

**Stellungnahme der
Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)
zur aktuellen Kaiserschnitttrate in Deutschland**

<u>Gliederung</u>	Seite
1. Zusammenfassende Stellungnahme	2
2. Entwicklung und Bewertung der Kaiserschnitttrate	3
3. Diskutierte Faktoren für die gestiegene Kaiserschnitttrate	3
3.1 Mütterliche und kindliche Faktoren.....	3
3.2 Gesellschaftliche und systemrelevante Faktoren im Gesundheitswesen.....	5
4. Konsequenzen	7
4.1 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf die Mutter	7
4.2 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf den Vater und die Paarbeziehung	8
4.3 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf das Kind	8
4.4 Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten	9
4.4.1 Vor und während der Schwangerschaft	9
4.4.2 Während und nach der Geburt	9
4.5 Gesundheitsökonomische Aspekte	11
5. Schlussfolgerungen.....	12
 Literatur	 14
 Anhang:	
Erläuterung medizinischer Fachbegriffe	18
Methodenreport	19

1. Zusammenfassende Stellungnahme

Die Kaiserschnitttrate in Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt und lag 2011 bei 32,1% [1]. Als wesentliche Gründe hierfür werden zunehmende **Risikofaktoren** angeführt, wie höheres mütterliches Alter, mütterliche Grunderkrankungen, eine steigende Rate an makrosomen Kindern sowie Mehrlings- und Frühgeburten, die sich jedoch nur bedingt als Einflussgrößen bestätigen lassen [4: 49-54]. Darüber hinaus sind forensische Faktoren, eine zunehmende „Risikoorientierung“ in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe [4: 34] und eine größere Bereitschaft zu medizinischen Interventionen wie Geburtseinleitungen und rückenmarksnahen Anästhesien [7: 25] als weitere bedeutende Einflussgrößen für die Kaiserschnitttrate zu diskutieren.

Die häufigsten **Indikationen** für einen Kaiserschnitt stellen ein vorangegangener Kaiserschnitt, eine pathologische kindliche Herztonaufzeichnung (CTG) und eine Verzögerung bzw. ein Stillstand der Geburt dar [10: 93]. In Deutschland werden derzeit ca. drei Viertel aller Frauen nach einem Kaiserschnitt resectioniert [4: 56].

Auch wenn die Möglichkeit, in Notfällen einen Kaiserschnitt sicher durchführen zu können, wesentlich zur Senkung der mütterlichen Mortalität bei pathologischen Geburten beigetragen hat [6: 4], sind die Konsequenzen eines Kaiserschnittes für die Mutter, das Kind und das familiäre System nicht unerheblich. Neben gesundheitlichen **Beeinträchtigungen der Mutter** nach der Geburt, können emotionale Anpassungsstörungen der Mutter sowie ein verzögerte Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung auftreten [38-41].

Zu den **schwerwiegenden Risiken für das Kind** zählt zum einen eine erhöhte kindliche Mortalität bei primären Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation im Vergleich zu vaginalen Geburten [45]. Zum anderen können die Lungenfunktion nach der Geburt [6: 6, 46] sowie die Ernährung des Kindes mit Muttermilch [38, 49, 50, 56, 57] eingeschränkt sein. Weiterhin wird ein Kaiserschnitt mit dem Auftreten von Asthma, der Entwicklung von Allergien [47-51] und Diabetes mellitus Typ 1 in späteren Jahren assoziiert [54]. Neben den unmittelbaren Auswirkungen auf Mutter und Kind müssen auch mögliche **Komplikationen bei einer nachfolgenden Schwangerschaft** berücksichtigt werden. Zu nennen sind hier, neben dem höheren Risiko eines mangelnden Größenwachstums des Feten [60] oder einer Früh- oder Totgeburt [12, 60, 63, 64], vor allem die Plazentakomplikationen [6, 59-62] und die Uterusruptur [20, 59, 62, 66-74, 84], die sich sowohl auf die mütterliche als auch auf die kindliche Morbidität und Mortalität auswirken.

Die DGHWi stellt zusammenfassend fest, dass bei fehlender (oder unzureichend gestellter) medizinischer Indikation die negativen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen eines Kaiserschnittes auf Mutter und Kind überwiegen. Insbesondere bei einer nicht abgeschlossenen Familienplanung mit weiterem Kinderwunsch sind die Risiken – aufgrund eines erfolgten Kaiserschnitts – für die folgenden Schwangerschaften und Geburten zu berücksichtigen.

Da die hohe Kaiserschnitttrate auch durch die zunehmende Anzahl an wiederholten Kaiserschnitten zu erklären ist, empfiehlt die DGHWi, möglichst vielen Erstgebärenden eine vaginale Geburt zu ermöglichen. Diesbezüglich sind zum einen geburtshilfliches Umdenken und zum anderen gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig, um das Bild des Kaiserschnitts in der Öffentlichkeit zu korrigieren.

2. Entwicklung und Bewertung der Kaiserschnitttrate

Im Oktober 2012 publizierte das Statistische Bundesamt bundesweit steigende Kaiserschnittraten bei Krankenhausgeburten. Die Rate lag 2011 bei 32,1% und hat sich somit seit 1991 (15,3%) mehr als verdoppelt^[1]. Bei sinkenden Geburtenzahlen (1991: 822.842, 2011: 642.197) stieg die Kaiserschnitttrate nicht nur relativ, sondern auch absolut: 126.297 Kaiserschnitte im Jahr 1991 versus 206.012 im Jahr 2011^[2]. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) werden WHO-Daten genannt, die vergleichbare Trends in Polen, der Russischen Föderation und Spanien zeigen, wohingegen die Kaiserschnittraten in den Niederlanden, in Norwegen, Schweden und der Schweiz geringer angestiegen sind^[3]. Im innerdeutschen Bundeslandvergleich fällt eine relativ große Spannbreite der Kaiserschnittraten auf: 23,3% in Sachsen bis 35,8% in Rheinland-Pfalz^[1]. Kolip, Nolting & Zich (2012) haben in ihrer Analyse nur bedingt messbare Einflüsse gefunden, die diese regionalen Unterschiede erklären konnten^[4].

Bemerkenswert erscheint, dass im European Perinatal Health Report (2008) auf eine Stellungnahme der WHO (World Health Organisation) von 1985 verwiesen wird, welche keine Rechtfertigung für eine höhere Kaiserschnitttrate als 10-15% sieht^[5]. Laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2010a) werden lediglich ca. 10% aller Kaiserschnitte aufgrund einer absoluten Indikation durchgeführt, während bei ca. 90% eine relative Indikation vorliegt. Eine absolute Indikation ist gegeben, wenn das Leben oder die Gesundheit von Mutter und/oder Kind bedroht ist, während bei einer relativen Indikation geburtsmedizinische Risiken für Mutter und Kind abgewogen werden^[6: 3]. Fehlt eine medizinische Indikation überwiegen laut Niino (2011) die Risiken eines Kaiserschnitts im Vergleich zu seinem Nutzen^[7].

3. Diskutierte Faktoren für die gestiegene Kaiserschnitttrate

Es schließt sich die Frage an, aus welchem Grund die Kaiserschnitttrate in den letzten zwei Jahrzehnten so stark angestiegen ist und welche Faktoren hierbei eine Rolle spielen könnten. Hierbei sind sowohl mütterliche und kindliche Faktoren als auch gesellschaftliche und systemrelevante Faktoren im Gesundheitswesen zu diskutieren.

3.1 Mütterliche und kindliche Faktoren

Zunächst wird ein verändertes Risikoprofil der schwangeren Frauen oder der Kinder diskutiert^[4: 27]. Hier wird zum einen das **steigende mütterliche Alter** angeführt. Lag das durchschnittliche mütterliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes 1970 noch bei 23,8 (Westdeutschland) bzw. 22,5 (Ostdeutschland) Jahre^[8], so ist dieses bis zum Jahr 2011 mit 29,1 Jahren (Gesamtdeutschland) stark angestiegen^[9]. Hiermit wird die Zunahme bestimmter Risiken assoziiert. Laut Ritzinger, Dudenhausen & Holzgreve (2011) stellt das steigende mütterliche Alter neben altersabhängigen Co-Faktoren einen unabhängigen und direkten Risikofaktor für abnehmende Fruchtbarkeit, steigende Fehlgeburtsraten, kindliche Chromosomenstörungen, Gestationsdiabetes, Placenta praevia und den intrauterinen Fruchttod dar^[8]. Dagegen konnten Kolip, Nolting & Zich (2012) in Bezug auf die steigenden Kaiserschnittraten zwischen 2007 und 2010 durch die veränderte Altersstruktur keinen nennenswerten Einfluss feststellen. In dieser Zeit stieg in allen Altersgruppen die Kaiserschnitttrate an; in den beiden Gruppen der 30 bis unter 35 Jahre alten Frauen und 35 bis unter 40 Jahre alten Frauen mit jeweils 1,3% jedoch geringer als in den

anderen Altersgruppen. Am stärksten stieg die Rate mit 2,5% in der Gruppe der 20 bis unter 25 Jahre alten Frauen an^[4: 45]. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass das mütterliche Alter somit kein Risikofaktor für einen Kaiserschnitt darstelle, sondern das tatsächliche Auftreten von Risiken maßgeblich sei^[4: 27]. Es scheint jedoch einen Zusammenhang zwischen **mütterlichen Grunderkrankungen** und der Kaiserschnitttrate zu geben. Schwangerschaftsdiabetes, Gestationsödeme und -proteinurie sowie Adipositas erhöhen signifikant das Kaiserschnitttrisiko. Weiterhin wird die Zunahme von mütterlicher Adipositas sowie Diabetes mellitus mit der Folge von **makrosomen Kindern** diskutiert^[4: 50]. Der Verdacht auf fetale Makrosomie (> 4.500g) stellt laut DGGG (2010a) eine der häufigsten relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt dar^[6: 3]. Der Zusammenhang zwischen einer Zunahme makrosomer Neugeborener und steigenden Kaiserschnitttraten ist laut Kolip, Nolting & Zich (2012) jedoch nicht stichhaltig, da ihnen nach Anfrage beim Statistischen Bundesamt mitgeteilt wurde, dass es keine Zunahme makrosomer Kinder (> 4.000g) zwischen den Jahren 2000 und 2010 gegeben habe^[4: 49]. Laut des AQUA-Institutes lag im Jahr 2011 der Anteil an Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 4.000g und 4.499g bei 8,7% und mit 4.500g und darüber bei 1,2%^[10: 98].

Auch das Argument, dass zunehmende **Mehrlingsgeburten** als Folge vermehrter künstlicher Befruchtungen die steigenden Kaiserschnitttraten erklären können, scheint nur bedingt nachvollziehbar. Zwar wurden laut Kolip, Nolting & Zich (2012) 77% aller Mehrlinge per Kaiserschnitt geboren, jedoch stieg die Mehrlingsrate zwischen den Jahren 2000 und 2010 lediglich von 1,6 auf 1,7%^[4: 54].

Auch ließ sich kein nennenswerter Zusammenhang zwischen einer erhöhten Rate an **Frühgeburten** und der gestiegenen Kaiserschnitttrate feststellen^[4: 50].

Ein **vorangegangener Kaiserschnitt** (oder eine andere Uterusoperation) stellt mit 24,4% die häufigste Indikation für einen Kaiserschnitt dar. Damit rangiert diese Indikation in ihrer Häufigkeit noch vor dem **pathologischen CTG** (20,8%) und dem **Geburtsstillstand** (16,9%)^[10: 93]. Allerdings stellt ein vorangegangener Kaiserschnitt nicht zwingend die alleinige Indikation für einen erneuten Kaiserschnitt dar. Die DGGG (2010b) gibt den Risikofaktor „Zustand nach Sectio caesarea“ mit 10% an^[11: 1], während Richter, Bergmann & Dudenhausen (2009) diesen schon zwischen 1993 und 1999 in einer Berliner Kohorte mit 12,1% anführten^[12]. Die Rate an Frauen, die eine geplante vaginale Geburt nach Kaiserschnitt (Vaginal Birth After Caesarean Section - VBAC) anstreben, schwankt in internationalen Studien zwischen 35% und 81%^[12-16]. Die Erfolgsrate VBAC wird im Mittel mit 73% angegeben^[11, 13, 17-20]. Fraglich bleibt, ob Ergebnisse aus internationalen Studien auf den deutschen Kontext übertragbar sind, da Kultur und Geburtsmanagement unterschiedlich sind. In der Stichprobe von Kolip, Nolting & Zich (2012) hatten 74% der Frauen nach einem Kaiserschnitt einen weiteren bekommen, während lediglich 26% der Frauen vaginal geboren hatten^[4: 56]. Insofern stellt der Kaiserschnitt in der Anamnese einen bedeutenden Faktor bezüglich der steigenden Kaiserschnitttrate dar.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Technisierung der Geburtshilfe, eines wachsenden Sicherheitsbedürfnisses bzw. zunehmenden Ängsten der Frauen, wird der **Wunschkaiserschnitt** als Faktor für die steigenden Kaiserschnitttraten herangezogen^[4: 76]. Die DGGG (2010a) rät, den Wunschkaiserschnitt ohne jegliche medizinische Indikation von der psychisch motivierten Sectio abzugrenzen, für die es nachvollziehbare, psychische Gründe (relative Indikationen) gibt^[6: 2]. Letztere umfassen:

1. Sorge um die Sicherheit des Kindes, insbesondere nach Auftreten von Geburtsschäden bei eigenen Kindern oder im Bekanntenkreis
2. Angst vor Schmerzen, insbesondere nach eigener traumatischer Geburt oder Berichten aus dem Bekanntenkreis

3. Furcht vor eigenen körperlichen Spätschäden (u. a. Senkungen, Inkontinenz, Sexualstörungen) [6: 3].

Laut Hellmers & Schücking (2005) wünschen sich während der Schwangerschaft 3,8% und am Ende der Schwangerschaft 6,7% der befragten Erstgebärenden einen Kaiserschnitt [21]. Rückblickend werden laut Kolip, Nolting & Zich (2012) ca. 10% aller durchgeführten Kaiserschnitte „auf Wunsch“ verwirklicht [4: 76], so dass diese Geburten nur bedingt für das stetige Ansteigen der gesamten Kaiserschnitttrate verantwortlich sein können. Auch wenn für die meisten Schwangeren der Kaiserschnitt als Geburtmodus nicht in Frage kommt, befürworten sie doch, dass dem Wunsch einer Frau nach einem Kaiserschnitt im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechtes nachgekommen werden sollte [22: 47].

Diskussionen um psychische Faktoren, wie Angst, als Indikation zum Wunschkaiserschnitt haben das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dazu veranlasst, im November 2011 ihre Leitlinie 132 zum Thema Kaiserschnitt u.a. durch folgenden Zusatz zu modifizieren: „*When a woman requests a CS¹ because she has anxiety about childbirth, offer referral to a healthcare professional with expertise in providing perinatal mental health support to help her address her anxiety in a supportive manner.*“ [23]. Mit diesem Zusatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass es sich bei Geburtsangst um ein vielschichtiges Phänomen handelt, dem nicht so ohne weiteres mit einem Kaiserschnitt begegnet werden kann und die perinatale psychologische Expertise eines/r Professionellen erfordert. Dies konnte von Geissbühler, Zimmermann & Eberhard (2005) in einer Befragung von 13.362 Schwangeren zum Thema Geburtsangst eindrucksvoll bestätigt werden [24].

3.2 Gesellschaftliche und systemrelevante Faktoren im Gesundheitswesen

Kolip, Nolting & Zich (2012) beschreiben auf der Basis bestehender Literatur sehr detailliert die zunehmende **Risikoorientierung in der Schwangerenbetreuung** seit Einführung der Mutterschaftsrichtlinien im Jahr 1966. Ziel der Mutterschaftsrichtlinien war es, die Gesundheit von Mutter und Kind zu verbessern und Risiken frühzeitig zu erkennen. Nach Ansicht der o.g. Autoren/-innen gäbe es jedoch keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die hohe Untersuchungsichte in Deutschland tatsächlich zu einem verbessertem mütterlichen und kindlichen Outcome geführt habe. Vielmehr bekäme eine hohe Anzahl schwangerer Frauen ein Risiko attestiert, wobei „geringe Normabweichungen pathologisiert“ würden und „zu Interventionen führten“ [4: 34]. Dies habe zur Folge, dass Frauen „ängstlicher durch ihre Schwangerschaften gingen“, technikgläubiger würden und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, ein Kind natürlich zu gebären, verlören [4: 34].

Auch die **geburtshilfliche Praxis** hat sich verändert. Nach Niino [7] wird zwischen **Geburtseinleitungen und rückenmarksnahen Anästhesien** einerseits und einer erhöhten Kaiserschnitttrate andererseits ein Zusammenhang gesehen. Auch Anim-Somuah, Smyth & Jones (2011) bestätigen nach einer rückenmarksnahen Anästhesie ein erhöhtes Risiko, einen Kaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburt zu erleben [25]. Weiterhin ist laut Kolip, Nolting & Zich (2012) ein **Risikovermeidungsverhalten** der Geburtshelfer/-innen aus haftungsrechtlichen Gründen denkbar [4: 34]. Die DGGG (2010a) weist bezüglich der Klinikorganisation darauf hin, dass bei einer „prognostizierten Risikogeburt [...] eine meist unter Zeitdruck getroffene Entscheidung zur (sekundären) Sectio mit erheblich größeren Risiken behaftet“ sei als eine primäre Sectio, „die gut vorbereitet zur Kernarbeitszeit mit vollzählig bereitstehendem Klinikpersonal [...] ausgeführt wird.“ [6: 6] Weiterhin sei eine primäre Sectio „in vielen Fällen weniger kostenaufwendig als eine sich über viele Stunden, womöglich Tage hinziehende Geburt mit hohem Personalaufwand, die unter Umständen letztlich doch in einer sekundären Sectio endet.“ [6: 6].

¹ Caesarean Section – Kaiserschnitt

Eine Schlüsselposition im Hinblick auf eine Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen der Geburt könnten die **Hebammen** sein, welche schwangere Frauen kontinuierlich begleiten und betreuen ^[26-29]. Laut Niino ^[7] stehen Hebammen für eine individuelle Betreuung und fokussieren die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gebärenden. Sie betonen Gesundheitsförderung und Prävention und minimieren technologische Interventionen. Weiterhin weisen Hebammen schwangeren Frauen eine bedeutende Rolle im Prozess der informierten Entscheidungsfindung (informed decision making) zu ^[7].

McLachlan et al. (2012) konnten in einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) in Australien an 2.314 schwangeren Frauen mit einem geringen Risiko, eine niedrigere Kaiserschnitttrate in der Interventionsgruppe mit kontinuierlicher Betreuung durch eine Hebamme (Case load midwifery²) nachweisen im Vergleich zur Kontrollgruppe mit üblicher Betreuung (diensthabende Hebamme, geburtshilfliche/r Assistenzarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin): 19,4% vs. 24,9%, RR: 0,78; p = 0,001. Weiterhin gebären die Frauen der Interventionsgruppe häufiger spontan (63,0 % vs. 55, 7%) und erhielten seltener eine rückenmarksnahe Narkose (30,5% vs. 34,6%) bei vergleichbaren kindlichen Parametern ^[26]. Kolip, Nolting & Zich (2012) bestätigen leichte reduzierende Effekte einer verstärkten Hebammenbetreuung auf die Kaiserschnitttrate ^[4: 86]. Hierbei ist zu diskutieren, ob es Hebammen im stationären Kontext stets möglich ist, ihre Potenziale zu entfalten, da die vielschichtige Arbeitsbelastung in der Geburtshilfe mit paralleler Betreuung von mehreren Gebärenden einen entscheidenden Versorgungsengpass darstellen kann. Zudem werden Hebammen mit ihren in den EU Richtlinien definierten Tätigkeitsfeldern ^[30] und den Berufsordnungen der Länder festgehaltenen eigenverantwortlichen Tätigkeiten ^[31] nicht als Leistungsanbieterinnen in der Primärversorgung von der Gesellschaft, einschließlich anderer Leistungserbringer des Gesundheitssystems, wahrgenommen.

In Deutschland hat jede gesetzlich krankenversicherte Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Anspruch auf Hebammenhilfe (§ 24d SGB V) ^[32], und gemäß § 4(1) HebG ^[33] muss zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden. Laut Sayn-Wittgenstein & Schäfers (2009) gibt es jedoch keine genauen Kenntnisse darüber, wie viele Frauen während der Schwangerschaft und dem Wochenbett Hebammenhilfe in Anspruch nehmen, so dass verlässliche Angaben zur gesamten geburtshilflichen Versorgung nicht möglich sind ^[34]. Laut des vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen IGES-Ergebnisberichtes zur Versorgungs- und Vergütungssituation der außerklinischen Hebammenhilfe (2012) hat sich die Anzahl und der Anteil freiberuflicher Hebammen in den letzten Jahren erhöht. In Bezug auf eine Eins-zu-eins-Betreuung bei Beleggeburten und der Wochenbettbetreuung gaben befragte Hebammen an, dass sie der Nachfrage der Frauen nicht zufriedenstellend nachkommen konnten ^[35]. Eine Aussage über die Versorgungsdichte und –qualität lässt sich hieraus jedoch nicht ableiten.

Weiterhin wird über eine **mangelhafte Information und Aufklärung** der schwangeren Frauen, insbesondere über mögliche Risiken und Konsequenzen eines Kaiserschnitts, diskutiert. Ein Kaiserschnitt bedarf als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit – auch bei absoluter Indikation – der ausdrücklichen Einwilligung der Frau. Bei einem Kaiserschnitt auf Wunsch muss sich der Arzt/die Ärztin davon überzeugen, „dass sich die Frau über die Konsequenzen ihres Wunsches voll im Klaren ist“ ^[6: 10]. Hierbei sollte aus Sicht der DGHWi berücksichtigt werden, dass laut Kaimal & Kuppermann (2010) selbst unter Verwendung derselben statistischen Daten unterschiedliche Einschätzungen – sowohl auf der Seite der beratenden Professionellen als auch auf der Seite der Frauen – entstehen, die zu verschiedenen Entscheidungen führen können ^[36]. Dies hängt auch mit der Erfahrung und Einstellung der/des Beratenden als möglicher beeinflussender Faktor und den Rahmenbedingungen der

² Betreuung durch ein- und dieselbe Hebamme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Beratung zusammen [36]. Aufklärungsgespräche sollten aus Sicht der DGHWi außerdem Informationen zum konkreten Ablauf des Kaiserschnitts und der Zeit danach beinhalten. Nach erfolgtem Kaiserschnitt merken Frauen an, dass sie zwar über Risiken aufgeklärt wurden, über die körperliche Eingeschränktheit nach einem Kaiserschnitt und die mangelnde Fähigkeit, das Neugeborene selbstständig zu versorgen, jedoch keine Informationen erhalten hatten [31]. Ebenso könnte das **Bild des Kaiserschnittes in der Öffentlichkeit** von Bedeutung sein. Die DGHWi gibt zu bedenken, dass publizierte Berichte über Wunschkaiserschnitte bei prominenten Frauen vermitteln könnten, dass dieser Geburtsmodus eine ebenbürtige Alternative zur Spontangeburt darstellt. Da insbesondere Risiken und Komplikationen in dieser Art der Berichterstattung nicht oder im besten Falle am Rande benannt werden, wird der Eindruck erweckt, der Kaiserschnitt sei ein erstrebenswerter und harmloser Eingriff.

4. Konsequenzen eines Kaiserschnittes

Ein Kaiserschnitt kann verschiedene Auswirkungen auf die Mutter, das Kind, das familiäre System sowie nachfolgende Schwangerschaften und Geburten haben.

4.1 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf die Mutter

Lange Zeit war ein Kaiserschnitt mit einer erhöhten **mütterlichen Mortalität** verbunden, welche durch Fortschritte in der Operationstechnik, Leitungsanästhesie, Thromboseprophylaxe und Antibiotikatherapie deutlich gesenkt werden konnte, jedoch gegenüber der vaginalen Geburt weiterhin erhöht ist [45]. Die Sterblichkeit durch einen Kaiserschnitt (Letalität) reduzierte sich laut DGGG (2010a) im Vergleich zur vaginalen Geburt von 1 : 7 (1983-1988) auf 1 : 2,6 (2001-2006) [6: 4]. Trotz allem verbleibt auch bei einem Kaiserschnitt ein allgemeines **Operationsrisiko**. Neben den körperlichen Auswirkungen spielen psychosoziale und emotionale Faktoren eine Rolle. Als mögliche psychische Folgen eines Kaiserschnitts werden von Mikolitch (2006) aufgeführt: Beeinträchtigung des Rollenverständnisses als Mutter und Frau, Hadern mit dem Schicksal, Versagens- und Schuldgefühle, schwieriger und langsamer Bonding-Verlauf, Beeinträchtigung der Beziehung zum Partner und der Sexualität sowie Angst vor einer erneuten Schwangerschaft [37]. Coggins (2003) bestätigt, dass für viele Frauen die Fähigkeit, natürlich zu gebären, ein integraler Aspekt für die gefühlte Weiblichkeit darstellt, welche die eigene Wahrnehmung als Mutter beeinflusst und sich auch auf die Beziehung zum Kind auswirkt [38]. Weiss, Fawcett & Aber (2009) beschreiben nach einem Kaiserschnitt in den ersten zwei Lebenswochen des Kindes **physische und emotionale Anpassungsstörungen der Mutter** insbesondere dann, wenn der Kaiserschnitt ungeplant durchgeführt wurde [39]. Auch Fenwick, Holloway & Alexander (2009) beschreiben den Übergang zur Mutterschaft nach einem Kaiserschnitt häufig als erschwert [40]. In der GEK-Kaiserschnittstudie wird darauf hingewiesen, dass es keine Hinweise gäbe, dass diskutierte langfristige Folgen – wie Depressivität und vermindertes Selbstwertgefühl – im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus stehen [22: 47]. Der **verzögerte Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung** nach einem Kaiserschnitt wird sowohl von Lutz & Kolip (2006) als auch von Huber & Seelbach-Göbel (2006) beschrieben, wobei diese Verzögerung keinen Einfluss auf die langfristige Beziehung zwischen Mutter und Kind zu haben scheint [22: 47, 41].

Im Gegensatz dazu werden als **Vorteile eines Kaiserschnittes** die Schonung der Beckenbodenmuskulatur sowie die Vermeidung einer Harninkontinenz diskutiert. Obwohl sich in einer Studie ein Jahr nach vaginal-

operativen Geburten und nach Spontangeburt – im Vergleich zu Frauen nach einem Kaiserschnitt – eine höhere Prävalenz von Symptomen einer Harninkontinenz nachweisen ließ (26,8% vs. 17,6% vs. 5,2%), kommen die Autoren/-innen in ihrem Fazit nicht zu dem Schluss, dass sich aus diesen Daten Empfehlungen zur Erweiterung der Sectio-Indikation ableiten lassen, da sich kein klares Risikoprofil für eine adäquate Beratung entwickeln ließ [42]. Bezüglich möglicher Auswirkungen auf die Sexualität in Abhängigkeit des Geburtsmodus lässt sich laut einem Review von Barrett, G. & McCandlish feststellen, dass Frauen nach einer vaginal-operativen Geburt zunächst die meisten Probleme beschreiben [43]. Längerfristig ist jedoch kein Vorteil eines Kaiserschnittes gegenüber vaginalen Geburten festzustellen. Die Autoren/-innen weisen darauf hin, dass es keine belastbaren Hinweise darauf gibt, dass sich ein Kaiserschnitt günstiger auf das sexuelle Erleben auswirkt als eine vaginale Geburt [43].

4.2 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf den Vater und die Partnerschaft

Bei einer Geburt per Kaiserschnitt spielen die Väter eine besondere Rolle. Sie sind oft diejenigen, die während der postoperativen Versorgung der Mutter den ersten intensiven Kontakt zum Kind haben. Hierdurch kann ihnen ein tiefes „Bonding-Erlebnis“ geschenkt werden. Laut Windhausen (2006) könne dies wiederum bei der Mutter Gefühle von Neid, Schuld, Scham und Wertlosigkeit auslösen, die sich möglicherweise sowohl auf die Partnerschaft als auch auf die Beziehung zum Kind negativ auswirken. Den Kaiserschnitt selbst erleben Väter oft als erlösend und können schwer nachvollziehen, dass Frauen mit dem erfolgten Kaiserschnitt hadern und um ihr fehlendes Geburtserlebnis trauern [44].

4.3 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf das Kind

Zu den schwerwiegenden Risiken für die Kinder von Frauen mit geringem Risiko (low-risk) zählt eine **erhöhte kindliche Mortalität** bei primären Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation im Vergleich zu vaginalen Geburten (OR: 1,69) [45]. Patel & Jain (2010) beschreiben ein erhöhtes Risiko neonataler **respiratorischer Morbidität** insbesondere bei primären Kaiserschnitten ohne vorherigen Geburtsbeginn durch effektive Wehen [46]. Auch die DGGG (2010a) weist in ihrer Leitlinie darauf hin, dass vorübergehende pulmonale Anpassungsstörungen bei einem Kaiserschnitt ohne vorhergehende Wehentätigkeit häufiger vorkommen als nach Spontangeburt und eine Sectio am wehenlosen Uterus nach Möglichkeit vermieden werden sollte [6: 6]. Smith et al. (2004) bemerken zusätzlich, dass die respiratorische Morbidität einen Zusammenhang mit der Entstehung von späterem **Asthma bronchiale** zeigt (Hazard Ratio 1,7) [47]. Insgesamt wird der Kaiserschnitt mit dem Risiko einer später resultierenden Asthmaerkrankung [47-51] und mit der Entwicklung von **Allergien** [51] assoziiert.

Ein primärer Kaiserschnitt vor dem errechneten Geburtstermin kann sich ungünstig auf die noch nicht abgeschlossene intrauterine **Gehirnentwicklung des Kindes** auswirken [52]. Poets, Wallwiener & Vetter (2012) weisen darauf hin, dass eine Geburt vor der vollendeten 39. Schwangerschaftswoche zum einen mit einer erhöhten kindlichen Mortalität und zum anderen mit dem Risiko einer langfristigen Beeinträchtigung assoziiert ist: so zeigen sich Assoziationen mit dem Risiko einer Zerebralparese sowie einem höheren Risiko, bereits als junger Erwachsener zu sterben oder auf staatliche Unterstützung angewiesen zu sein [53].

Cardwell et al. (2008) konnten einen Zusammenhang zwischen einem Kaiserschnitt und der Entwicklung eines **Diabetes mellitus Typ 1** nachweisen [54]. Die Studie von Maghzi et al. (2012) gibt einen Hinweis darauf, dass

Kinder, die später an **Multipler Sklerose** erkrankten, häufiger per Kaiserschnitt geboren worden sind als eine gesunde Vergleichsgruppe^[55].

Als weitere Auswirkungen eines Kaiserschnitts sind ein **geringerer Muttermilch-Transfer** auf das Kind in den ersten 5 Lebenstagen^[56] zu nennen sowie im Weiteren eine **niedrigere Stillrate** und kürzere **Stildauer**^[38, 49, 50, 57].

In der Praxis wird diskutiert, ob Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt im Vergleich zu vaginal geborenen Kindern wichtige Erfahrungen fehlen. Dies betrifft unter anderem die Rotationsbewegungen durch den knöchernen Geburtskanal und die pränatale Massage durch die Wehen. Bei durch Kaiserschnitt geborenen Kindern könnte die weitere Entwicklung ungünstiger verlaufen, jedoch durch verschiedene Maßnahmen unterstützt werden^[58].

4.4 Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten

Ein Kaiserschnitt kann sich auf eine potenziell folgende Schwangerschaft, deren Verlauf (4.4.1) und die Geburt sowie die Zeit danach (4.4.2) auswirken.

4.4.1 Vor und während einer Schwangerschaft

Es gibt Hinweise darauf, dass die Fertilität nach einem Kaiserschnitt eingeschränkt sein könnte (OR 0,83)^[6: 2, 59]. Für nachfolgende Schwangerschaften stellen **Plazentaimplantationsstörungen** die risikoreichste Komplikation dar. Zu nennen ist hier insbesondere die Placenta praevia, häufig auch in Kombination mit einer Placenta accreta oder increta^[6, 59, 60, 61: 1]. Das Relative Risiko (RR) dieser Komplikationen steigt sowohl mit einem einmaligen Kaiserschnitt als auch mit der Anzahl vorangegangener Kaiserschnitte an: es liegt für die Placenta praevia laut DGGG (2010c) nach *einem* Kaiserschnitt bei 4,5 und nach *zwei* Kaiserschnitten bei 7,4; das Risiko einer Placenta accreta/ percreta (bei gleichzeitiger Placenta praevia) liegt nach *zwei* Kaiserschnitten bei 11,31^[61: 1]. Diese Komplikationen und die damit in Verbindung stehende Blutungsneigung erhöhen die mütterliche Mortalität^[62] und stellen laut DGGG (2010c) die **häufigste mütterliche Todesursache** dar^[61: 1]. Die Bayerische Perinatalerhebung zählte laut DGGG (2010c) elf solcher Sterbefälle zwischen 1983 und 2007^[61: 2]. In absoluten Zahlen stellen diese Komplikationen damit ein sehr seltenes, aber sehr gefährliches Ereignis dar.

Clark & Silver (2011) beschreiben weitere Folgen eines vorangegangenen Kaiserschnitts: **mangelndes Größenwachstum des Feten** sowie **Früh- und Totgeburt**^[60]. Auch Taylor, Simpson, Roberts, Olive & Henderson-Smart (2005) sowie Abenhaim & Benjamin (2011) geben ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko an: OR 1,60 bzw. 1,23^[63, 64].

4.4.2 Während und nach der Geburt

Die Notwendigkeit einer **Geburtseinleitung** kann ein erhebliches Problem für nachfolgende Schwangerschaften und Geburten bedeuten. Die Geburtseinleitung ist vor allem wegen des erhöhten Risikos der Uterusruptur von Bedeutung: 0,68% bis 2,45%^[65, 66]. Dodd & Crowther (2012) stellen in ihrem Cochrane-Review fest, dass es keine randomisierten, kontrollierten Studien zu der Frage gibt, ob eine Geburtseinleitung oder ein primärer wiederholter Kaiserschnitt die überlegene Wahl sei^[67].

Geburtshilfliche Outcomes werden – obwohl nicht immer klar voneinander abzugrenzen – untergliedert in die Auswirkungen, die überwiegend die Mutter betreffen und jene, die eher das Kind betreffen.

Mütterliche Outcomes

Bei dem Versuch, nach einem Kaiserschnitt das nachfolgende Kind vaginal zu gebären (VBAC), wird das Risiko einer **Uterusruptur** in verschiedenen Studien zwischen 0,21% und 1,60% (im Mittel 0,77%) angegeben [20, 62, 68-73]. Bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt (ERCS) liegen diese Raten zwischen 0,01% und 0,74% (im Mittel 0,10%) [60, 63, 66, 67, 69, 71]. Dabei ist das Risiko nach Gebärmutter-Längsschnitt höher als nach einem Gebärmutter-Querschnitt [60, 11: 2]. Weiterhin reduziert sich das Risiko, je länger der vorangegangene Kaiserschnitt zurückliegt [11: 2]. Fitzpatrick et al. (2012) verweisen auf die mütterliche Letalität von 1,3% infolge einer Uterusruptur [69]. Holmgren (2012) hingegen gibt die mütterliche Mortalität nach einer Uterusruptur mit 1 : 500, d.h. 0,2%, an [74]; die kindliche liegt in verschiedenen Studien zwischen 0,04% und 8,70% [63, 74].

Inbar et al. (2013) berichten von einem erhöhten Risiko einer **vaginal-operativen Geburt** bei knapp einem Viertel aller Frauen [75]. Weitere Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit und deren Wohlbefinden stellen sich zum Teil widersprüchlich dar: Laut Guise et al. (2010) gibt es zwischen den Frauen, die eine vaginale Geburt anstreben (TOL), und denen, die sich primär für einen weiteren Kaiserschnitt entscheiden (ERCS), keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf **Hysterektomien**, hohen **Blutverlust** und **Bluttransfusionen** [71]. Landon et al. (2004) stellten bezüglich dem Outcome „Hysterektomie“ auch keinen Unterschied fest [72]. Mozurkevich & Hutton (2000) hingegen belegen in ihrer Meta-Analyse ein niedrigeres Hysterektomie-Risiko bei TOL [76]. Lyell (2011) verweist auf perioperative Risiken bei einem wiederholten Kaiserschnitt, wie z.B. **Adhäsionen**, **Infektionen** und **Wundkomplikationen**, **Blutungen**, **weitere Verletzungen**, **Hysterektomien** und einen **verlängerten Krankenhausaufenthalt** [77]. Mozurkevich & Hutton (2000) und Cahill et al. (2006) geben nach einer VBAC seltener **Fieber** und **Bluttransfusionen** an [76, 78]. Landon et al. (2004) hingegen dokumentieren ein erhöhtes Risiko einer **Endometritis** sowie einer **Bluttransfusion** nach TOL [72]. Insbesondere wenn eine angestrebte VBAC fehlschlägt, verweisen El-Sayed et al. (2007) auf eine erhöhte mütterliche Morbidität in Form von Blutungen und Hysterektomien [79].

Frauen berichten nach einem Kaiserschnitt über eine **längere Erholungszeit**, die verbunden ist mit **Schmerzen**, **eingeschränkter Mobilität**, Problemen mit der Wunde, Infektionen, Blutungen und **Harninkontinenz** [80]. Laut Shorten & Shorten (2012) stellt der Geburtsmodus die wichtigste Determinante bezüglich postnataler Gesundheit und Zufriedenheit dar: die höchsten Zufriedenheitswerte weisen Frauen nach Spontangeburt (VBAC) auf. Niedrigere Zufriedenheitswerte folgen absteigend bei wiederholten primären Kaiserschnitten (ERCS), Not-Kaiserschnitten und vaginal-operativen Geburten [81].

Die **mütterliche Mortalität** ist laut Guise et al. (2010) – im Vergleich zum Versuch der vaginalen Geburt (TOL) mit 0,004% (0,001%-0,015%) – bei einem wiederholten Kaiserschnitt signifikant erhöht: 0,013% (0,004%-0,042%; $p < 0,027$) [71]. In ihrer Studie fanden Landon et al. (2004) bezüglich der mütterlichen Mortalität hingegen keine Unterschiede zwischen TOL und ERCS [72].

Kindliche Outcomes

Auch bezüglich der **kindlichen Morbidität und Mortalität** gibt es widersprüchliche Daten in Abhängigkeit des Geburtsmodus (VBAC oder ERCS) nach vorangegangenem Kaiserschnitt: Avery et al. (2004) errechneten zwischen Neugeborenen, die per VBAC geboren wurden und denen, die per ERCS geboren wurden, vergleichbare Verlegungsraten auf die Intensivstation (5,0% vs. 6,2%) [17]. Bei einem Vergleich der **5-Minuten-**

Apgar-Werte zwischen Neugeborenen, welche nach vorheriger Sectio der Mutter, vaginal geboren wurden, und denen, die mittels Re-Sectio geboren wurden, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden [17, 71]. Auch Blanchette et al. (2001) beschrieben insgesamt vergleichbare neonatale Outcomes [68].

Wenn eine angestrebte VBAC fehlschlägt, verweisen El-Sayed et al. (2007) explizit auf eine erhöhte kindliche Morbidität im Vergleich zu erfolgreichen vaginalen Geburten nach Kaiserschnitt [79]. Mozurkevich & Hutton (2000) fanden in ihrer Meta-Analyse bei TOL ein erhöhtes Risiko bezüglich **der fetalen oder neonatalen Mortalität** [76]. Smith, Wood, White, Pell & Dobbie (2002) geben eine geburtsbezogene perinatale Todesrate von 12,9 auf 10.000 Frauen an, die nach vorangegangenem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt versuchen [82]. Beim Vergleich von TOL und ERCS ist die peri- bzw. neonatale Mortalität laut Guise et al. (2010) und Signore (2012) ebenfalls signifikant erhöht: 0,13% [71] bzw. 0,11% [62] bei versuchter vaginaler Geburt versus 0,05% [71] bzw. 0,03% [62] bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt. Homer et al. (2011) bestätigen diese Tendenz (OR 1,79; 95% CI: 0,11-2,98) bei einer insgesamt niedrigen perinatalen Mortalität (1,25 auf 1000 Geburten mit einer Spannweite von 0-3,28) [15]. Menacker et al. (2010) geben ebenfalls eine leicht erhöhte Mortalitätsrate nach TOL an, können jedoch eine signifikant niedrigere perinatale Mortalität bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt nicht bestätigen [83]. Auch in der Berliner Kohortenstudie von Richter et al. (2009) ergaben sich keine Hinweise, dass die perinatale Mortalität bei einer vaginalen Geburt nach Kaiserschnitt im Vergleich zur primären Re-Sectio erhöht ist [12].

Guise et al. (2004) beschreiben ein zusätzliches Risiko eines **perinatalen Todes in Folge einer Uterusruptur** von 1,4 auf 10.000 Fälle [84]. Kaczmarczyk et al. (2007) errechneten ebenfalls ein stark erhöhtes Risiko eines neonatalen Todes in Folge einer Uterusruptur (OR 65,62) [85]. Signore (2012) gibt eine perinatale Mortalität von 6% in Folge einer Uterusruptur an [63]. Crowther et al. (2012) beschreiben in einer großen Studie mit 2.345 Frauen eine signifikant erhöhte Rate fetaler oder neonataler Mortalität oder schwerwiegender neonataler Outcomes bei VBAC im Vergleich zu ERCS (2,4% vs. 0,9%, RR 0,39, p = 0,011) [86]. Hierbei ist sicherlich einschränkend zu berücksichtigen, dass die fetale und neonatale Mortalität und schwerwiegende Outcomes zusammen berechnet wurden. In einem Cochrane-Review wurde 2009 darauf hingewiesen, dass es bis dahin keine randomisierten, kontrollierten Studien zu diesem Thema gäbe und die vorliegenden Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren seien [87].

Laut Richter et al. (2009) sei insbesondere die Rate an **Totgeburten** nach vorangegangenem Kaiserschnitt im Vergleich zur Mortalität nach vorangegangenen vaginalen Geburten erhöht [12].

4.5 Gesundheitsökonomische Aspekte

Es wird davon ausgegangen, dass die Geburtshilfe vor allem die mütterliche und kindliche Gesundheit im Fokus hat. Dennoch lohnt es sich, die vaginale Geburt und den Kaiserschnitt aus gesundheitsökonomischer Perspektive zu betrachten. Knappe (2010) hat gezeigt, dass durch die Senkung der Kaiserschnittsraten beträchtliche Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft eingespart werden könnten, die sowohl unmittelbare als auch Folgekosten beinhalten. Sie merkt an, dass weder Krankenkassen noch Gesundheitspolitiker/-innen „das Kosteneinsparungspotenzial und die möglichen präventiven Aspekte der vaginalen Geburt“ bis dato in den Fokus nahmen [88].

5. Schlussfolgerungen

Bei medizinischer Indikation ist ein Kaiserschnitt eine Behandlungsoption, welche für die betreffenden Frauen und Kinder lebensrettend sein und schwerwiegende gesundheitliche Folgen abwenden kann. Bei fehlender Indikation scheinen die dargestellten gesundheitlichen, psychischen und sozialen Faktoren als negative Auswirkungen zu überwiegen. Im Fall eines bereits vorangegangenen Kaiserschnitts nehmen die Vorteile einer vaginalen Geburt (VBAC) im Vergleich zu einem weiteren Kaiserschnitt (ERCS) in ihrer Deutlichkeit ab. Zu beachten ist, dass sich die Risiken insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen. Insbesondere die erhöhte mütterliche Mortalität bei einem wiederholten Kaiserschnitt und die erhöhte kindliche Mortalität bei einer angestrebten vaginalen Geburt können und müssen als potenzielles Dilemma betrachtet werden. Mit dieser Problematik müssen sich schwangere Frauen nach vorangegangenem Kaiserschnitt in Kooperation mit ihrer Hebamme und ihrer Ärztin/ ihrem Arzt auseinandersetzen und zu einer Entscheidung bezüglich ihres Geburtsmodus kommen, mit der sie auch retrospektiv und langfristig zufrieden sind ^[89]. Vor allem bei Erstgebärenden sollte die Zielsetzung daher vorrangig die Vermeidung von unnötigen Kaiserschnitten sein.

Die aufgeführten externen Faktoren für die gestiegenen Kaiserschnittraten erfordern – im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung von Mutter, Kind und Familie – ein sowohl gesundheitspolitisches und gesellschaftliches als auch geburtshilfliches Umdenken und Handeln, welche sich auch auf die gesellschaftliche Meinungsbildung zum Kaiserschnitt auswirken.

Mögliche Ansatzpunkte können sein:

- Förderung einer vermehrten Betreuung und Begleitung von physiologisch verlaufenden Schwangerschaften durch Hebammen
- Förderung und Verbreitung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle im klinischen Versorgungskontext
- Förderung und Finanzierung einer Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen während der Geburt
- Förderung von interventionsarmen Geburten
- Förderung einer sich ergänzenden und kollegialen Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkologen/-innen
- Erhöhung der Beratungskompetenz der beteiligten Berufsgruppen
- Gelungene Gesprächsführung im Sinne von partizipativer Entscheidungsfindung bzw. „informed choice“, insbesondere für Schwangere mit relativer Sectio-Indikation und bei Schwangerschaften mit Zustand nach Sectio
- Gesprächsangebote für Frauen, die den Wunsch nach einem Kaiserschnitt aufgrund von Geburtsangst äußern, in denen speziell geschulte Fachkräfte sich des Themas Geburtsangst annehmen können. Durch die Aufnahme dieses Aspektes in die Mutterschutzrichtlinien würden Fachärztinnen und -ärzte sowie Hebammen in die Pflicht genommen, dieses Gesprächsangebot in der Schwangerenvorsorge vorzuhalten oder zu vermitteln.
- Qualitätssicherung und -steigerung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen
- Evidence-basiertes Arbeiten
- kritische Beurteilung von relativen Indikationen für einen sekundären Kaiserschnitt (z.B. Geburtsstillstand)
- kritische und öffentliche Auseinandersetzung mit den systemrelevanten Faktoren, die eine medikalisierte Geburtshilfe begünstigen
- adäquates Haftungsrecht für Geburtshelfer
- Öffentlichkeitsarbeit/ mediale Thematisierung der Vorteile und Risiken für Mutter und Kind

Datum: 31.07.2013

Autorin: Andrea Mattered MSc (in Zusammenarbeit mit Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Diplom Kauffrau (FH) Nina Knappe und Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers)

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur:

- 1 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012). *Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen 2011 per Kaiserschnitt* (Pressemitteilung 365/12 vom 18.10.2012).
http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/10/PD12_365_231.html (Stand: 18.01.2013)
- 2 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013a). *Krankenhausentbindungen in Deutschland 1991 bis 2011*. <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KhKaiserschnittjahre.html> (Stand: 18.01.2013)
- 3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2012). *WHO Health Data. Indikatoren des Gesundheitswesens. Kaiserschnittentbindungen. Teil: Mutter und Kind Gesundheit*. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9070 (Stand: 18.01.2013)
- 4 Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Heiden. https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf (Stand: 18.01.2013)
- 5 European Perinatal Health Report (2008). *EURO-PERISTAT Project*. S.63. <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/petite-enfance/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report.pdf> (Stand: 08.03.2013)
- 6 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010a). *Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea*. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-4-6-sectio-indikationen-2010.pdf (Stand: 18.01.2013)
- 7 Niino, Y. (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. Review. *BioScience Trends*, 5(4), 139-150.
- 8 Ritzinger, P., Dudenhausen, J.W. & Holzgreve, W. (2011). Späte Mutterschaft und deren Risiken. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 8(2), 112-122.
- 9 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013b). *Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2011 (biologische Geburtenfolge)*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html> (Stand: 25.01.2013)
- 10 AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2012). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011. 16/1 Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren*. https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2011.pdf (Stand: 03.04.2013)
- 11 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010b). *Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt*. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-4-5-entbindung-nach-sectio-2010.pdf (Stand: 18.01.2013)
- 12 Richter, R., Bergmann, R.L., & Dudenhausen, J.W. (2009). Perinatale Mortalität nach vorangegangener Sectio. *Die Hebamme*, 22, 189-193.
- 13 Eden, K.B., Denman, M.A., Emeis, C.L. et al. (2012). Trial of Labor and Vaginal Delivery Rates in Women with a Prior Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, 583-598. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01388.x
- 14 Grobman, W.A., Lai, Y., Landon, M.B., Spong, C.Y., Rouse, D.J., Varner, M.W. et al. (2010). The change in the rate of vaginal birth after caesarean section. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 37-43. doi: 10.1111/j.1365-3016.2010.01169.x
- 15 Homer, C.S.E., Johnston, R. & Foureur, M.J. (2011). Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state. *Midwifery*, 27, 165-169. Doi: 10.1016/j.midw.2009.04.009
- 16 Yeh, J., Wactawski-Wende, J. & Shelton, J.A. (2006). Temporal trends in rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194, 144.e1-144.e12. Doi: 10.1016/j.ajog.2005.06.079

- 17 Avery, M.D., Carr, C.A. & Burkhardt, P. (2004). Vaginal birth after cesarean section: A pilot study of outcomes in women receiving midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 113-117. Doi: 10.1016/j.jmwh.2003.12.014
- 18 Elkousy, M.A., Sammel, M., Stevens, E., Peipert, J.F. & Macones, G. (2003). The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188, 424-830. Doi: 10.1067/mob.2003.186
- 19 Regan, J., Wolfe, K., Snyder, C., Thompson, A. & DeFranco, E. (2012). VBAC success in low risk women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supplement to January, 295.
- 20 Rossi, A.C. & D'Addario, V. (2008). Maternal morbidity following a trail of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Sep, 224-231. Doi: 10.1016/a.ajog.2008.04.025
- 21 Hellmers, C. & Schücking, B.A. (2005). Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme*, 18, 79-82.
- 22 Lutz, U. & Kolip, P. (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Sankt Augustin: Asgard Verl. Hippe. http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 23 National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Caesarean section. Clinical guideline 132*. Developed by the National Collaborating centre for women's and children's health.
- 24 Geissbühler, V., Zimmermann, K. & Eberhard, J. (2005). Geburtsängste in der Schwangerschaft. *Geburtshilfe & Frauenheilkunde*, 65, 873-880.
- 25 Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D. & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *The Cochrane Library*. Doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- 26 McLachlan, H., Forster, D., Davey et al. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119, 1483-1492. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- 27 Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Weston, J. (2011). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003766
- 28 Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetric*, 75, 25-37.
- 29 WHO (2002). *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf> (Stand: 06.02.2013)
- 30 Amtsblatt der Europäischen Union (2005). *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*. L 255/22. 30.9.2005. http://us.yhs4.search.yahoo.com/r/_ylt=A7x9Un_GaPIRkigAVjGz4IIQ;_ylu=X3oDMTBybWdtbzZ2BHNIYwNzcgRwb3M3NARjb2xvA2lyZAR2dGikAw--/SIG=13oskob3/EXP=1375328582/**http%3a//eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do%3furi=OJ%3aL%3a2005%3a255%3a0022%3a0142%3aDE%3aPDF
- 31 Horschitz, H. & Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juli 1985*. 3. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- 32 Sozialgesetzbuch V, http://dejure.org/gesetze/SGB_V/24d.html (Stand: 28.01.2013)
- 33 Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HeBG) vom 04.06.1985. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf (Stand: 06.02.2013)
- 34 Sayn-Wittgenstein, F. zu & Schäfers, R. (2009). *Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung – Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen. Unveröffentlichter Abschlussbericht*. Fachhochschule Osnabrück.
- 35 IGES-Institut GmbH (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. S. 17-18. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf (Stand: 04.04.2013)
- 36 Kaimal, A.J. & Kuppermann, M. (2010). Understanding risk, patient and provider preferences, and obstetrical decision making: Approach to delivery after cesarean. *Seminars in Perinatology*, 331-336. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.05.006
- 37 Mikolitch, K. (2006). Ich hätte einfach mehr Zeit gebraucht. *Hebammenforum*, 9, 690-702. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resourcen/HF_9-06_T3.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 38 Coggins, J. (2003). Caesarean birth: a birth none-the-less! *MIDIRS Midwifery Digest*, 13(1), 76-79.
- 39 Weiss, M., Fawcett, J. & Aber, C. (2009). Adaption, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2938-2948. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x
- 40 Fenwick, S., Holloway, I. & Alexander, J. (2009). Achieving normality: The key to status passage to motherhood after caesarean section. *Midwifery*, 25, 554-563. Doi: 10.1016/j.midw.2007.10.002
- 41 Huber, G. & Seelbach-Göbel, B. (2006). Re-Section versus Spontangeburt nach Sectio: Unterschiede im Erleben von Geburt und Bonding. *Die Hebamme*, 19, 227-230.
- 42 Riedl, T., Falkert, A. & Seelbach-Göbel, B. (2001). Kaiserschnitt zur Prävention einer postpartalen Harninkontinenz? *Die Hebamme*, 3.
- 43 Barrett, G. & McCandlish, R. (2002). Caesarean section: better for your sex life? A review of the evidence. *MIDIRS Midwifery Digest*, 12(3), 377-379.

- 44 Windhausen, C. (2006). Emotionale Nach-Wehen. *Hebammenforum*, 9, 702-705. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T4.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 45 MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F. Michael H. Malloy, M.H. (2008). Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *BIRTH*, 35(1), 3-8.
- 46 Patel, R. & Jain, L. (2010). Delivery after previous cesarean: Short-term perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34(4), 272-280. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.03.007
- 47 Smith, G.C.S., Wood, A.M., White, I.R., Pell, J.P. & Dobbie, R. (2004). Neonatal respiratory morbidity at term and the risk of childhood asthma. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 956-960. Doi: 10.1136/adc.2003.045971
- 48 Davidson, R., Roberts, S.E., Wotton, C.J. & Goldacre, M.J. (2010). Influence of maternal and perinatal factors on subsequent hospitalisation for asthma in children: evidence from the Oxford record linkage study. *BMC Pulmonary Medicine* 10(14). <http://biomedcentral.com/1471-2466/10/14> (Stand: 30.7.2013)
- 49 Hyde, M.J., Mostyn, A., Modi, N. & Kemp, P.R. (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews*, 87, 229-243. Doi: 10.1111/j.1469-185X.2011.00195.x
- 50 O'Shea, T.M., Klebanoff, M.A. & Signore, C. (2010). Delivery after previous cesarean: long-term out comes in the child. *Seminars in Perinatology*, 281-292. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.03.008
- 51 Renz-Polster, H., David, M.R., Buist, A.S. et al. (2005). Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clinical & Experimental Allergy*, 35, 1466-1472. Doi: 10.1111/j.1365-2222.2005.02356.x
- 52 Kapellou, O. (2011). Effect of caesarean section on brain maturation. *Acta Paediatrica*, 11, 1416-1422.
- 53 Poets, C.F., Wallwiener, D. & Vetter, K. (2012). Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(43), 721-726. Doi: 10.3238/arztebl.2012.0721
- 54 Cardwell, C.R., Stene, L.C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M.J. et al. (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. doi: 10.1007/s00125-008-0941-z.
- 55 Maghzi, A.-H., Etemadifar, M., Heshmat-Ghahdarjani, K., Nonahal, S., Minagar, A. & Moradi, V. (2012). Cesarean delivery may increase the risk of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(4), 468-471. Doi: 10.1177/1352458511424904
- 56 Evans, K.C., Evans, R.G., Royal, R., Esterman, A.J. & James, S.L. (2003). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88, F380-F382.
- 57 Groß, M. (2006). Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarea. *Hebammenforum*, 9, 688-697. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T2.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 58 Enning, C. (2005). Welche Erfahrungen fehlen einem Neugeborenen nach einer Sectio-geburt? *Die Hebamme*, 18, 38-43.
- 59 Liebl, T. (2010). Evidenzbasierte Beratung einer Schwangeren mit vorausgegangenem Kaiserschnitt. *Die Hebamme*, 37-41.
- 60 Clark, E.A.S. & Silver, R.M. (2011). Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supp. Dec. 2011, S2-S10. Doi: 10.1016/j.ajog.2011.09.028
- 61 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010c). *Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio. Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-046_S1_Plazentationsstoerungen_bei_Status_nach_Sectio_08-2008_08-2013...pdf (Stand: 13.02.2013)
- 62 Signore, C. (2012). VBAC: What Does the Evidence Show? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 961-968.
- 63 Taylor, L.K., Simpson, J.M., Roberts, C.L. Olive, E.C. & Henderson-Smart, D.J. (2005). Risk of complication in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Medical Journal of Australia*, 183(10), 515-519.
- 64 Abenhaim, H.A. & Benjamin, A. (2011). Effect of prior cesarean delivery on neonatal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 39, 241-244. Doi: 10.1515/JPM.2011.050
- 65 Dekker, G.A., Chan, A., Luke, C.G. et al. (2011). Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population based cohort study. *RCOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(11), 1358-1365, in MIDIRS Midwifery Digest, 21(1), 68-73.
- 66 Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., Easterling, T.R. & Martin, D.P. (2001). Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 345(1), 3-8.
- 67 Dodd, J.M. & Crowther, C.A. (2012). Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth (Review). *The Cochrane Library*, <http://www.thecochranelibrary.com> (Stand: 30.7.2013)
- 68 Blanchette, H., Blanchette, M., McCabe, J. & Vincent, S. (2001). Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 184(7), 1478-1487. Doi: 10.1067/mob.2001.114852
- 69 Fitzpatrick, K.E., Kurinczuk, J.J., Alfirevic, Z., Spark, P. & Brocklehurst, P. (2012). Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: A national case-control study. *PLoS Medicine*, 9(3), 1-12.
- 70 Grobman, W.A., Lai, Y., Landon, M.B. et al. (2008). Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after caesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(1), 30.e1-30.e5. Doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.039

- 71 Guise, J.-M., Denman, M.A., Emeis, C. et al. (2010). Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 115(6), 1267-1278.
- 72 Landon, M.B., Hauth, J.C., Leveno, K.J. et al. (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581-2589.
- 73 Macones, G.A., Peipert, J., Nelson, D.B. et al. (2005). Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1656-1662. Doi: 10.1016/a.ajog.2005.04.002
- 74 Holmgren, C.M. (2012). Uterine Rupture Associated With VBAC. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 978-987.
- 75 Inbar, R., Mazaaki, S., Anat Kalter, A. et al. (2013). Vaginal birth after cesarean (VBAC) is associated with an increased risk for instrumental delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supplement to January, 340.
- 76 Mozurkevich, E.L. & Hutton, E.K. (2000). Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1187-1197. Doi: 10.1067/mob.2000.108890
- 77 Lyell, D.J. (2011). Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, S11-S18. Doi: 10.1016/a.ajog.2011.09.029
- 78 Cahill, A.G., Stamilio, D.M., Odibo, A.O. et al. (2006). Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 195, 1143-1147. Doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.045
- 79 El-Sayed, Y.Y., Watkins, M.M., Fix, M., Druzin, M.L., Pullen, K.M. & Caughey, A.B. (2007). Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 196, 538.e1-538.e5. Doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.013
- 80 Kealy, M.A., Small, R.E. & Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(47), 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47> (Stand: 13.02.2013)
- 81 Shorten, A. & Shorten, B. (2012). The Importance of Mode of Birth After Previous Cesarean: Success, Satisfaction, and Postnatal Health. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 126-132. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00106.x
- 82 Smith, G.C.S., Pell, J.P., Cameron, A.D. & Dobbie, R. (2002). Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated pregnancies. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2648-2690.
- 83 Menacker, F., MacDorman, M.F., Declercq, E. (2010). Neonatal mortality risk for repeat cesarean compared to vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States, 1998-2002 Birth Cohorts. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 147-154. Doi: 10.1007/s10995-009-0551-5
- 84 Guise, J.-M., McDonagh, M.S., Osterweil, P., Nygren, P., Chan, B.K.S. & Helfland, M. (2004). Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous cesarean section. *British Medical Journal*, 329, 1-7.
- 85 Kaczmarczyk, M., Sparen, P., Terry, P. et al. (2007). Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 144(10), 1208-1214.
- 86 Crowther, C.A., Dodd, J.M., Hiller, J.E. et al. (2012). Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Cesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. *PLoS Med* 9(3): e1001192. doi: 10.1371/journal.pmed.1001192
- 87 Dodd, J.M., Crowther, C.A., Huertas, E., Guise, J.M. & Horey, D. (2009). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth (Review). *The Cochrane Library*. <http://www.thecochranelibrary.com> (Stand: 13.02.2013)
- 88 Knappe, N. (2010). Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 23(3), 176-182.
- 89 Mattered, A. (2012). *Entscheidungsfindung von schwangeren Frauen nach vorangegangenem Kaiserschnitt bezüglich der Wahl ihres bevorstehenden Geburtsmodus. Eine hermeneutisch-interpretative Analyse problemzentrierter Interviews*. Unveröffentlichte Masterthesis. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Anhang:

Erläuterung medizinischer Fachbegriffe

Adhäsion	Verwachsung
Adipositas	Fettleibigkeit
Bonding	erster bindungsstiftender Kontakt zwischen Neugeborenem und Eltern
ERCS	Elective Repeat Caesarean Section, gewählter wiederholter Kaiserschnitt
Fertilität	Fruchtbarkeit
Gestationsdiabetes	schwangerschaftsbedingte Zuckerkrankheit
Gestationsödeme	schwangerschaftsbedingte Wassereinlagerungen
Gestationsproteinurie	schwangerschaftsbedingte Einweißausscheidung
Harninkontinenz	unwillkürlicher Abgang von Urin
Hysterektomie	operative Entfernung der Gebärmutter
intrauteriner Fruchttod	Tod eines ungeborenen Kindes im Mutterleib
Letalität	Maß für die Tödlichkeit einer Erkrankung
Makrosomie	unverhältnismäßige Größe und Gewicht
Morbidität	Häufigkeit einer bestimmten Krankheit innerhalb einer Population
Mortalität	Sterblichkeit
Uterusruptur	Gebärmutterriss, -zerreißung
Plazentationsstörungen	qualitative und zeitliche Abweichungen in Ausbildung und Reifung der Plazentazellen
Plazenta accreta/ increta/ percreta	Chorionzotten wachsen in unterschiedlichem Grad tiefer als gewöhnlich in die Gebärmuttermuskulatur hinein
prae-/ peri-/ postpartal	vor/ während/ nach der Geburt
primärer/ sekundärer Kaiserschnitt	geplanter Kaiserschnitt ohne Geburtsbeginn/ Kaiserschnitt während des Geburtsprozesses
Placenta praevia	atypische Lokalisation der Placenta im unteren Teil der Gebärmutter, wobei der Muttermund teilweise oder vollständig verdeckt sein kann
pulmonale/ respiratorische Anpassungsstörung	Anpassungsstörung der Atmung
Re-Sectio	wiederholter Kaiserschnitt
Sectio caesarea	Kaiserschnitt
TOL	Trial of Labour, Versuch der Geburt bzw. angestrebte vaginale Geburt
Thrombose	Blutpfropfbildung, meist in den Venen
VBAC	Vaginal Birth After Caesarean Section, vaginale Geburt nach Kaiserschnitt

(vgl. auch Pschyrembel, W., Zink, C., Dornblüth, O. (1990). Klinisches Wörterbuch. 256., neu bearb. Aufl.. Berlin: de Gruyter)

Methodenreport

Als wissenschaftliche Grundlage der vorliegenden Stellungnahme diente die Verwendung von Literatur nach einer Recherche in den Datenbanken BiomedCentral, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, PubMed, SCOPUS und Web of Science in deutscher sowie englischer Sprache ab dem Jahr 2000. Zudem wurde eine Handsuche in den MIDIRS-Journalen der Jahre 1991-2012 und der Zeitschrift „Die Hebamme“ ab 2004 durchgeführt.

Nach einem ersten Entwurf durch die Erstautorin wurde dieser mit der Bitte um Korrekturvorschläge an die Co-Autorinnen versendet. Der Austausch und die Diskussionen fanden größtenteils via E-Mail, aber auch persönlich und telefonisch, statt. Dieser Vorgang wurde mehrmals wiederholt.

Um möglichst viele Ressourcen und Expertisen aller Mitglieder der DGHWi zu nutzen und dem Ziel der Transparenz und größtmöglicher Partizipation gerecht zu werden, wurde die Stellungnahme abschließend im internen Bereich der Homepage der Gesellschaft zur Diskussion gestellt. Auch in dieser Phase wurden konstruktive Verbesserungs- und Änderungsvorschläge berücksichtigt. In einem letzten Schritt wurde die Stellungnahme von den Autorinnen gegengelesen und ein Konsens erreicht.