Heilerfolgs mehrere alternative diagnostische oder therapeutische Maßnahmen möglich sind.

6 Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

7 Sectio ohne medizinische Indikation

8 Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

9 Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin

al., 2008, De Luca et al., 2009, Kolokotroni et al., 2012, Neu & Rushing, 2011, Thavagnanam et al., 2008, Cardwell et al., 2008). Mütter nach Kaiserschnitt stillen seltener und kürzer, was Auswirkungen auf die Kindergesundheit nach sich zieht (Zanardo et al., 2010, Wang et al., 2006, Chalmers et al., 2010, DiMatteo et al., 1996).

Das Mortalitäts- sowie Morbiditätsrisiko, das mit einem Kaiserschnitt für die Mutter einhergeht, ist in den letzten Jahren durch Verbesserungen in der Operationstechnik, der Einführung der Spinal- und Periduralanästhesie als Narkoseverfahren der Wahl bei primären und sekundären Sectiones sowie der Gabe von Thrombose- und Infektionsprophylaxe stark gesunken. Betrug das Mortalitätsrisiko innerhalb von 42 Tagen nach der Geburt zu versterben, für die Mutter zwischen 1983 und 1988 noch 0,48 ‰, so sank es bis 2008 auf 0,11 ‰ (Welsch, Wischnik & Lehner, 2011). Aufgrund dieses sehr geringen Risikos wird die Sectio als sicherer Routineeingriff bezeichnet.

Neben den erwiesenen lebensrettenden Vorteilen für Mutter und Kind bei klar indiziertem Kaiserschnitt, gibt es auch in der Literatur Hinweise für **Nachteile, die insbesondere das weitere reproduktive Leben der Mutter betreffen** (Porter et al., 2003). Da in Österreich der Großteil an Frauen, zwei Kinder zur Welt bringen (Ö: 72%, Wien: 65%, Statistik Austria, 2013), werden viele Frauen mit diesen Langzeitauswirkungen konfrontiert. Durch eine Sectio erhöht sich das Risiko für Plazenta-einnistungsstörungen (Blanchette, 2011, Getahun, 2006, DGGG, 2010: AWMF O15/46) bei einer Folgeschwangerschaft.

Ein Kaiserschnitt bedeutet einen zusätzlichen **Belastungsfaktor** im Wochenbett, wie zum Beispiel Schmerzen und eingeschränkte Mobilität (Lobel, & DeLuca, 2007). Ob jedoch ein Kaiserschnitt eine Frau psychisch belastet, ist von vielen Faktoren abhängig. Sowohl psychosoziale als auch situationsspezifische Faktoren spielen eine Rolle. Entscheidend ist, über welche Ressourcen die Frau verfügen kann, ob sie psychisch und körperlich vorbelastet ist und ob sie eine unterstützende Person an ihrer Seite hat. Weiters spielt die Frage nach einem sozialen Netz, ihrer finanziellen Si-

tuation sowie ihrem bisherigen Umgang mit kritischen Lebenssituationen eine Rolle (Waldenström, 2004).

Ein geplanter Kaiserschnitt wird grundsätzlich besser verkraftet als ein ungeplanter, da die Frau Gelegenheit hatte sich mental auf diesen Geburtsverlauf einzustellen (Rawlands & Redshaw, 2012; Ryding, Wijma & Wijma, 1998). Beim psychischen Wohlbefinden von Frauen nach geplanter Sectio ist sicherlich zu berücksichtigen, dass die Motivation dieser Frauen für die Sectio meist von starken Ängsten geprägt ist.

Metaanalysen weisen darauf hin, dass Mütter mit einer Sectio im Vergleich zu Müttern mit vaginaler Entbindung geringere kurz- und langfristige Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis zeigten, weniger stillten, längere Zeit bis zum ersten Mutter-Kind-Kontakt warten mussten und weniger positiv auf ihr Neugeborenes reagierten (DiMatteo et al., 1996, vgl. Wiklund, 2007, Prior et al., 2012).

Folgende **Risikofaktoren** tragen zu einem **negativen Geburtserlebnis** bei (Batson et al., 2008; Olde 2006) und können somit die Entwicklung von psychischen Problemen sowie posttraumatischem Stress postpartum begünstigen:

- Psychologische Probleme in der Vorgeschichte bzw. Ängstlichkeit
- negative Zusammenarbeit von Mutter und Pflegepersonal
- Kontrollverlust
- fehlende Unterstützung des Partners
- Notkaiserschnitt oder eine ungeplante operative Geburt
- Angst um das eigene Leben während der Geburt
- Eine als negativ wahrgenommene Behandlung durch das Betreuungspersonal
- Gesundheitliche Probleme nach der Geburt
- Geburtseinleitung
- Angst um das Leben des Kindes während der Geburt

- Lange Zeitspanne bis zum ersten Mutter-Kind-Kontakt (Rowe-Murray & Fisher, 2001)

Nach traumatisch erlebten Geburten schreiben Mütter Neugeborenen eher negativere Eigenschaften zu, was die Mutter-Kind-Bindung vorbelasten kann (MacDonald et al., 2011; Bennett & Slade, 1991; Parfitt & Ayers, 2009). ■

2 Fragestellung

- Hintergrund dieser Studie ist die europaweit, so auch in Wien, steigende Kaiserschnitttrate.

Die Studie dient der Analyse psychosozialer Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit in Wiener Krankenanstalten. Weiters wurde erhoben, wie gut sich Frauen informiert, einbezogen und betreut fühlen und welche Zusammenhänge identifiziert werden können.

Ziel war es Ansatzpunkte zu erheben, die für die Entwicklung zielführender Strategien dienlich sein können, um die Gesundheit und Zufriedenheit der Mütter in Zukunft weiter verbessern zu können. ■

3 Untersuchungsdesign

- Für die vorliegende Untersuchung wurde die Vorgangsweise einer retrospektiven, multizentrischen Fragebogenstudie an Frauen mit unterschiedlichen Geburtsmodi ab dem dritten Tag im Wochenbett gewählt.

Um der multikulturellen und multilingualen Lebensrealität der Gebärenden gerecht zu werden, wurde der Fragebogen neben deutsch in weiteren acht Sprachen verfasst (englisch, türkisch, bosnisch-kroatisch, serbisch, russisch, rumänisch, slowakisch, polnisch).

In den **sieben geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV)** wurde eine repräsentative Stichprobe von 1829 Frauen nach Kaiserschnitt oder Spontangeburt im Wochenbett per Paper-Pencil-Fragebogen befragt.

Ausgeschlossen wurden Frauen mit Totgeburten, sowie Frauen, die sich aus anderen Gründen außer Stande fühlten, den Bogen auszufüllen, wie zum Beispiel aufgrund starker Schmerzen oder akuter Überforderung. Frauen mit zu geringen Lesefähigkeiten konnten nicht an der Studie teilnehmen.

Ziel war es, von jedem der sieben geburtshilflichen Abteilungen rund 20% der Jahresgeburtenanzahl zu erreichen. Um die Repräsentativität der Daten zu garantieren, wurde angestrebt, die Verteilung der Entbindungsarten in der Stichprobe, aliquot der realen Verteilung laut des Geburtenregisters im Jahr 2010, zu erheben.

Je nach Abteilung wurde 23% bis 40% der Wöchnerinnen befragt. Es wurden Rücklaufquoten je nach Abteilung von 42% – 58% erzielt. Im Schnitt lag die Rücklaufquote bei ca. 47%. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juni 2011 bis April 2012.

Vier bis sechs Monate nach der Geburt wurden **zusätzlich 94 Telefoninterviews** im Rahmen einer Follow-Up-Untersuchung durchgeführt, um Hinweise auf die Langzeitzufriedenheit in Bezug auf den Geburtsmodus zu erhalten (Feigl, 2012).

Für die Analyse wurden die Daten von 1817 Fragebögen sowie die gesundheitlichen Daten aus dem PIA System¹⁰ herangezogen. Die Qualität dieser Daten ist je Abteilung sehr unterschiedlich. Manche Fragestellungen konnten in Folge der Datenqualität nicht beantwortet werden.

Die statistische Analyse der Daten erfolgte durch die *Statistik Austria*. Nach der Bereinigung des Datensatzes wurde eine Hochrechnung der Daten auf Gesamtzahl der Geburten in den geburtshilflichen Abteilungen im Erhebungszeitraum anhand des österreichischen Geburtenregisters vorgenommen (N=10655).

Die Hochrechnung ist eine Schätzung des Ergebnisses für die gesamte Zielgruppe aus den Ergebnissen der Stichprobe und dient

¹⁰ Innerhalb des PIA Systems werden gesundheitliche Daten jeder Gebärenden sowie der Geburtsverlauf im Krankenhaus dokumentiert.

der Qualitätsverbesserung der gewonnenen Daten. Dadurch können Stichprobenverzerrungen ausgeglichen werden.

Folgende Merkmale wurden zur Hochrechnung herangezogen: Krankenhaus, Alter der Mutter, Geburtsland der Mutter, Entbindungsart und Einling/Mehrling. ■

■ 4,9% in Bosnien/Herzegowina

■ 3,7% in Serbien/Montenegro

■ 3,5% in Polen

■ 2,6% in Deutschland

■ und 2,3% in Rumänien.

Die Mütter der Stichprobe weisen im Vergleich zu der Gesamtpopulation der Mütter, welche im Erhebungszeitraum in einer Geburtsabteilung des KAV¹¹ entbunden haben, einen höheren Bildungsstand auf.

So sind in der Stichprobe 36,9% AHS oder BHS Absolventinnen, in der Gesamtpopulation jedoch nur 12,8%. Hochschulabgängerinnen machen 30,2% der Stichprobe aus, in der Gesamtpopulation hingegen 18%.

4 Zentrale Ergebnisse

■ Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 30 Jahren.

Alter der Mutter

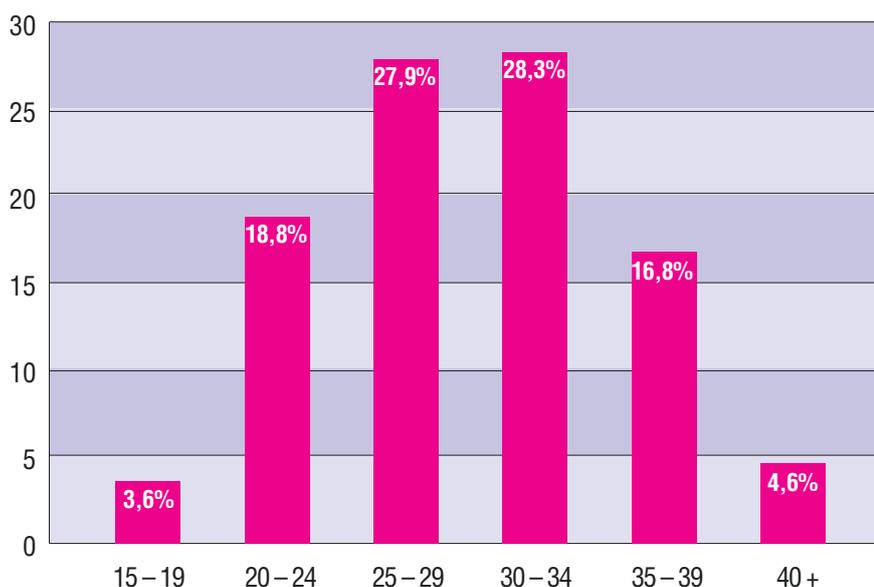


Abbildung 1: Altersverteilung in der hochgerechneten Stichprobe

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Die Stichprobe zeichnet sich durch eine große Herkunftsvielfalt von 75 verschiedenen Geburtsländern der teilnehmenden Mütter aus. Die größten Gruppen sind folgende:

■ 42,2% der Mütter sind in Österreich geboren

■ 9,6% in der Türkei

Die Hälfte der Mütter sind Erstgebärende, ein Drittel (32,7%) Zweitgebärende. 12% der befragten Frauen gebären ihr drittes Kind.

Die Kaiserschnitttrate lag im Untersuchungszeitraum bei insgesamt 31%, wobei 17,7% auf primäre Sectiones und 13,4% auf sekundäre Sectiones entfielen¹².

¹¹ Geburtenregister, Statistik Austria

¹² Primäre Sectio: Entscheidung zur Sectioentbindung wurde vor dem Einsetzen der Wehen getroffen
Sekundäre Sectio: Sectioentbindung nach Einsetzen der Wehen

Kaiserschnittquote der Gesamtstichprobe

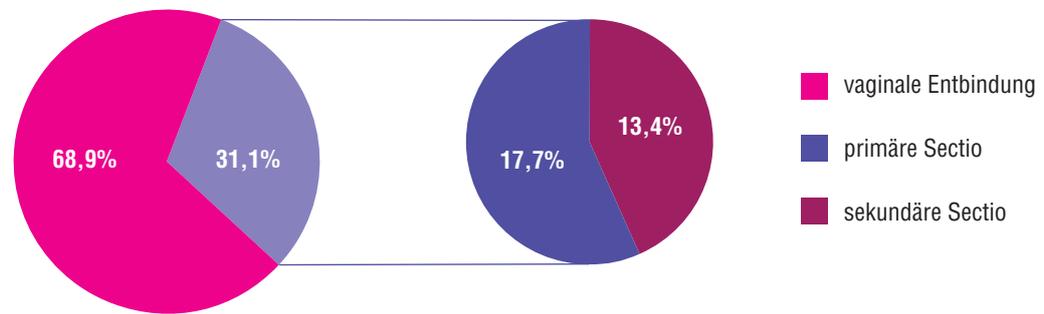


Abbildung 2: Kaiserschnittquote der Gesamtstichprobe

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Große Variation der Kaiserschnittquote zwischen den geburtshilflichen Abteilungen

Die Kaiserschnittquote variiert je nach geburtshilflichen Abteilungen zwischen 21,9% und 58,1%. Die primäre Kaiserschnittquote divergiert zwischen 10% und 45,5%. Die Rate der sekundären Sectiones reicht von 9,5% bis 18,1% je Krankenanstalt. Im Jahresbericht des Geburtenregisters Steiermark ist die österreichweit hohe Variabilität der Sectiorate unter den geburtshilflichen Abteilungen dokumentiert (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., 2011).

Die großen Unterschiede in der Kaiserschnittquote zwischen den Abteilungen können nicht allein auf medizinische Gründe rückgeführt werden. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen, dass bei Kontrolle wichtiger Risikofaktoren wie Alter der Mutter, vorangegangene Sectio, Mehrlinge, Lage des Kindes, Adipositas, Angst vor der Geburt, Fertilitätsbehandlung, Erstgebärend und Frühgeburtlichkeit die geburtshilfliche Abteilung selbst einen alleinigen Faktor für die Entbindung per Kaiserschnitt darstellt.¹³

Somit ist die Praxis der Krankenanstalt als ein signifikanter, von anderen Bedingungen unabhängiger Faktor der Kaiserschnittquote, zu nennen. Dies entspricht auch der Ergebnissen aus Deutschland (Kolip et al., 2012).

Größte Risikofaktoren für einen Kaiserschnitt: vorangegangener Kaiserschnitt und Beckenendlage

Weiters zeigte die Analyse, dass die größten Risikofaktoren für einen Kaiserschnitt:

- ein vorangegangener Kaiserschnitt (92 fach erhöhtes Risiko¹⁴)
- eine Beckenendlage (48 fach erhöhtes Risiko)
- eine frühe Frühgeburt (13 fach erhöhtes Risiko)
- sowie die Geburt von Mehrlingen (6 fach erhöhtes Risiko) sind.

Von den Frauen, die keine Sectio in ihrer Vorgeschichte hatten, entbinden rund 78% spontan. Liegt eine Sectio in der Vorgeschichte vor, entbinden nur rund 23% der Frauen spontan. Von allen Frauen, die per primärer Sectio entbinden, hat rund die Hälfte eine Sectio in ihrer Vorgeschichte.

Rund ein Viertel der befragten Frauen gibt an sehr große Angst vor der Geburt gehabt zu haben. Diese Frauen entbinden zu rund 38% per Sectio. Frauen, die vaginal entbinden, geben am seltensten an unter sehr großer Angst gelitten zu haben¹⁵.

In der befragten Stichprobe geben 34% an, bei vorangegangenen Geburten starke bzw. sehr starke Schmerzen zu erinnern. Die Erinnerung an eine sehr schmerzhaft Geburt dürfte demnach ein relevanter Risikofaktor für den Ausgang der Geburt sein, denn von diesen Frauen entbanden nur 35,8% spontan.

13 Methode: Multivariate Regressionsanalyse, Pseudo-R2 nach Nagelkerke = 0,600

14 Odds Ratio

15 $\chi^2(6) = 14,43; p \leq 0,05$

Aktueller Geburtsmodus bei mindestens einer vorangegangenen Sectio

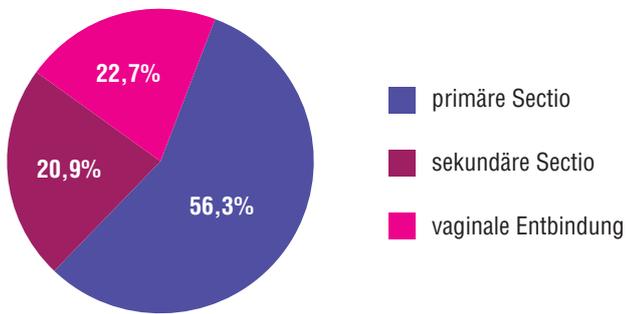


Abbildung 3: Geburtsmodus bei mindestens einer vorangegangenen Sectio laut Fragebogen, (betrifft 16 % der Gesamtstichprobe)

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

„Es ist ganz normal, Angst vor der Geburt zu haben – wie groß war diese bei Ihnen?“

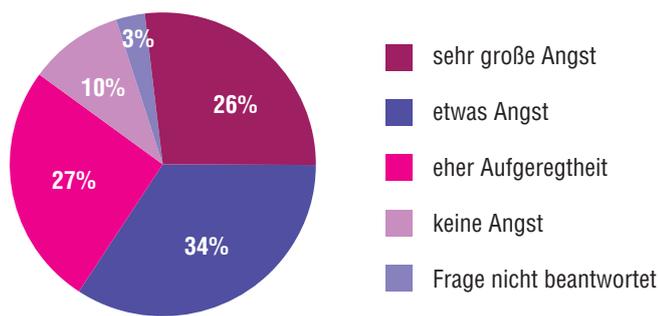


Abbildung 4: Angst vor der Geburt in der Gesamtstichprobe

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Verteilung der Geburtsmodi: „sehr große Angst“ versus „keine Angst“



Abbildung 5: Vergleich der Extremgruppen „sehr große Angst vor der Geburt“ und „keine Angst vor der Geburt“ nach Geburtsmodus

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Die Rolle der Ärztin bzw. des Arztes für die Entscheidung zu einem geplanten Kaiserschnitt aus der Sicht der Frau

- Die Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes ist, nicht völlig überraschend, der häufigste genannte Grund für einen primären Kaiserschnitt aus Sicht der Mütter:
- Rund 60% der Frauen geben die Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes als wichtigen oder sehr wichtigen Grund an.
- Die Angst vor Schmerzen ist für 16% der Frauen ausschlaggebend.
- 12% geben an, dass die einfachere Planbarkeit der Sectioentbindung die Motivation entscheidend beeinflusste.
- Nur wenige Frauen (3,1%) nennen die Angst vor Beeinträchtigung des Sexuallebens als Grund für den Kaiserschnitt.

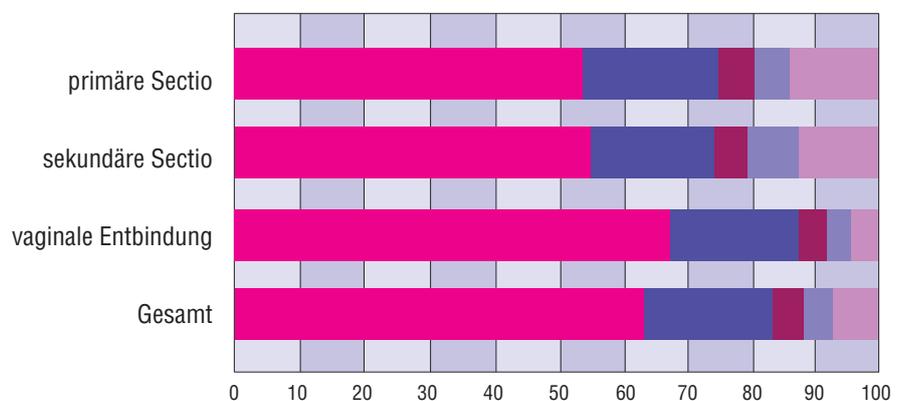
Mütter nach vaginaler Entbindung stillen häufiger

■ Insgesamt geben 88,2% der Mütter an, zum Erhebungszeitpunkt, also drei bis sechs Tage postpartum, zu stillen. 63,2% sind mit dem Stillterfolg sehr zufrieden.

Mütter mit Spontangeburt stillten insgesamt häufiger als Mütter mit Kaiserschnitt. Die Zufriedenheit mit dem Stillterfolg fällt bei Frauen nach einer primären Sectio am niedrigsten aus. Zwei Drittel der Frauen (67,6%) mit Spontangeburt geben an, dass das Stillen sehr gut oder gut funktioniere. Hingegen nur knapp über die Hälfte der Frauen mit primärem oder sekundärem Kaiserschnitt (54% bzw. 55%) äußern hohe Zufriedenheit bezüglich ihres Stillterfolges.

7,9% der Frauen nach Vaginalentbindung stillen im Wochenbett nicht oder haben bereits abgestillt. 19,5% der Mütter mit primärem und 14,9% mit sekundärem Kaiserschnitt stillen nicht.

„Stillen Sie derzeit Ihr Baby? Wenn ja, wie klappt es?“



	Gesamt	vaginale Entbindung	sekundäre Sectio	primäre Sectio
ja, sehr gut / gut	63,5%	67,6%	55,2%	54,0%
ja, mittelmäßig	20,0%	19,9%	19,2%	21,1%
ja, schlecht / sehr schlecht	4,8%	4,5%	5,2%	5,5%
ja, abgestillt / ohne Angaben	4,6%	3,7%	7,9%	5,5%
nein	7,0%	4,2%	12,5%	14,0%

Abbildung 6: Stillen nach Geburtsmodus, 3 bis 6 Tage nach der Entbindung

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

„Was ist Ihre persönliche Meinung zu folgenden Aussagen?“

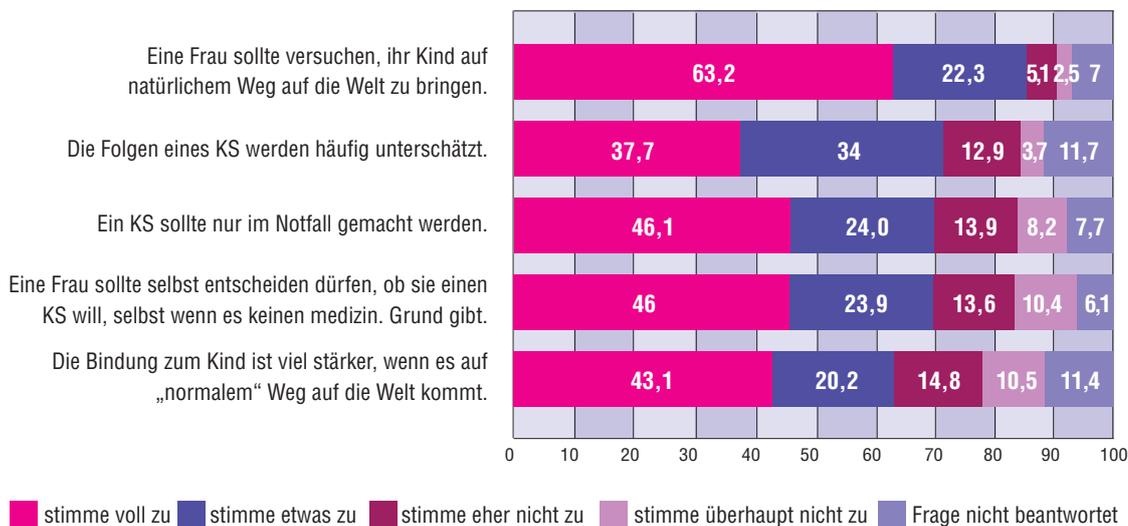


Abbildung 7: Persönliche Meinung der Frauen zum Kaiserschnitt

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Ein weiterer wichtiger Faktor für den Still-erfolg ist der Geburtszeitpunkt. Je früher das Kind zur Welt kommt, desto schlechter funktioniert das Stillen.

Einige Monate nach der Geburt stillen noch ca. 59% der Mütter nach einer vaginalen Entbindung sowie 48% Mütter nach einem primären Kaiserschnitt.

Große Unterschiede in Verwendung von Analgetika während der Geburt

■ Es zeigten sich große Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von Analgetika während der Geburt. Die Rate an Periduralanästhesien variiert zwischen 7,5% und 26,5% unter den geburtshilflichen Abteilungen.

Frauen wünschen sich überwiegend eine Vaginale Entbindung

■ Was die Meinung der Mütter betrifft, kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich Frauen eine vaginale Entbindung wünschen:

Der Großteil der Mütter (85,5%) meint, dass eine Frau versuchen sollte, ihr Kind spontan auf die Welt zu bringen. Weiters gibt der Großteil an, dass die Folgen eines Kaiserschnittes häufig unterschätzt werden (71,7%) und dass ein Kaiserschnitt nur im Notfall gemacht werden sollte (70,1%).

Wunschkaiserschnitt sehr selten

■ Die Wunschkaiserschnitttrate liegt in der Gesamtstichprobe bei 1,5%. Bei 8,4% aller Kaiserschnitte lag laut Angabe der Mutter keine medizinische Indikation vor. Stattdessen werden psychologische Motive oder Gründe der Planbarkeit für den Kaiserschnitt angegeben.

Geburtsvorbereitung wenig genützt

■ 21% der Mütter bereiteten sich mit einem Kurs auf die Geburt vor. Dabei zeigt sich eine signifikante Abhängigkeit vom Geburtsland der Mutter, vom Bildungsstand sowie von der finanziellen Situation in der Teilnahmewahrscheinlichkeit. In erster Linie nehmen Frauen, welche in Partnerschaft leben, in Österreich geboren sind, besser

verdienen und über eine höhere Bildung verfügen, Geburtsvorbereitungskurse in Anspruch. So besuchten etwa 31% der in Österreich geborenen Mütter, aber nur 3,1% der in der Türkei geborenen Frauen einen solchen Kurs. Selbiges trifft auf 38,9% der Frauen mit Universitätsabschluss versus 5,3% der Befragten mit Pflichtschulabschluss zu.

84% der Mütter mit Vaginalgeburt würden diesen Geburtsmodus einer Freundin empfehlen, jedoch nur 24% der Frauen mit primärem Kaiserschnitt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei Frauen nach vaginaler Geburt insgesamt positivere Gefühle überwiegen und weniger negative Gefühle berichtet werden als nach einer Schnittentbindung.

Teilnahmerate je Geburtsland der Mutter

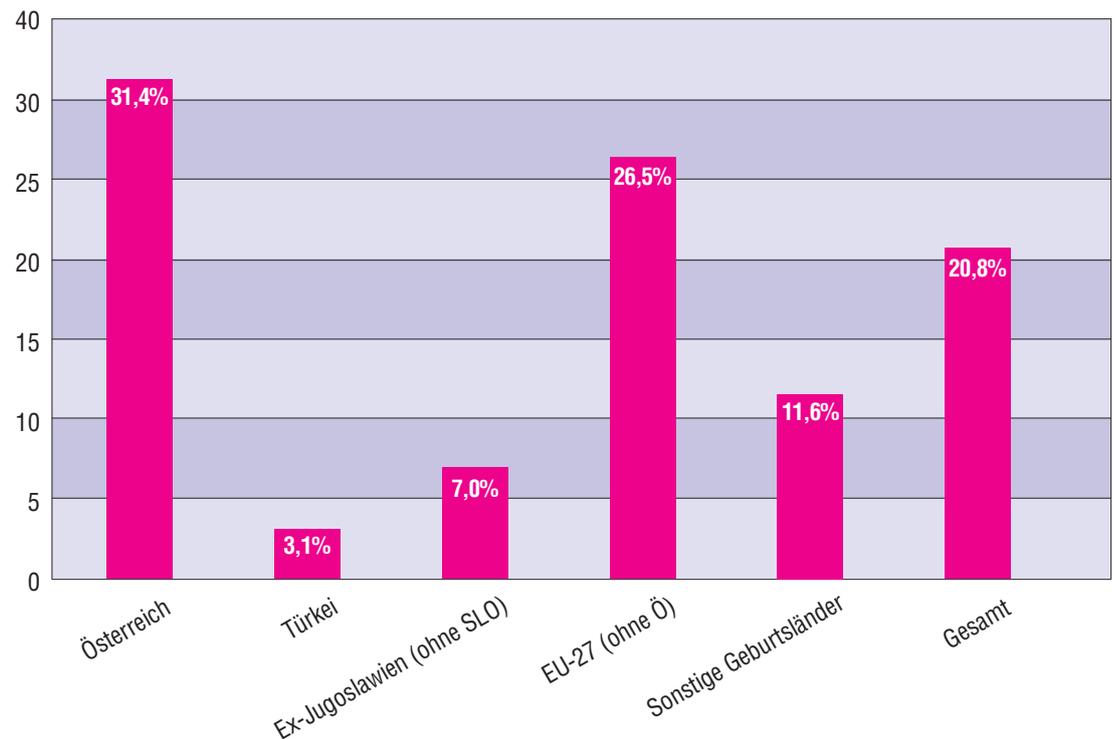


Abbildung 8: Teilnehmerinnenrate an Geburtsvorbereitungskursen je Geburtsland

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Höheres Wohlbefinden von Frauen nach vaginaler Geburt

■ Mütter mit vaginaler Geburt haben im Durchschnitt nach der Geburt deutlich weniger Schmerzen als Mütter mit Kaiserschnitt (12% versus 27,3% bei primärer bzw. 26,1% bei sekundärer Sectio). Auch fühlen sie sich nach der Geburt deutlich kraftvoller und stärker als Frauen nach Kaiserschnitt (30% versus 21% bei primärer Sectio bzw. 18,7% bei sekundärer Sectio). Frauen nach vaginaler Geburt fühlen sich weniger hilflos als Frauen nach Kaiserschnitt (3% versus 9%).

Sekundärer Kaiserschnitt ein emotional verunsicherndes Erlebnis

■ Ein Drittel (31,5%) der Mütter mit ungeplantem Kaiserschnitt nimmt diesen als Notsituation wahr. Mütter mit sekundärer Sectio fühlen sich nach der Geburt deutlich weniger selbstsicher als Mütter mit vaginaler Geburt (20,2% versus 34,6%). Mütter mit primärer Sectio fühlen sich zudem deutlich zuversichtlicher als Mütter mit sekundärer Sectio (42,3% versus 31%). Mütter mit vaginaler Geburt sind in ihrem Selbstwert signifikant mehr gestärkt als Mütter mit sekundärer Sectio (51% versus 42%).

„Würden Sie Ihrer Freundin eine Spontangeburt /einen Kaiserschnitt empfehlen?“

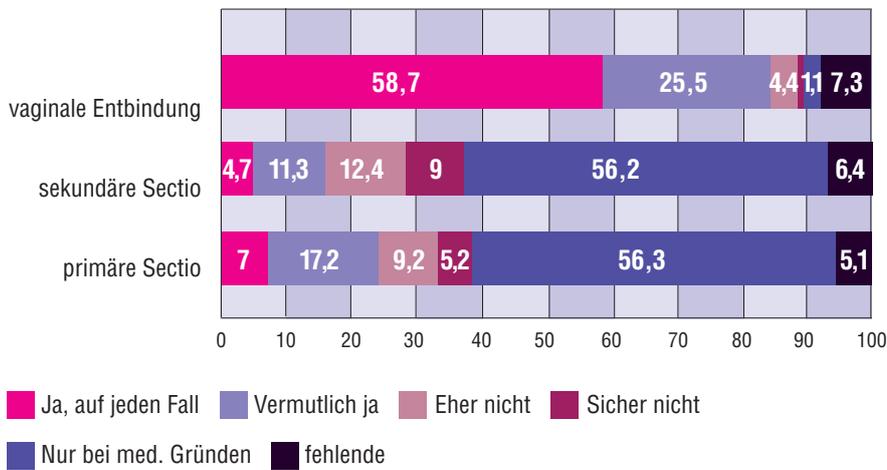


Abbildung 9: Empfehlung des jeweiligen erlebten Geburtsmodus in Prozent

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

„Waren diese Gefühle nach der Geburt vorhanden? Wen ja – stufen Sie ab“
-> stark / sehr stark

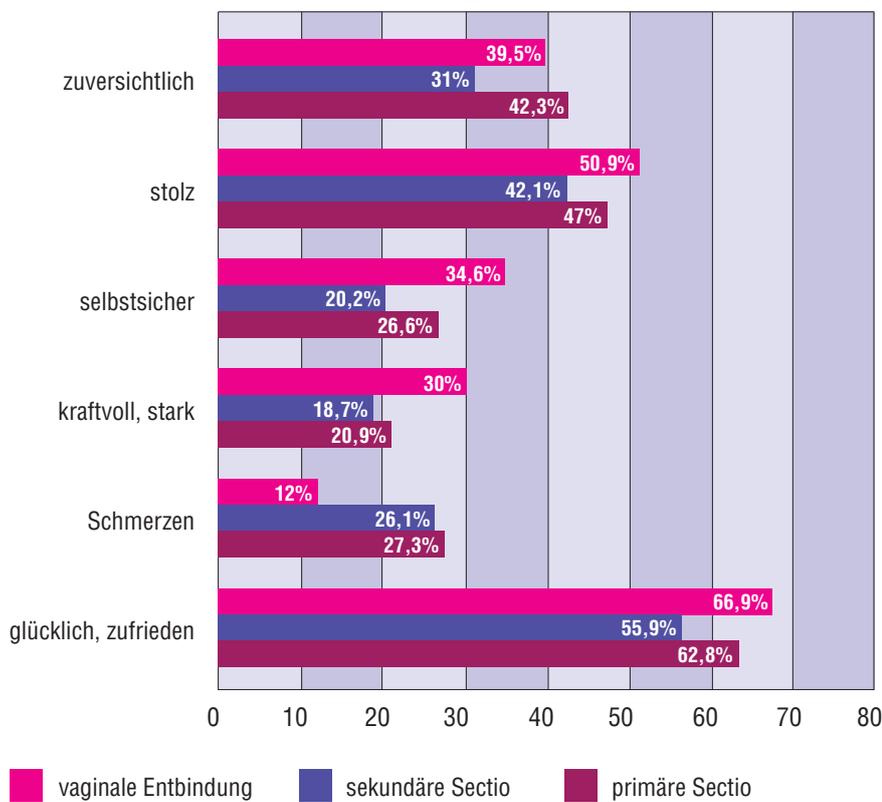


Abbildung 10: Gefühle der Mutter nach der Geburt (Stark/sehr stark), Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

„Wie zufrieden sind Sie, wenn Sie an Ihr Geburtserlebnis denken?“

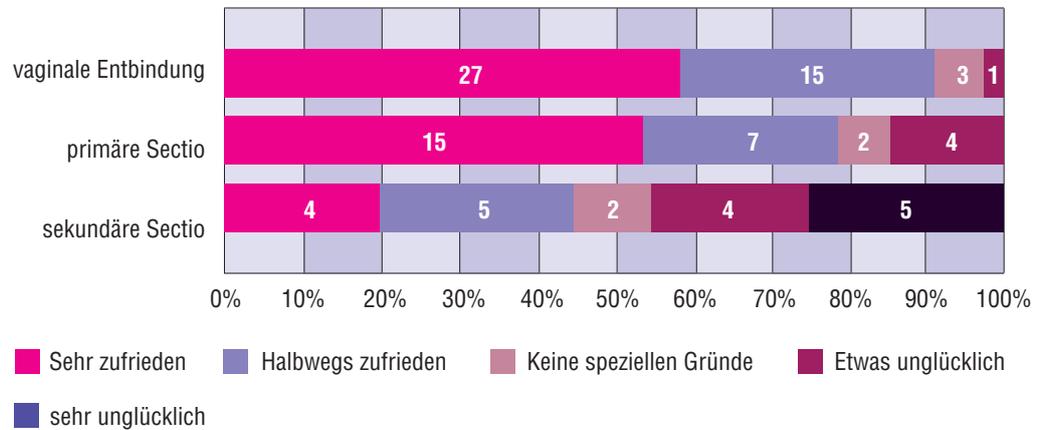


Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis 4 bis 6 Monate nach der Entbindung (Fallzahlen)

Quelle: Wiener Programm für Frauengesundheit, 2013

Es zeigt sich, dass der sekundäre Kaiserschnitt von den Frauen als ein verunsicherndes Ereignis empfunden wird. Frauen mit dieser Geburtserfahrung berichten auch langfristig häufiger über negative Gefühle.

In der Nacherhebung, ca. vier bis sechs Monate postpartum, waren Frauen mit sekundärem Kaiserschnitt mit ihrem Geburtserlebnis deutlich weniger zufrieden und berichteten noch immer in höherem Ausmaß über negative Gefühle im Zusammenhang mit dem Geburtserlebnis.

Zwei Drittel (68%) der spontangebärenden Frauen sind auch mehrere Monate nach der Entbindung sehr zufrieden mit dem Geburtserlebnis. 53% der primär sectionierten Frauen teilen diese Meinung. Deutlich ambivalenter gestalten sich die Angaben jener Frauen, bei welchen der Kaiserschnitt erst nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wurde. 45% sind unglücklich darüber, wie die Geburt erlebt wurde. Ebenfalls 45% dieser Gruppe geben jedoch an zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Geburtserlebnis zu sein.

5 Diskussion

Auch wenn für die Ergebnisse dieser Studie die Einschränkung einer retrospektiven Befragung gilt, so kann doch grundsätzlich von einer hohen inhaltlichen Validität der Erkenntnisse ausgegangen werden.

So konnte gezeigt werden, dass die Kaiserschnitttrate des Wiener Krankenanstaltenverbundes von multifaktoriellen Risikofaktoren bedingt wird. Zu einem analogen Ergebnis kamen Kolip et al. (2012).

Die Ergebnisse zur geringen realen „elektiven Sectiorate“ von 1,5% decken sich ebenso mit den Erkenntnissen der internationalen Literatur (Kolip et al. 2012, Wiklund, 2012, Karlström, 2011; Hidingsson et al., 2002). In Deutschland liegt die sogenannte „Wunschkaiserschnitttrate“ ohne subjektiv medizinische Indikation nach Angabe der Mutter bei rund 2% (Kolip et al. 2012).

Analog den Wiener Ergebnissen zeigen Kolip et al. (2012), dass folgende Punkte für die letztendliche Entscheidung zugunsten einer Sectio ausschlaggebend sind:

- Status post Sectio
- Relative Indikation, wie ungünstige Kindeslage
- Komplikationen während der Schwangerschaft
- Empfehlung der Ärztin / des Arztes
- Angst

Die vorliegende Studie unterstreicht dennoch die Bedeutung psychologischer Faktoren bei der Entscheidungsfindung für einen geplanten Kaiserschnitt. Angst vor der Geburt und starke Schmerzen bei früheren Geburten stehen in signifikantem Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Sectioentbindung.

Insgesamt decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit den Hinweisen aus der Fachliteratur, dass Mütter mit geplantem Kaiserschnitt eher einer vulnerablen Gruppe angehören. So wird deutlich, dass ein explizierter Kaiserschnittwunsch der Mutter und damit in Verbindung stehende Geburtsangst als ein Indikator für eine psychologische Beratung gesehen werden sollte (Maz-

zoni et al., 2011; Handelzalts et al., 2012; Rauh et al., 2012; Ri-hua Xie et al., 2011; Nerum et al., 2006, Sydsjö et al., 2013, Ryding et al., 1998). Die Tatsache, dass 26% der befragten Mütter sehr starke Angst vor der Geburt angeben, zeigt einen deutlichen Bedarf an maßgeschneiderter psychologischer Betreuung sowie guter Geburtsvorbereitung.

Kolip, Nolting und Zich (2012) konnten zeigen, dass eine während der Schwangerschaft früh einsetzende Hebammenbetreuung die Kaiserschnitttrate leicht mindert. Auch war die Tendenz zu einem Kaiserschnitt dann höher, wenn die Betreuung durch eine Hebamme erst zu einem späteren Zeitpunkt einsetzt.

Mütter mit ungeplantem Kaiserschnitt sind während und nach der Entbindung deutlich verunsichert (vgl. Dunn & O Herlihy, 2005, Porter, 2007). Sie haben sich auf etwas anderes eingestellt, eine vaginale Geburt erwartet bzw. gewünscht und sich mitunter nicht mit der Möglichkeit eines Kaiserschnitts auseinandergesetzt. Viele dieser Mütter werden von den unmittelbaren Konsequenzen der Geburt und auch den psychischen Folgen überraschend konfrontiert. Meist sind sie nicht ausreichend informiert oder nicht auf postoperative Schmerzen oder Stillschwierigkeiten vorbereitet. In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, dass Frauen, welche einen Kaiserschnitt hatten, seltener und kürzer stillen als Frauen mit vaginaler Geburt (Prior, 2012, DiMatteo et al., 1996, Zanardo et al., 2010, Wang et al., 2006).

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass Frauen eine vaginale Entbindung präferieren, wenn aus ihrer Sicht keine medizinischen Risiken dagegen sprechen. Sectiones gehen einher mit gemindertem Stillerfolg, sowie einer höheren Belastung für die Mutter aufgrund eines unbefriedigenderen Geburtserlebnisses. Diese Punkte unterstreichen die Bedeutung von hochqualitativer Geburtsvorbereitung, um Schwangere umfassend über verschiedene Geburtsmethoden zu informieren und auf deren lang- sowie kurzfristige Konsequenzen vor zu bereiten.

Es lassen sich daher folgende Empfehlungen ableiten:

Resultierende Handlungsempfehlungen

- **Information der Mütter über Kurz- und Langzeitfolgen der verschiedenen Geburtsmodi**, Erstellung einer Info-Broschüre
- **Empfehlungen durch Fachgesellschaften zu Indikationen für Sectioentbindung bei Risikokonstellationen**, wie zum Beispiel Sectiowunsch, Status Post Sectio, Zwillingsgeburt, Beckenendlage, als Unterstützung für GeburtshelferInnen nach Vorbild der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin) sowie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- **Ausbau einer niederschweligen Geburtsvorbereitung für werdende Mütter und deren Partner**
Information über psychische und körperliche Vorbereitung auf die Geburt und die erste Zeit danach, Information über mögliche Geburtsverläufe [auch bei Satus Post Sectio], Sicherstellung auch nicht deutschsprachiger Angebote, aktiver Einbezug der Väter
- **Stärkere Berücksichtigung der psychischen Belastung von Frauen durch eine Sectioentbindung** um ein möglichst positives Geburtserlebnis zu unterstützen
- **Interdisziplinäre Betreuung bei psychosozialen Krisen**, Früherkennung von psychisch und sozial belasteten Mütter um frühzeitig Unterstützung bieten zu können

Literatur

- OECD (2013). OECD Health Data. URL: www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm (zuletzt aufgerufen am 4.1.2014)
- OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. URL: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en (zuletzt aufgerufen am 4.7.2013).
- Niino, Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*, 5 (4), 139-150.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M. & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year. Overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report, Background Paper, 30.
- Statistik Austria (2013b). Statistische Datenbank Geborene, URL: http://statcube.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=degeborene_ext (Zuletzt aufgerufen am 22.3.2013).
- Kolip, P., Noltin, H.-D., Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten-Entwicklung und regionale Verteilung. Güterloh: Bertelsmannstiftung.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Absolute und relative Indikation zur Sectio caesarea. AWMF 015/54 (S1).
- Tew, M. (2007). Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N. H., Bonotti, A.M., Gibbons, L., Sánchez, A., Belizán, J. M. (2011). Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 (4), 391–399.
- Karlström, A., Nystedt A., Johansson, M., Hildingsson, I. (2011). Behind the Myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27 (5), 620–7.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Gamble, J., Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34(3), 273–4.
- Hildingsson, I., Radestad I., Ruperzsson, C., Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109 (6), 618–23.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T., Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33(3), 221–8.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Oian, P., Sorlie, T. (2008). Is there an association between psychological stress and request for caesarian section? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128 (12), 1388–91.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, 25–37.
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A. ... Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 12,368(9535), 580.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt. AWMF 015/021 (S1).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Geburt bei Beckenendlage. AWMF 015/051 (S1).
- Dominguez-Bello, M. G., Costello, E. K., Contreras, M., Magris, M., Hidalgo, G., Fierer, N. & Night, R. (2010). Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across body habitats in newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 107(26), 11971–5.
- Schlinzig, T., Johansson, S., Gunnar, A., Ekström, T. J., Norman, M. (2009). Epigenetic modulation at birth, altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. *Acta Paediatrica*, 98, 1096–99.
- Tollanes, M. C., Moster, D., Dalveit, A. K., Irgens, L. M. (2008). Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study. *Journal of Pediatrics*, 153(1), 112-6.
- Kolokotroni, O., Middleton, N., Gavatha, M., Lamnissos, D., Priftis, K. N., Yiallourous, P. K. (2012). Asthma and atopy in children born by caesarean section: effect modification by family history of allergies- a population based cross-sectional study. *British Medical Journal Pediatrics*, 12, 179.
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M. D. & Cardwell, C. R. (2008). A meta-analysis of the association between caesarean section and childhood asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, 38(4), 629–33.
- Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M. J., Patterson, C. C. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, 51 (5), 726–35.
- De Luca, R., Boulvain, M., Irion, O., Berner, M., Pfister, R. E. (2009). Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics*, 123 (6), 1064–71.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275–9.
- Wang, B. S., Zhou, L. F., Zhou, L. P., Gao, X. L. & Gao, E. S. (2006). Prospective observational study on the effects of caesarean section on breastfeeding. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 41(4), 246–8.
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D. B., O'Brien, B., Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian woman: a comparison of experiences. *Birth*, 37 (1), 44–49.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychological outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 5(4), 303–314.

- Welsch, H., Wischnik, A., Lehner, R. (2011) Müttersterblichkeit. In Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K. (Hrsg.), *Die Geburtshilfe*, 1207–1224, 4. Auflage. Springer Verlag, Berlin.
- Porter, M., Bhattacharya, S., Teijlingen, E. & Templeton, A. (2003). Does Caesarean section cause infertility? *Human Reproduction*, 18 (10), 1983–1986.
- Blanchette, H. (2011). The rising cesarean delivery rate in America: What are the consequences? *Obstetrics Gynecology*, 118(3), 687–90.
- Getahun, D., Oyelese, Y., Salihu, H. M., Ananth, C. V. (2006). Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstetrics & Gynecology*, 107 (4) 771–8.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio. Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen. AWMF O15/ 46.
- Lobel, M. & DeLuca, R. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64 (11), 2272–2284.
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31 (2), 102–7.
- Rowlands, I. J. & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and woman s psychological and physical well-being in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 138.
- Ryding, E. L., Wijma, K., Wijma, B. (1998). Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19 (3), 135–44.
- Wiklund, I., Edman, G., Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (9), 1148–9.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L.H., Modi, N. & Hyde, M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113–35.
- Batson, H., Rijinders, M., Green, J. M. & Buitendijk, S. (2008). Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), 323–339.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 1–16.
- Rowe-Murray, H. J. & Fisher, J. R. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(10), 1068–75.
- MacDonald, S., Slade, P., Spiby, H., Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 32(3), 141–6.
- Bennett, D. & Slade, P (1991). Infants born at risk: consequences for maternal post-partum adjustment. *British Journal of Medical Psychology*, 64 (2), 159–72.
- Parfitt, Y. & Ayers, S. (2009). The effect of post natal symptoms of post traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27 (2), 127–142.
- Feigl, K. (2012). Auswirkungen des Geburtsmodus auf das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie die Bewertung der Geburt von Müttern vier bis sieben Monate post partum. Bachelorarbeit, Fachhochschulstudiengänge Burgenland GmbH.
- Grotlüschen, A. & Riekmann, W. (2011): leo. – Level-One Studie. Universität Hamburg, Hamburg. URL: <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/> .
- Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H. (2011). *Geburtenregister Steiermark. 2011 Jahresbericht*. URL: www.kages.at/cms/dokumente/10278419_1953002/dd5fa675/geburtenregister_kages_2011.pdf (Zuletzt aufgerufen am 12.04.2013).