

Handlungsbedarf Kaiserschnitt

Ursachen der steigenden Kaiserschnitttrate in Deutschland - Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate

Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-
Interviews 2012/2013



Autorinnen:

Petra Otto
Tilly Wagner

AKF[®]

Im Auftrag des Arbeitskreis für Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.)

Juni 2013

Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin

Tel: 030 – 86 39 33 16
Fax: 030 – 86 39 34 73

buero@akf-info.de
www.akf-info.de
facebook.com/AKFeV



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**

in Medizin, Psychotherapie
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin

Tel: 030 – 86 39 33 16

Fax: 030 – 86 39 34 73

buero@akf-info.de

www.akf-info.de

Petra Otto, Tilly Wagner: Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursachen der steigenden Kaiserschnittraten in Deutschland - Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate.
Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013.

Herausgegeben vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.), Berlin 2013.

Wir bedanken uns bei allen TeilnehmerInnen der Online-Umfrage und interviewten Fachkräften für ihre freundliche Unterstützung, engagierte Diskussionsbereitschaft sowie die Zeit, die sie uns zur Verfügung stellten.

Wir bedanken uns bei der BARMER GEK für die Förderung des Projektes.

Gliederung

1. Einführung.....	4
2. Methodisches Vorgehen.....	6
3. Ergebnisse der Online-Befragung.....	8
4. Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews.....	10
5. Maßnahmenpaket zur Senkung der Kaiserschnittraten.....	15
6. Fazit.....	17
7. Literaturverzeichnis.....	18
Anhang: Aufruf des AKF „In Deutschland kommt jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt auf die Welt. Es ist höchste Zeit, die Kaiserschnitttrate zu senken.“	

1. Einführung

Der Kaiserschnitt steht zunehmend im Mittelpunkt öffentlicher Aufmerksamkeit. In den Medien kursieren auf der einen Seite Fallbeispiele prominenter Protagonistinnen, die sich für einen Kaiserschnitt entschieden haben. Auf der anderen Seite spitzt sich - auch unter medizinischen Fachleuten - die Kritik an dem über die medizinische Notwendigkeit hinausgehenden Maß an Schnittentbindungen zu (Kolip, Louwen, 2012; Lütje, 2009). Der Kaiserschnitt liegt weltweit im Trend. In Deutschland hat sich die Kaiserschnitttrate in den letzten 20 Jahren verdoppelt auf 31,9% (2010). Mittlerweile fällt bei fast jeder dritten Schwangerschaft die Entscheidung für eine Schnittentbindung (Destatis, 2012; Kolip/Nolting/Zich, 2011). Bei etwa zwei Dritteln der Frauen, die einen Kaiserschnitt hatten, wird die nächste Schwangerschaft wieder durch einen Kaiserschnitt beendet - auch das lässt die Rate der Kaiserschnitte zunehmend schneller ansteigen (Bundesauswertung Geburtshilfe, 2010).

Bei dieser Entwicklung ist zu bedenken, dass nur etwa zehn Prozent der Kaiserschnitte medizinisch indiziert sind. Bei rund 90 Prozent der Kaiserschnitte liegt kein zwingender medizinischer Grund vor wie z.B. eine Plazenta praevia, eine vorzeitige Plazentalösung, eine Querlage des Kindes oder eine mütterliche Eklampsie, sondern es gibt einen Handlungsspielraum, der dann zugunsten des Kaiserschnitts entschieden wird (AWMF-Leitlinie, DGGG 2008). Allerdings fehlt für viele dieser Entscheidungen bisher die ausreichende wissenschaftliche Grundlage. So ergab eine neue Cochrane-Metaanalyse (Lavender et al., 2012), dass keine evidenzbasierten Studien existieren, die Kaiserschnitte und Vaginalgeburten ohne medizinische Risiken im Vorfeld hinsichtlich der körperlichen und seelischen Folgen für Mutter und Kind vergleichen. Dies macht eine seriöse Beurteilung dieser beiden Wege, ein Kind zu bekommen und somit evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Praxis problematisch. Die AutorInnen sehen demzufolge einen dringenden Bedarf an systematischen Reviews von Beobachtungsstudien und qualitativen Daten, damit mögliche Kurz- und Langzeitfolgen von Kaiserschnitten und Vaginalgeburten erfasst und beurteilt werden können. Die routinemäßige Sammlung von qualitativen, zuverlässigen Daten und das Einbeziehen der Ansichten und Erfahrungen von Müttern und Professionellen könnte Frauen helfen, fundierte Entscheidungen zu treffen und eine informierte Bewertung der Vor- und Nachteile von Kaiserschnitten ohne medizinischen Grund ermöglichen.

Mögliche Folgen

Die unzureichende wissenschaftliche Datenlage legt ein besonders vorsichtiges, individuell auf die jeweilige Frau abgestimmtes geburtshilfliches Vorgehen nahe. Trotzdem wird der Kaiserschnitt heutzutage von schwangeren Frauen und betreuenden ÄrztInnen überraschend häufig der natürlichen Geburt vorgezogen. Dabei werden bisher bekannte kurz- und langfristige gesundheitliche Risiken oftmals vernachlässigt. Eine Reihe von Studien gibt mittlerweile ernsthafte Hinweise darauf, dass ein Kaiserschnitt sowohl für die Mutter als auch das Kind mit zahlreichen Risiken verbunden sein kann.

Für die Mütter wurden vermehrt Infektionen, Gewebeverletzungen, Wundheilungsstörungen, höhere Blutverluste, ein erhöhtes Thromboserisiko und Komplikationen bei den Folgeschwangerschaften wie z.B. Einnistungsstörungen der Plazenta festgestellt. Hinzu kommt ein, wenn auch geringes, Narkoserisiko.

Bei den Neugeborenen, die per Kaiserschnitt auf die Welt kommen, ist die Kurz- und Langzeitmorbidity gegenüber vaginal geborenen Kindern erhöht: Es wurden häufiger Atemanpassungsschwierigkeiten, Allergien, Asthma, Diabetes Typ 1, Adipositas und Frühgeburten festgestellt sowie häufigere Einweisungen auf die Intensivstation. Je früher der Kaiserschnitt - gemessen am Geburtstermin - durchgeführt wurde, desto höher war die Morbiditätsrate (Lutz & Kolip, 2006, Kolip/Nolting/Zich, 2011, Louwen, 2012).

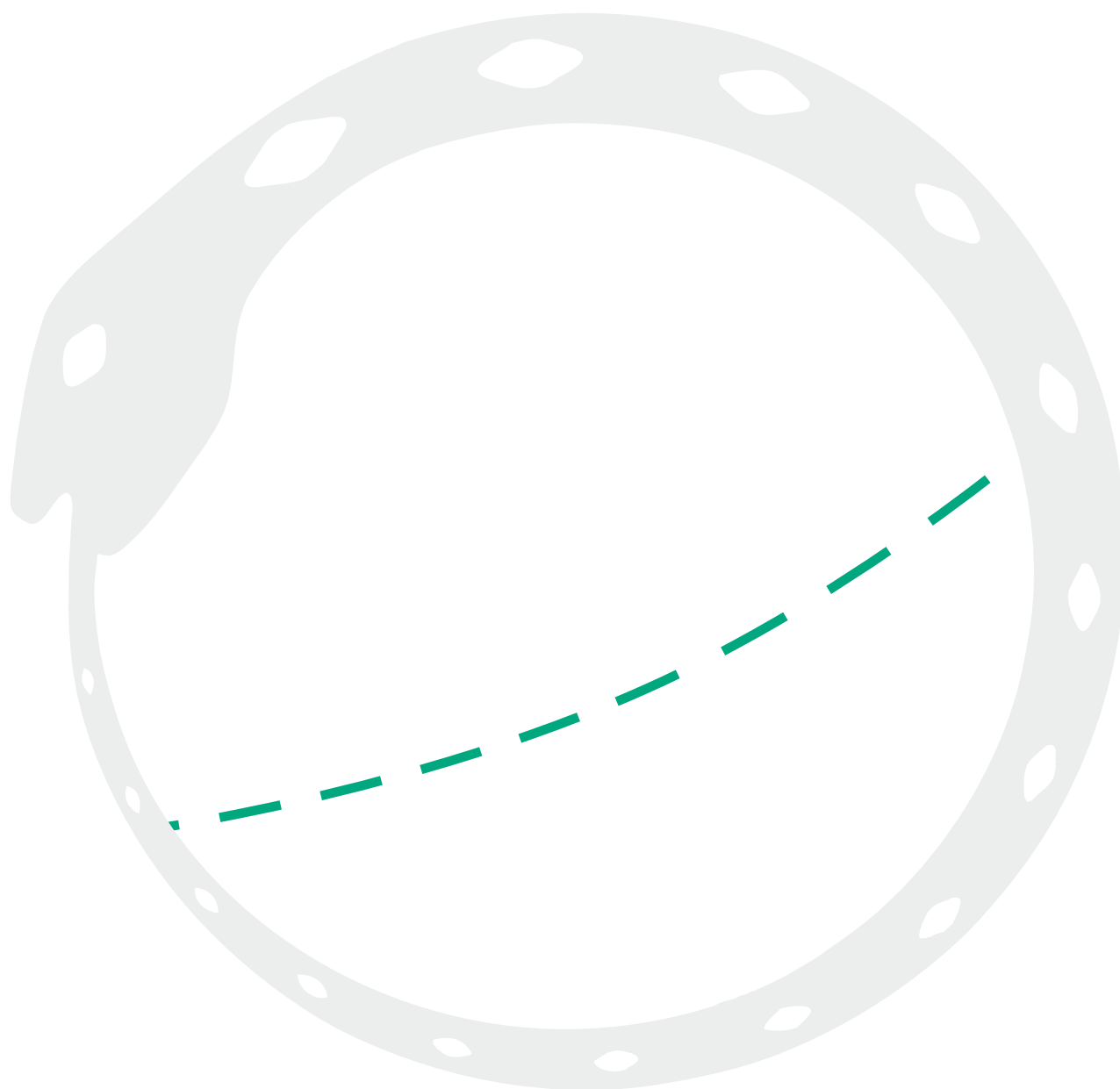
Mögliche psychische Folgen für die Mutter und das Kind sowie die Mutter-Kind-Bindung und körperliche, seelische und sexuelle Empfindungsstörungen nach der Operation sind noch weitgehend unerforscht.

Die unzureichende wissenschaftliche Datenlage führt dazu, dass es den meisten Schwangeren und ÄrztInnen an wichtigen Informationen für eine fundierte Entscheidung über die Konsequenzen dieses Eingriffs fehlt (Lavender, 2012).

Handlungsbedarf

Aufgrund dieser Gesamtproblematik hat der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.), ein Zusammenschluss von Gynäkologinnen, Hebammen, Psychotherapeutinnen und anderen im Bereich Frauengesundheit professionell Tätigen, einen Aufruf zur Senkung der Kaiserschnitttraten initiiert. Der Aufruf stieß auf große Resonanz und hat zahlreiche bundesweite Aktivitäten zur Folge, z.B. Anfragen in den Landtagen zur Sectiopraxis der einzelnen Bundesländer.

Die unzureichende Datenlage und die oben genannten Fakten veranlassten den AKF weiterhin zu einer ExpertInnen-Umfrage, mit der die Hauptursachen für die steigenden Sectioraten erörtert und handlungsleitende Maßnahmen gegen die hohen Kaiserschnitttraten identifiziert werden können. Ziel der Online-Umfrage sowie der ExpertInnen-Interviews ist es, ein praxisrelevantes Maßnahmenpaket zur Senkung der Kaiserschnitttraten zu formulieren. Auf einem Symposium des AKF Anfang des Jahres 2014 sollen die Ergebnisse der Umfrage und Interviews gemeinsam mit ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik diskutiert und Umsetzungsvorschläge und Forderungen an die verantwortlichen Gesundheitsgremien weitergeleitet werden.



2. Methodisches Vorgehen

Mittels zwei verschiedener methodischer Ansätze wurden Ursachen für die steigenden Sectioraten ermittelt sowie Möglichkeiten und Maßnahmen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Zum einen wurde eine Online-Umfrage bei Fachkräften in Beratungsstellen, Geburtshäusern, geburtshilflichen Kliniken und bei niedergelassenen ÄrztInnen realisiert. Zum anderen wurden zwölf ExpertInnen-Interviews in verschiedenen Regionen Deutschlands durchgeführt. Durch die unterschiedlichen regionalen Bezüge sollten gegebenenfalls Ursachen für die orts-, praxis- und klinikspezifisch differierenden Kaiserschnittraten herausgefunden werden.

In beiden methodischen Ansätzen standen zwei Leitfragen im Mittelpunkt:

1. Worin sehen Sie die Hauptursachen der steigenden Kaiserschnittzahlen in Deutschland?
2. Haben Sie aufgrund Ihrer geburtshilflichen Erfahrung bzw. Ihrer Erfahrungen in der Begleitung von Schwangeren konkrete Vorschläge und Maßnahmen zur Senkung der Rate medizinisch nicht notwendiger Kaiserschnitte?

2.1 Online-Umfrage

Für die Online-Umfrage wurden 70 babyfreundliche Krankenhäuser, insgesamt 65 Geburtshäuser und Hebammenkreißsäle sowie 22 der vom Runden Tisch des AKF „Lebensphase Eltern werden“ ausgewählten ExpertInnen (Hebammen, ÄrztInnen, Wissenschaftlerinnen, Psychologinnen, Beraterinnen) angeschrieben. Rückmeldungen zur Online-Umfrage gab es von 26 Fachkräften und -einrichtungen aus der geburtshilflichen Praxis (von sieben (Chef-) ÄrztInnen, neun Geburtshäusern, neun Hebammen und einer Beraterin). Die Rückmeldungen der Geburtshäuser wurden jeweils als eine Stimme gezählt, obwohl meist mehrere Hebammen unterzeichneten. Insofern liegt die reale Zahl der an der Umfrage beteiligten Personen höher und die Punktzahl im ermittelten Ursachen-Ranking. Dies ändert aber nichts an der Reihenfolge des Rankings insgesamt.

Der Erhebungszeitraum betrug zwei Wochen. Alle teilnehmenden Fachkräfte beantworteten die Fragen in ausführlicher Form. Die Analyse der Online-Umfrage erfolgte nach Berufsgruppen getrennt. Somit wurden die Hauptargumente unterteilt nach Berufsgruppen (Hebamme, (Chef-) Arzt/ Ärztin) herausgearbeitet.

2.2 ExpertInnen-Interviews

Um ein möglichst umfassendes Meinungsbild zu erhalten, wurden die InterviewpartnerInnen auf Grund der regionalen Lage, ihrer beruflichen Tätigkeit und ihrer beruflichen Position ausgewählt. Auch wurde auf eine möglichst unterschiedliche Kaiserschnitttrate der Institution, in der die ÄrztInnen und Hebammen arbeiten, geachtet. So wurde sichergestellt, dass sowohl Einschätzungen von ExpertInnen zur Verfügung stehen, die in Institutionen mit hohen Kaiserschnitttraten arbeiten, als auch in Einrichtungen tätig sind, die mit niedrigen Kaiserschnitttraten als Beispiele guter Praxis gelten. Im Folgenden sind die InterviewpartnerInnen nach Berufsstand, Region sowie Kaiserschnitttrate aufgeführt:

1. Chefarzt, Hessen, 26 % Kaiserschnitttrate
2. Chefarzt, Hamburg, 25 % Kaiserschnitttrate
3. Chefarzt, Berlin, 26% Kaiserschnitttrate
4. Chefärztin, Nordrhein-Westfalen, 27% Kaiserschnitttrate
5. Belegärztin, Baden-Württemberg, 6% Kaiserschnitttrate
6. Niedergelassene Frauenärztin, Nordrhein-Westfalen
7. Niedergelassene Frauenärztin, Nordrhein-Westfalen
8. Klinikhebamme, Berlin, knapp 20% Kaiserschnitttrate
9. Freiberufliche Hebamme, Brandenburg
10. Psychologin, Bremen
11. Arzt, Perinatalstatistiker, Hessen
12. Beraterin, Bayern

Die ExpertInnen-Interviews wurden von Dezember 2012 bis Februar 2013 teilweise persönlich, teilweise telefonisch durchgeführt. Eine Anonymisierung der Interviews wurde vereinbart. Im Fokus der Interviews standen die zwei Leitfragen (siehe oben). Diese wurden allerdings mit weiteren ad-hoc Fragen, zum Beispiel zur Rolle des Mannes im Kreißaal oder zur Sectiohäufigkeit bei Schwangeren mit Migrationshintergrund, ergänzt. Alle Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Diese wurden transkribiert, analysiert und die angegebenen Ursachen und Maßnahmen nach Häufigkeit gelistet.

3. Ergebnisse der Online-Befragung

Die AKF-Online-Befragung 2012 ergibt ein weitgehend homogenes Bild was die Einschätzung der Ursachen für die hohe Kaiserschnitttrate und Maßnahmen zu deren Senkung durch die geburtshilflichen Fachkräfte anbelangt. Widersprüchliche Argumente gibt es (insbesondere) hinsichtlich des finanziellen Faktors als Ursache für die hohen Kaiserschnittraten, den Wunschkaiserschnitt und die Frage, ob die Hebammen als alleinige Berufsgruppe - ohne die Einbindung von ÄrztInnen - eine Geburt zukünftig begleiten sollen.

Im Folgenden werden die am häufigsten genannten Ursachen für die hohen Sectioraten und prägnantesten Maßnahmen gegen die zunehmenden Kaiserschnittraten, getrennt nach interviewten Berufsgruppen, aufgeführt.

Ursachen

Hebammen/Geburthaus	(Chef-)ÄrztInnen
Zunehmende Angst vor juristischen Konsequenzen bei Haftungsfällen	Defensivmedizin aus Sorge vor juristischen Konsequenzen, Vermeidung eines Behandlungsfehlerwurfes, zunehmende Klagebereitschaft der Eltern
Angst, Unwissenheit, Erfahrungsmangel der MedizinerInnen bzgl. Vaginalgeburt, kein Verständnis der Physiologie der Geburt	Mangelnde Erfahrung der jungen GeburtshelferInnen in vaginaler Entbindungstechnik/mit spontanen Geburtsverläufen Das Handwerk „Geburtshilfe“ wird nicht gut genug gelehrt.
Risikoorientierung der Geburtshilfe	Risikobetonung in der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe
Vaginalgeburt finanziell zu gering, Sectio zu hoch honoriert	Kaiserschnitt finanziell (und zeitlich) lukrativer
Sectio führt zu Re-Sectio	Sectio bei Erstgebärenden führt zu höherer S.-Rate beim zweiten Kind
Fragwürdige Leitlinien: z.B. Empfehlung von Dauer-CTG, vaginale Untersuchungen, Empfehlungen zur medikamentösen Einleitung, Zeitvorgaben, ein zu enges Zeitfenster bei einem „Geburtsstillstand“	Angst der Schwangeren (und werdenden Väter) vor Wehen, vor Geburtsverletzungen mit Spätfolgen, Anspruch/Sicherheitsbedürfnis der (immer älter werdenden) Frauen/Familien
Vertrauen in die Gebärfähigkeit der Frau ist allseits verlorengegangen	Fähigkeit, Schmerzen als natürliches Phänomen hinzunehmen ist in unserer Kultur verloren gegangen (keine Schmerzkultur), Fähigkeit zum intuitiven Gebären verloren
Falsche Aufklärung über Vor- und Nachteile der Vaginalgeburt/Sectio	Unzureichende Aufklärung über die Risiken der Sectio
Zu weit gefasste Indikationsstellungen zur Sectio	
Bessere Planbarkeit der Sectio	

Maßnahmen

Hebammen/Geburthaus	(Chef-)ÄrztInnen
Salutophysiologisch betreute und gut begleitete Schwangerschaft, Fokus weg von Pathologie und Risiko	Das „Handwerk Geburtshilfe“ lehren (z.B. auch die vaginale Entbindung bei einer Beckenendlage)
1:1- Betreuung	1:1- Betreuung durch qualifizierte Hebammen
Gleiche Vergütung für Sectiones und Spontangeburt (ggf. sogar "Belohnungssystem" für physiolog. Verläufe)	Bessere Bezahlung der Vaginalgeburt (gleiche Bezahlung wie Sectio)
Überarbeitung der gynäkologischen Leitlinien, Hinterfragen der ausgesprochenen Empfehlungen	Leitlinien überprüfen
Kosten von Folgeschäden durch Hilfeleistung bei Geburt nicht auf die Hilfeleistenden abwälzen, Übernahme durch die Versicherungen	GeburtshelferInnen sollten die Schwangeren schon in der Schwangerschaft begleiten, Vertrauen aufbauen, Ressourcen kennenlernen.
Aufklärung der Frauen über die nur vordergründige Sicherheit der medikalisierten Geburten in den Kliniken	GeburtshelferInnen und Schwangere müssen besser über die Risiken der Sectio aufgeklärt werden.
Förderung der Vorsorge durch Hebammen, Anerkennung der Hebammenkompetenz, Hebammengeleitete Versorgungskonzepte in Kliniken	Hebamme + Kreißsaal-Arzt/Ärztin = TEAM: regelmäßiger Austausch/ gemeinsame Fall-Besprechungen - klare gemeinsame Ziele
Ausbildung der GeburtshelferInnen in Physiologie von Schwangerschaft und Geburt durch (auch außerklinische) Hebammen	Geburtsbegleitung durch Menschen mit Vertrauen in physiologische Geburtsabläufe und mit (eigenen) positiven Geburtserfahrungen
Ändern der öffentliche Meinung bzgl. der Risiken und Folgen der Sectio durch z.B. Zeitungsartikel, Themenwoche Kaiserschnitt im Fernsehen	
Beratungsangebote für Schwangere mit Geburtsängsten	
Begründung jeder Sectio, bevor sie bezahlt wird	

Tabelle 1: Pränanteste Ursachen und Maßnahmen aus der Online-Befragung

4. Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews

Die Hauptargumente, die sich bereits in der Online-Befragung herauskristallisierten, wurden auch von den interviewten ExpertInnen genannt. Die Länge der Interviews (zwischen 30 Minuten und einer Stunde) ermöglichte jedoch eine Ausdifferenzierung der Ursachen. Je nach soziodemografischem Einzugsbereich der Kliniken, Geburtshäuser und Praxen wurden unterschiedliche Schwerpunkte genannt. Im Folgenden werden die Argumente der ExpertInnen hinsichtlich der Frage nach den Ursachen und Maßnahmen auf ihrer jeweiligen Bezugsebene, der strukturell-organisatorischen, der medizinischen und gesellschaftlichen Ebene, zusammengefasst.

Vorangestellt sind Originalzitate aus den Interviews.

Ursachen der steigenden Kaiserschnittrate

Strukturell-organisatorische/juristische Ebene

Beim Kaiserschnitt wird immer medizinisch argumentiert, der Frau geht es schlecht, dem Kind auch... Aber jeder weiß, dass es eigentlich um Verwaltungsvorgaben geht.
(Belegärztin, Baden-Württemberg)

Auch die Planbarkeit ist ein wichtiger Faktor und zwar leider nicht nur für Ärzte, auch den Hebammen passt das ganz gut. Ich erlebe selten Kolleginnen, die sich wirklich dafür einsetzen abzuwarten oder doch eine Spontangeburt zu versuchen, wenn bereits alles mit dem Arzt besprochen wurde.

(Geburtshaushebamme)

Auf der Ebene der Arbeitsstruktur und – organisation und der juristischen Einflussnahme wurden in den Interviews folgende Gründe für vermehrte Kaiserschnitt - Operationen am häufigsten genannt:

1. Das komplizierte Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups, DRGs) erhöht die Kaiserschnittraten.
2. Die Geburtshilfe sowie die Geburten, insbesondere die normalen vaginalen Geburten, werden zu schlecht bezahlt, auch im Vergleich mit anderen medizinischen Fachbereichen.
3. Die zu schlechte personelle Besetzung in den Kreißsälen führt zu einer schlechteren Betreuungsstruktur.
4. Die Zunahme von Klagen (auch forciert von den Krankenkassen) führt zu großer Angst vor Haftpflichtprozessen und damit zu einer defensiven Geburtshilfe, die – ohne Erfolg - alle Risiken auszuschließen versucht.

Medizinische Ebene

Die geburtshilfliche Kunst geht verloren. Zusammen mit dem hohen Sicherheitsbedürfnis und dem Sicherheitsversprechen, das wir machen, ist die mangelnde positive Erfahrung mit spontanen Geburtsverläufen die Hauptursache für unnötige Kaiserschnitte.

(Ärztin)

GeburtshelferInnen kennen keine vaginalen Steißlagen- oder Zwillingsgeburten mehr, sie können die nicht mehr. Warum? Weil immer Kaiserschnitte gemacht werden. Das ist das destruktive Element des Kaiserschnitts.

(Belegärztin, Baden-Württemberg)

Auf der medizinischen Ebene wurden am häufigsten folgende Ursachen für die steigenden Kaiserschnitttraten genannt:

5. Das Wissen des geburtshilflichen Personals über die physiologischen Prozesse der Geburt sowie die praktische Erfahrung mit Vaginalgeburten gehen verloren. Ursache dafür ist eine systematisch unzureichende Ausbildung der GeburtshelferInnen. Deshalb ist der Kaiserschnitt vielerorts die einzige medizinische Antwort auf eine Komplikation.
6. In der Praxis legen die Leitlinien einen immer engeren Rahmen für geburtshilfliches Handeln fest, z.B. in Bezug auf Dauer-CTGs, starre Empfehlungen zur medikamentösen Einleitung, immer engere Zeitvorgaben für die Geburtsdauer insgesamt, die medizinisch akzeptable Länge der Eröffnungsphase, die zeitlich zu enge Definition für „Geburtsstillstand“ sowie die zu rigide Einleitung der Geburt bei Schwangerschaftsdiabetes.
7. Aufgrund mangelnder Aufklärung und Erfahrung bei vielen niedergelassenen und auch Klinik-ÄrztInnen führen Beckenendlagen und Zwillings-/Mehrlingsschwangerschaften zu oft unnötigen Sectioindikationen.
8. In den Vorsorgeuntersuchungen verunsichern niedergelassene ÄrztInnen durch die fehlende geburtshilfliche Praxis und mangelnde geburtshilfliche Kenntnisse die Frauen und beeinflussen sie in Richtung Kaiserschnitt.
9. Das Arbeitsklima wird oftmals durch ein Konkurrenzdenken zwischen ÄrztInnen und Hebammen geprägt: Die Arbeit läuft nicht Hand in Hand, sondern oftmals gegeneinander.
10. Eine häufige, aber medizinisch oft nicht notwendige Sectioindikation ist der „Zustand nach (nach einem vorangegangenen) Kaiserschnitt“.
11. Ein höheres Alter allein ist zwar noch keine zwingende Kaiserschnittindikation, in Korrelation mit ungesunden Lebensweisen und -verhältnissen summieren sich jedoch die negativen Folgen mit dem Alter.
12. Ein höheres Alter geht einher mit einem höheren Sicherheitsbedürfnis der Frauen und ÄrztInnen.
13. Übergewicht und Adipositas und damit zusammenhängende schlechte Ernährung treten vermehrt auf.
14. Haben Frauen die vorangegangene Geburt als traumatisch erlebt, erscheint ihnen häufig der Kaiserschnitt als ein Ausweg aus der Angst.
15. Väter, die nicht ausreichend auf den Geburtsverlauf vorbereitet sind, können den Geburtsverlauf negativ in Richtung Kaiserschnitt beeinflussen.

Gesellschaftliche Ebene

Die Ursachen liegen also in der öffentlichen Information, die Idee, der Kaiserschnitt ist der einfachere Weg, hat sich quasi verfestigt.

(Niedergelassene Ärztin, NRW)

Auch in der öffentlichen Meinung gibt es nach Ansicht der Interviewten eine Stimmung pro Kaiserschnitt, die die vorschnelle Indikation zum Kaiserschnitt stützt:

16. Die Risikobetonung („die Geburt ist der gefährlichste Augenblick im Leben“) und übergroßes Sicherheitsbedürfnis führen zu Verunsicherung und Ängsten auf Seiten der GeburtshelferInnen sowie der Schwangeren und ihrer Partner. Demgegenüber ist in den Medien die Aufklärung im Hinblick auf die Folgen des Kaiserschnitts unzureichend.
17. Häufig fördern die Medien den Kaiserschnitt und werten die Normalgeburt ab.
18. Die Selbstbestimmung der Frau wird in einem Prozess gefordert, der nicht selbst zu bestimmen ist.
19. Der westliche Umgang mit Geburt berührt nicht selten Schamgrenzen, die Sectio kann dann als Ausweg aus der Situation empfunden werden.

Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttraten:

Im Folgenden sind Maßnahmen aufgelistet, die von den interviewten geburtshilflichen Fachkräften als Hebel zu einer Änderung der Sectiopraxis genannt wurden, ebenfalls wieder auf die strukturelle, medizinische und gesellschaftliche Ebene bezogen.

Strukturell-organisatorische/juristische Ebene

*Ich spreche vielen Frauenärzten das Potenzial ab, Frauen richtig geburtshilflich zu betreuen....
Begeben Sie sich nur in die Hände von erfahrenen, kompetenten Hebammen und Geburtshelfern!
So bekommt man die Sectiorate auf 20%. Es ist banal.*

(Chefarzt, Hessen)

1. 1:1 - Betreuung in den Krankenhäusern und qualifiziertes Personal, das gut ausgebildet und sicher in der Begleitung von Normalgeburten ist, muss gewährleistet sein.
2. Das System der DRGs und entsprechende Verwaltungsvorgaben müssen geändert oder abgeschafft werden.
3. Andere Anreize sind nötig: Ruhe, Geduld und Abwarten bei der Normalgeburt müssen adäquat bezahlt werden.

4. Die wirklichen Kosten und (Spät-) Folgekosten von Vaginalgeburt und Kaiserschnitt müssen exakt errechnet werden.
5. Haftpflichtkosten müssen von den Krankenkassen übernommen werden.
6. Jeder Kaiserschnitt muss im Team nachbesprochen werden.
7. Qualitätszirkel mit Hebammen, Niedergelassenen und KlinikärztInnen sollten eingerichtet werden, um Schwangerenaufklärung und geburtshilfliches Vorgehen zu vereinheitlichen.
8. Die Hintergründe der hohen Spannweite bei den Kaiserschnitttraten und die regionalen Unterschiede sollten erforscht werden.
9. Kleine geburtshilfliche Abteilungen, die wenige Geburten, geringere Erfahrungen und oftmals eine höhere Kaiserschnitttrate haben, sollten geschlossen werden.

Medizinische Ebene

Je weniger risikoadaptiert ich denken muss, desto salutogenetischer denke ich, und das überträgt sich.

(Chefarzt, Hamburg)

Geburtshilfe ist ein Handwerk, und das kann man nicht oft genug üben.

(Hebamme, Berlin)

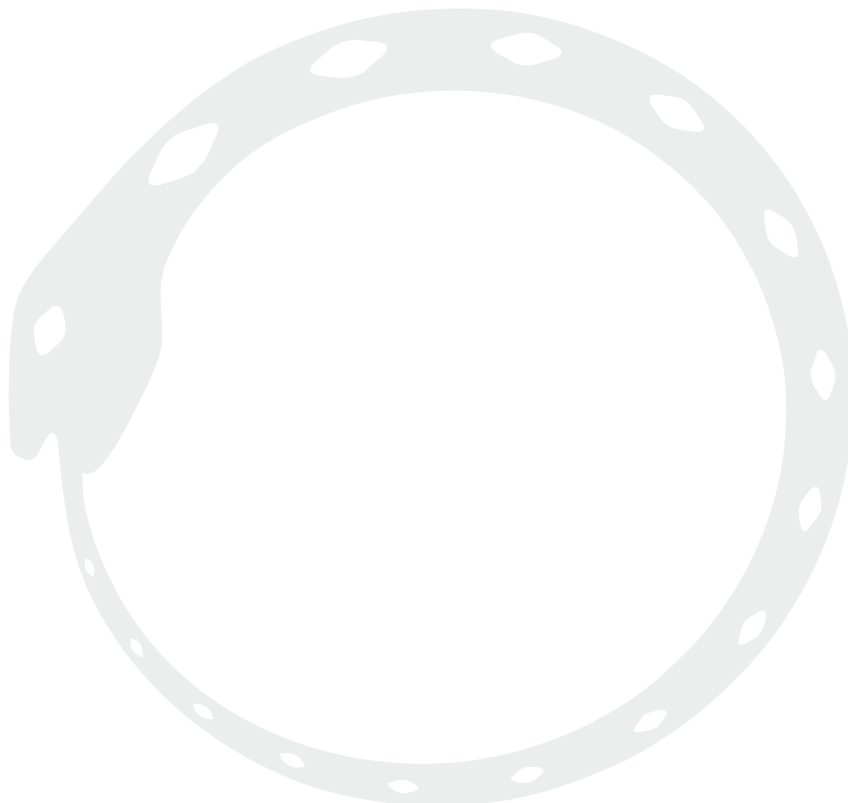
10. ÄrztInnen und Hebammen müssen besser über Risiken und negative Folgen des Kaiserschnitts aufgeklärt werden.
11. Die Ausbildung und Erfahrung der ÄrztInnen hinsichtlich der Normalgeburt muss verbessert werden. ÄrztInnen sollten in ihrer Ausbildung eine bestimmte Anzahl natürlicher Geburten begleiten. Dadurch soll das Vertrauen in die Physiologie der normalen Geburt gefördert werden.
12. Hebammen und ÄrztInnen sollten gemeinsam eine Leitlinie zur Indikation von Kaiserschnitten entwickeln.
13. Thema Angst: Auch unter dem geburtshilflichen Personal sollte ein Austausch über ihre Ängste stattfinden.
14. Das höhere Alter sollte nicht mehr automatisch als Risiko behandelt werden, denn nur das genetische Risiko ist höher als bei einer 25jährigen, die Geburt nicht.
15. Väter, die bei der Geburt dabei sein wollen, müssen sich auf die Geburt vorbereiten. Unvorbereitete Väter können aus Angst und Unkenntnis den Geburtsverlauf negativ beeinflussen.
16. Die emotionale Bindung zwischen ÄrztIn und Schwangerer muss verbessert werden.
17. Eine pädagogische, ganzheitliche Begleitung des gesamten Geburtsprozesses sollte gefördert werden.
18. In Geburtsvorbereitungskursen sollten Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung und Sport integraler Bestandteil sein sowie die Bewältigung der Angst vor dem Geburtsablauf und Geburtsschmerz.

Gesellschaftliche Ebene

Es gibt eine Empfänglichkeit für alles, was ein Gefühl von Sicherheit vermittelt: Den Experten, nicht mehr sich selbst vertrauen; eine Ratgeberkultur und einen Coach an der Seite für alles, statt für normale Lebensprobleme eine eigene Lösung zu finden... Das Aufbausuchen zum Risiko ist ein klares System: das Risiko wird bezahlt.

(Chefarzt, Hamburg)

19. Wir sollten das vorherrschende Denken ändern, im Zweifelsfall sei der Kaiserschnitt das Vernünftige.
20. Wir brauchen die Einsicht: Vaginalgeburt, Stillen und Bonding lohnen sich für alle Beteiligten und senken die Kosten für Spätfolgen.
21. Über die Medien muss eine andere Einstellung und ein anderes Bewusstsein für die Risiken des Kaiserschnitts etabliert werden.
22. Das Vertrauen der Frauen in die eigene Kraft, den eigenen Körper, die Geburt und das Kind muss gefördert werden.
23. Ein anderer Umgang mit der Angst vor der Geburt muss thematisiert werden: Statt die Angst zu verdrängen oder zu kontrollieren, sollte sie als notwendiger Bestandteil aller Übergänge im Leben akzeptiert und dadurch bewältigt werden.
24. Die Bedürfnisse des Kindes müssen bei der Gestaltung der Geburtshilfe bedacht werden. Dabei sollte ein Schwerpunkt auf einer pädagogisch-psychologischen Ausbildung der Hebammen liegen: Die Ausbildung sollte nicht im medizinischen Bezugsrahmen bleiben, sondern im guten Sinn pädagogisch werden.
25. Die Aufklärung zu einer gesünderen Lebensweise, z.B. die Reduzierung von Übergewicht, Rauchen etc., sollte intensiviert werden.



5. Maßnahmenpaket zur Senkung der Kaiserschnittraten

Aus der Vielzahl der Faktoren, die von den Fachkräften für das Steigen der Kaiserschnittraten angeführt wurden, ließen sich folgende Hauptursachen extrahieren (die Zahlen in Klammern geben die Häufigkeit der Nennungen an):

- Die Risikoorientierung der Geburtshilfe, deren Ursache im fehlenden Wissen, der mangelnden Ausbildung und der fehlenden Einsicht der Fachleute in den Sinn und die Physiologie der natürlichen Geburt liegt (34 von 35 Befragten)
- Die Entwicklung einer Defensivmedizin aus Angst vor Haftpflichtfällen (21)
- Die Fehlinformation der Geburtshelferinnen und der Öffentlichkeit über die Risiken des Kaiserschnitts (17)
- Ein „Lifestyle“, der mit dem Gebären nicht kompatibel ist (17)
- Falsche Leitlinienvorgaben (16)
- Eine Ökonomisierung und zeitliche Optimierung der Krankenhausabläufe und damit auch der Geburtshilfe und Geburt, die eine physiologische Geburt verunmöglichen (11)

Auffällig war, dass die in wissenschaftlichen Publikationen und den Medien häufig angeführten Gründe für einen Kaiserschnitt „Alter der Frau“, „Mehrlinge“, „Übergewicht“ in der Umfrage als vorgeschobene Gründe gewertet wurden und in unserem Ursachen-Ranking auf den letzten Plätzen erschienen.

Die potenziell wirksamsten Maßnahmen

Um eine Änderung der gegenwärtigen Kaiserschnittpraxis zu bewirken, ist es sinnvoll, die Umsetzung der Maßnahmen anzustreben, die von den Fachkräften sowohl in der Online-Umfrage als auch in den Interviews am häufigsten genannt und als am bedeutsamsten eingeschätzt wurden.

Auf der strukturell-organisatorischen und juristischen Ebene

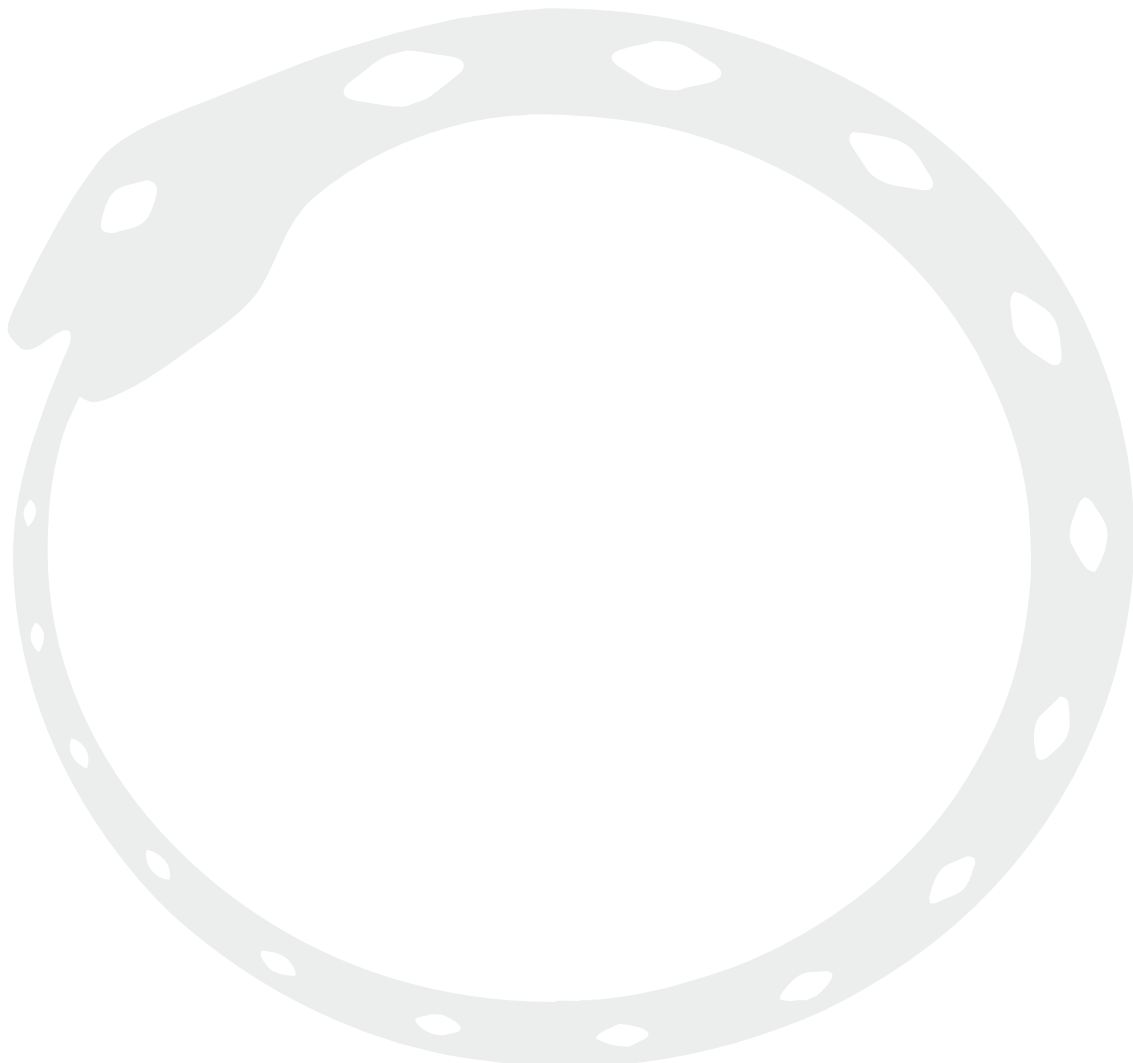
- Änderung/Abschaffung des Systems der DRGs und entsprechender Verwaltungsvorgaben
- Aufstockung der Personalkapazitäten
- Exakte Berechnung der tatsächlichen Kosten und (Spät-) Folgekosten von Vaginalgeburt und Kaiserschnitt und damit das Setzen anderer ökonomischer Anreize
- Entwicklung einer neuen Gutachter- und Haftpflichtkultur im Schadensfall und neuer Regulierungs- und Haftpflichtmodelle, z.B. Übernahme der Haftpflichtkosten durch die Krankenkassen, Einrichtung eines „Regulierungstopfs“, in den Ärzteverbände, Kassen und Steuerzahler einzahlen

Auf der medizinische Ebene

- Verbesserung der Ausbildung und Erfahrung der ÄrztInnen bzgl. der Normalgeburt, z.B. auch durch die Begleitung einer bestimmten Anzahl natürlicher Geburten
- Aufklärung des geburtshilflichen Personals und der Öffentlichkeit über Risiken und negative Folgen des Kaiserschnitts
- Entwicklung einer Leitlinie zur Indikation von Kaiserschnitten gemeinsam durch Hebammen und ÄrztInnen

Auf der gesellschaftlichen Ebene

- Änderung der vorherrschenden, auch über die Medien vermittelte Einstellung, dass der Kaiserschnitt der sicherere Weg für Mutter und Kind ist und die Erhöhung des Bewusstseins für die Risiken des Kaiserschnitts
- Förderung des Vertrauens der Frauen in die eigene Kraft und in den Sinn der normalen Geburt für Mutter und Kind



6. Fazit

...vom Kaiserschnitt wegkommen? Das geht nur, wenn wir die Sinnfrage stellen. Wenn wir wirklich in den Raum stellen, dass wir so vieles nicht wissen. Und dass es rund um das Gebären einen Sinn geben muss, dafür gibt es viele Indizien. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden, es ist ein hoher Akt der Symbolik. Es hat eine hohe Bedeutung zu gebären.

(Chefarzt, Hamburg)

Umdenken erwünscht

Die ExpertInneninterviews zeigen deutlich, dass medizinische Fachkräfte die zunehmende Kaiserschnitttrate in ihren Institutionen sehr kritisch sehen. Eine Veränderung hin zu normalen Geburten wurde von allen Befragten dringend gewünscht. Alle sehen sich jedoch eher als EinzelkämpferInnen gegen gesellschaftliche, strukturelle und ökonomische Bedingungen und fühlen sich weitgehend in äußeren Zwängen gefangen. Für die notwendigen Systemänderungen werden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen und somit auch eine Kooperation mit Entscheidungsträgern auf der gesellschaftlichen, politischen und medizinischen Ebene als zwingend erachtet.

Notwendig: Analyse der regional unterschiedliche Sectioraten

Die Ergebnisse dieser Umfrage stimmen häufig mit den Ergebnissen und Rückschlüssen anderer empirischer Erhebungen überein (Kolip, Nolting und Zich, 2011). Auch sie schlussfolgern unter anderem, dass zwar viele Risikofaktoren wie z.B. Mehrlinge, übergewichtige (makrosome) Neugeborene oder Frühgeburten heute nicht häufiger auftreten, sie oft auch keine zwingende Sectioindikation darstellen, aber trotzdem schneller zu einem Kaiserschnitt führten.

Bahnbrechend für eine Einstellungsänderung im Umgang mit dem Thema Kaiserschnitt könnte die Analyse der großen Unterschiede der regionalen Kaiserschnitttraten wirken, auf die Björn Misselwitz (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen) und Petra Kolip hinweisen. Die Perinatalstatistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die die geburtshilflichen Daten aller Krankenhäuser auswertet, weist diese Unterschiede bisher nicht aus. Insofern ist die regionale Variabilität der Kaiserschnitttraten und ihre medizinisch-politische Bedeutung bisher nicht ausreichend im Bewusstsein der GeburtshelferInnen, werdenden Eltern, Medien und Gesellschaft. Sie wurden – vermutlich deshalb - von den InterviewpartnerInnen, die eher ihr eigenes Krankenhaus oder ihre Praxis im Blick haben, auch nur in einem einzigen Fall erwähnt.

Wenn es jedoch regionale Unterschiede von 20% gibt, die auf einen großen Entscheidungsspielraum der GeburtshelferInnen hinweisen, dann legen medizinische Sectioindikationen wie z.B. das Alter der Schwangeren oder eine Beckenendlage tatsächlich nahe, dass weniger Frau und Kind, sondern eher ökonomische, politische und fachliche Zwänge der entscheidende Sectiogrund sind. Auch eine Pressemeldung des Verbandes der Ersatzkassen von 2012 weist darauf hin: Es „ist anzunehmen, dass nicht immer alles zum Wohle der Patientin und des Kindes geschieht, sondern manches auch in Hinblick auf den ökonomischen Gewinn des Krankenhauses.“ Hier besteht also noch großer Forschungsbedarf.

Ausblick

Grundsteine für einen Wandel sind gelegt. In vorangegangenen Studien und in dieser Arbeit wurden die relevanten institutionellen, medizinischen und sozialpolitischen Elemente, die die Kaiserschnitttraten kontinuierlich nach oben treiben, deutlich benannt. Jetzt steht an, die wissenschaftlichen Erkenntnisse aufzugreifen und Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttraten systematisch in Kooperation mit allen relevanten AkteurInnen in die Praxis umzusetzen. In diesem Sinne wird das Symposium des AKF 2014 tätig werden.

7. Literaturverzeichnis

Aqua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010, 16/1 – Geburtshilfe.

AWMF-Leitlinie „Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch“. 07/2008, Entwicklungsstufe 1, © Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), gültig bis 31.07.2013.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-054_S1_Absolute_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea_und_so_genannte_Sectio_auf_Wunsch_07-2008_07-2013.pdf (letzter Zugriff am: 30.07.2013).

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung Geburtshilfe (Modul 16/1), Jahresauswertung 2011.

http://www.gqhnet.de/auswertungen-strukturierter-dialog/auswertungen/jahresauswertungen-2011/2011_16_1_qi (letzter Zugriff am: 13.07.2013).

Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Antwort der Bundesregierung

- Drucksache 17/8862 -

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709039.pdf>

Kolip, Petra/ Nolting, Hans-Dieter/ Zich, Karsten (2011): Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten-Entwicklung und regionale Verteilung. Verfügbar unter: https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/file-admin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf (letzter Zugriff am: 12.05.2013).

Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML (2012): Caesarean section for non-medical reasons at term (Review). Cochrane. Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.

Louwen, Frank. Kaiserschnitt oder natürliche Geburt – keine schwierige Entscheidung? DGGG-Kongress 2012 <http://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-kaiserschnitt-oder-natuerliche-geburt-keine-schwierige-entscheidung/> (letzter Zugriff am: 13.07.2013).

Lütje, W. (2009): „Nicht der Kinderkopf ist das Geburtshindernis – es ist der Kopf, den die Frauen sich über die Geburt machen und der ihnen gemacht wird“. AKF-INFO, 1-2009.

Lutz, Ulrike/ Kolip, Petra (2006): Die GEK-Kaiserschnittstudie. Verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf (letzter Zugriff am 13.05.2013).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2013): Caesarean section: Evidence Update March 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 132 'Caesarean section' (2011). Evidence Update 35.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57162/57162.pdf> (letzter Zugriff am: 15.07.2013).

Statistisches Bundesamt Destatis: Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt. Pressemitteilung Nr. 098 vom 19.03.2012.

**In Deutschland kommt jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt auf die Welt. –
Es ist höchste Zeit, die Kaiserschnitttrate zu senken.**

Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland - Aufruf zur Unterstützung -

In Deutschland sind im Jahr 2010 31,9% der Kinder durch einen Kaiserschnitt zur Welt gekommen. Regionale Schwankungen liegen zwischen 15% und 36,6 % und sind medizinisch nicht erklärbar. 1991 lag die Rate noch unter 15%. Diese Entwicklung ist weltweit zu beobachten. An der Spitze steht aktuell China mit 46%.

Unzweifelhaft ist der Kaiserschnitt eine lebensrettende Option aus mütterlicher oder kindlicher Indikation. Moderne Operations-, Anästhesie- und Therapieverfahren haben dazu geführt, dass Frauen auch bei Regelwidrigkeiten sicher entbunden werden können und erheblich weniger Einschränkungen hinnehmen müssen als früher. Was in Notfallsituationen wertvoll ist, darf jedoch nicht zur Routine werden, sonst verkehren sich Vorteile in Nachteile und ein rettender Eingriff wird zur riskanten Operation.

Zu viele Kaiserschnitte sind strukturell, organisatorisch oder ökonomisch statt medizinisch begründet.

Die Häufigkeit, mit der derzeit Kaiserschnitte durchgeführt werden, ist aus Sicht der WHO und anderer Fachleute medizinisch und ethisch nicht gerechtfertigt. Diese Bedenken teilt der **Runde Tisch des AKF „Lebensphase Eltern werden“**. Es sind strukturelle, organisatorische und ökonomische Gründe, die die Entscheidung für einen Kaiserschnitt begünstigen. Legitimiert wird diese jedoch in der Regel mit einer sogenannten relativen („weichen“) medizinischen Indikation.

Heute erlaubt die personelle Besetzung im Kreißaal meist keine kontinuierliche Betreuung der Gebärenden durch die Hebamme, die die Schwangere stärkt und Zeit gibt für die natürlichen Abläufe. Stattdessen wird Zeitdruck aufgebaut und eine Interventionskette initiiert, die die Geburt verkürzen soll. Häufig sind Kaiserschnitte das Resultat voreiliger Geburtseinleitungen und anderer Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf. Vielen routinemäßigen Anwendungen fehlt zudem die Evidenz. Ein Beispiel hierfür ist die kontinuierliche Herztonüberwachung (CTG). In 50% der Fälle ist die Interpretation des CTGs zur Diagnostik eines fetalen Gefährdungszustands falsch. Ernst zu nehmen sind auch Hinweise auf erhöhte Kaiserschnitttraten nach einer Epiduralanästhesie.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht besteht kein Anreiz, Vaginalgeburten zu fördern und Kaiserschnitte zu vermeiden. Die Kliniken müssen eine teure Infrastruktur für die Geburtshilfe vorhalten. Die Vergütung für die Betreuung einer normalen Geburt reicht nicht aus, um die Kosten auszugleichen. Nach Niino ist in Lateinamerika festgestellt worden, dass in Privatkliniken deutlich höhere Kaiserschnitttraten vorliegen und dass eine höhere Vergütung von Kaiserschnitten umgehend zu einem Anstieg der Operationszahlen geführt hat, ohne dass die Gesundheit von Mutter und Kind sich verbessert hätte. Europäische Daten liegen hierzu nicht vor.

Ein weiteres Problem ist die haftungsrechtliche Situation, die den GeburtshelferInnen häufig nicht gestattet, nach medizinisch-fachlichen Kriterien zu entscheiden, sondern sie nötigt, eine Defensivmedizin zu betreiben, in der sie mit dem Kaiserschnitt nach bisheriger Rechtsprechung „immer auf der sicheren Seite“ sind. Fatale Weise wird diese Art forensischer Absicherung auch von vielen Beteiligten, insbesondere von werdenden Eltern, als medizinisch-fachliche Sicherheit fehlgedeutet.

Zu viele Kaiserschnitte sind strukturell, organisatorisch oder ökonomisch statt medizinisch begründet.

In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Untersuchungen die kurz- und langfristigen Folgen eines Kaiserschnitts herausgestellt. Diese beziehen sich:

1. auf den Körper der Frau: Narkose- und Thromboserisiken, Blutverlust, Schmerzen, eingeschränkte Stillfähigkeit, Infektionen, Wundheilungsstörungen und Verwachsungen,
2. auf die Psyche der Mutter: Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen,
3. auf Folgeschwangerschaften: regelwidriger Plazentasitz mit stark erhöhtem Risiko für Müttersterblichkeit,
4. auf das Kind: Anpassungsstörungen, häufigere nachgeburtliche Einweisung in die Intensivstation, Asthma, Diabetes, Adipositas im Kindergartenalter, möglicherweise auch Autoimmunerkrankungen.
5. auf die Mutter-Kind-Beziehung: Bindungsprobleme.

Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu begründen, ist meistens zu kurz gegriffen. Hinter einer sog. „Wunschsectio“ verbirgt sich oft genug eine unheilsame Koalition zwischen ärztlicher Präferenz und unzureichendem Wissensstand der Frauen. 86% der Frauen geben nach einem Kaiserschnitt an, die Folgen des Eingriffs unterschätzt zu haben.

Die WHO fordert, die Anzahl von Kaiserschnitten zu begrenzen und kritisiert die verharmlosende Darstellung von Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation. Die WHO fordert z.B.

- die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien,
- die Evaluierung geburtshilflicher Maßnahmen (z.B. Geburtseinleitungen),
- die Empfehlungen zur Betreuung bei normaler Geburt umzusetzen, d.h. zum Beispiel eine 1:1-Betreuung für alle Gebärenden und
- die generelle Veröffentlichung der Kaiserschnitttraten von Kliniken.

In Deutschland existiert eine S1- Leitlinie zu Kaiserschnitt - Indikationen aus dem Jahre 2008. Sie genügt weder von der Zusammensetzung der AutorInnengruppe noch von der Aktualität und Vollständigkeit der Datenbasis den Ansprüchen einer evidenzbasierten Medizin. In Großbritannien beispielsweise hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) neue Guidelines entwickelt. Der Indikationskatalog für Kaiserschnitte wurde der aktuellen Datenlage angepasst. So wurde Frauen, die bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte hatten, empfohlen, sich für eine vaginale Geburt zu entscheiden, da das Komplikationsrisiko bei einem nachfolgenden Kaiserschnitt genauso hoch ist wie bei einer vaginalen Geburt.

Die Hebammenbetreuung nimmt in der Veränderung der Rahmenbedingungen eine Schlüsselposition ein.

ExpertInnen sehen Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen in einer Schlüsselposition zur Veränderung der Rahmenbedingungen. Hebammen könnten sowohl die physiologischen und psychologischen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der schwangeren Frau und ihres Partners fokussieren und dadurch die beste Unterstützung in dieser Lebensphase gewährleisten. Es sind bereits wissenschaftliche Nachweise für Maßnahmen erbracht worden, die tatsächlich die Kaiserschnitttraten senken.

Die UnterzeichnerInnen fordern auf dieser Basis folgende strukturelle Veränderungen:

- die Förderung der Schwangerenbetreuung durch ein Team von Hebamme und FrauenärztIn ,
- die Anwendung von bereits existierenden guten Konzepten zur Geburtsvorbereitung für werdende Eltern,
- Anreize für eine 1:1 Betreuung unter der Geburt,
- die flächendeckende Einrichtung von Hebammenkreißsälen,
- die verbesserte Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen ambulant und stationär,
- einen Schwerpunkt „natürliche Geburt“ im Studium und in der Facharztweiterbildung sowie Festlegung einer Anzahl an zu beobachtenden physiologischen Geburten,
- die verpflichtende Etablierung von klinikinternen Fallkonferenzen unter Einbeziehung von GynäkologInnen und Hebammen,
- die Förderung wissenschaftlicher Evaluierung von geburtshilflichen Verfahrensweisen,
- die Erarbeitung von Konzepten, die Anreize schaffen, Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen, z.B. Qualitätskontrollen mit nachfolgender Beratung der Krankenhäuser mit überhöhter Kaiserschnitttrate,
- die Information der werdenden Eltern über unabhängige Beratungsangebote bezüglich Kaiserschnitt und den Folgewirkungen.

Mit der Einführung und Förderung der beschriebenen Praktiken wird eine grundlegende, nachhaltige Veränderung der momentanen Verhältnisse in die Wege geleitet. Damit werden Voraussetzungen für einen Rückgang der Anzahl der Kaiserschnitte geschaffen.

Der Geburtsvorgang ist von elementarer Bedeutung für neugeborene Kinder, werdende Mütter, Väter, Familien und für die Gesellschaft.

Frauen verdienen in der einzigartigen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz. Ein Kaiserschnitt ist ein medizinischer Eingriff, der Leben retten kann, wenn er indiziert ist, und der Geburtsrisiken reduzieren kann. Ohne eindeutige medizinische Indikation ist er ein Eingriff mit hohem Schadenspotenzial.

Deswegen rufen wir auf zu einem Bündnis zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland.

Schließen Sie sich durch Ihre Unterschrift unserer Kampagne an und leiten Sie unseren Aufruf an andere Organisationen und Einzelpersonen weiter.. Darüber hinaus laden wir Sie ein, Ihr Fachwissen, Ihre Erfahrungen und Ihre Ideen einzubringen und sich an weiteren Aktivitäten zu beteiligen. Nur gemeinsam können wir erreichen, dass die Zahl der Kaiserschnitte wieder auf das medizinisch notwendige Maß sinkt.

Berlin, den 26. Juni 2012

Kontaktadresse:

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)
Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin
Tel.: 030 – 863 93 316
Fax: 030 – 863 93 473
Email: buero@akf-info.de

Initiatorinnen der Kampagne sind die Teilnehmerinnen des Runden Tisches des AKF „Lebensphase Eltern werden“:

Dr. Edith Bauer, Gynäkologin
Juliane Beck, Expertin für Patientinnenrechte, Juristin
Dr. Maria Beckermann, Gynäkologin, Autorin, 1. Vorsitzende des AKF
Karin Bergdoll, Dipl. Päd., Gesundheitspolitikerin, 2. Vorsitzende des AKF
Dr. Barbara Ehret, Gynäkologin, Autorin
Colette Mergeay, Psychologin
Petra Otto, Dipl. Päd., Redakteurin
Ute Höfer, Hebamme, Ernährungsberaterin, Vorstand AKF
Dr. Gabi Götsching-Krusche, Gynäkologin
Dr. Katharina Lüdemann, Gynäkologin, ltd. Oberärztin Geburtshilfe
Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen, Psychologin
Barbara Reuhl, Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik
Susanne Steppat und Katharina Jeschke, Hebammen, Deutscher Hebammenverband (DHV);
Dr. Karin von Moeller, Gesundheitswissenschaftlerin, Universität Osnabrück
Anke Wiemer, Hebamme, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG)
Sabine Striebich, Hebamme, Studentin der DMP, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
Dr. Christine Loytfed, Hebamme, Gesundheitswissenschaftlerin, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)

Fußnoten

¹Stat. Bundesamt, Lutz

²Souza, Lumbinganon 2010

³vgl. Betrán et al 2007; Niino 2011; Stjernholm, Petersson und Eneroth 2010; Wagner M 2000

⁴vgl. Niino 2011

⁵vgl. Niino 2011

⁶vgl. Niino 2011

⁷vgl. Niino 2011, 141

⁸vgl. Lutz, GEK Kaiserschnittstudie 2006; Niino 2011; Souza 2010; Villar et al 2007, Huh et al. 2012

⁹vgl. Lutz 2006

¹⁰vgl. Souza 2010; WHO 2010

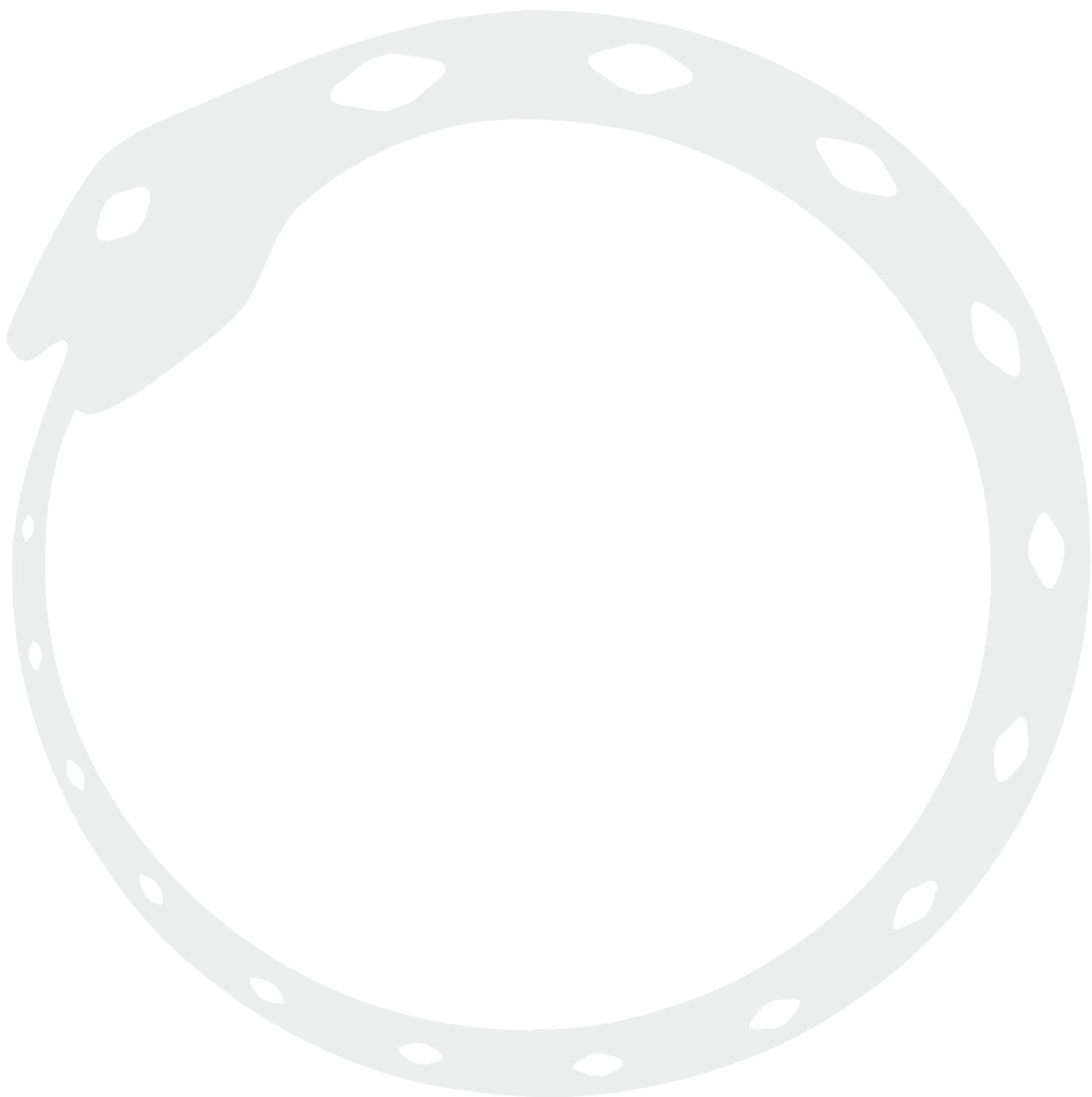
¹¹vgl. Hodnett et al. 2011, Wagner 2001, WHO 2002

¹²Niino 2011; WHO 2000

¹³Catling-Paull et al. 2011; Scarella 2010; Van Dillen et al 2008, Chaillet / Dumont 2007, Niino 2011

Literatur

- Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M: Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. In: *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2007; 21: 98–113.
- Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur M, Homer C (2011): Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. In: *Journal of advanced Nursing* 67(8), 1662–1676.
- Caughey A, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng Y, McDonald K, Shaffer B, Owens D, Bravata D: Systematic Review: Elective Induction of Labor Versus Expectant Management of Pregnancy. In: *Ann Intern Med.* 2009; 151:252-263.
- Chaillet N, Dumont A (2007): Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. In: *Birth* 34:1; 53.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD003766.
- Huh S Y, Rifas-Shiman S L, Zera C A, Rich Edwards J W, Oken E., Weiss S T, Gillman M W: Delivery by caesarean section and risk of obesity in pre-school age: a prospective cohort study. In: *British Medical Journal* 2012.
- Lumbiganon, Pisake, Laopaiboon, Malinee, Gülmezoglu, metin, Souza, Joao Paulo et al.: Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08, *The Lancet* 2010; 375(9713): 490-99.
- Lutz, Ulrike, Kolip, Petra, Die GEK-Kaiserschnitt-Studie (2006), http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf.
- NICE (National Institute for Health and clinical Excellence) (2012): Women could avoid having unnecessary caesareans, [http://www.nice.org.uk/news/Women Could Avoid Having Unnecessary Caesarean](http://www.nice.org.uk/news/Women_Could_Avoid_Having_Unnecessary_Caesarean) (aufgerufen 3.4.2012).
- Niino, Y: The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. In: *BioScience Trends* 2011; 5(4): 139-150.
- Scarella A, Chamy V, Sepúlveda M, Belizán J (2011): Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the caesarean section rate. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 154 (2010) 136–140.
- Souza JP et al.: Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: *BMC Medicine*, 2010; 8 (1):71.
- Stjernholm Y, Petersson K, Eneroth E: Changed indications for caesarean sections. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica.* 2010; 89: 49–53.
- Van Dillen J, Lim F, Van Rijssel E: Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 139. 2008; 151–156
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, Velazko A, Bataglia V, Langer A, Narváez A, Valladares E, Shah A, Campodónico L, Romero M, Reynoso S, Simônia de Padua K, Giordano D, Kublickas M, Acosta A ,Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. In: *BMJ* 2007; 335; 1025.
- Wagner M: Choosing caesarean section. In: *Lancet* 2000; 356: 1677–80.
- Wagner M: Fish can't see water: the need to humanize birth. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75: 25-37. WHO (2000): Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf am 16.5.2012 [Abruf 16.5.2012].
- WHO (2002): Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf> [Abruf 16.5.2012].
- WHO (2009): Making pregnancy safer – Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. 47- 50. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98792/E93128.pdf [Abruf 16.5.2012].
- WHO Policy brief (2010): Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes.



AKF[®]

Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin

Tel: 030 – 86 39 33 16
Fax: 030 – 86 39 34 73

buero@akf-info.de
www.akf-info.de
facebook.com/AKFeV