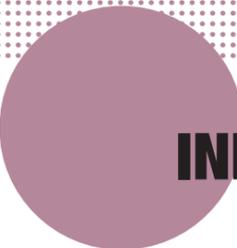


WIENER GRUNDSATZERKLÄRUNG ZUR SPONTANGEBURT



Die Chance auf Spontangeburt erhöhen



INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Seite 5

1. WIENER GESUNDHEITSZIELE

Seite 6

1.1 Die Arbeitsgruppe 7

2. DATENLAGE

Seite 10

2.1 Europäische Union 10

2.2 Deutschland 11

2.3 Österreich 19

2.4 Aktuelle Bestandsaufnahme in Wien 19

3. SPONTANGEBURT ODER KAISERSCHNITT?

Seite 22

3.1 Zum Verständnis von „Spontangeburt“ 22

3.2 Zur Notwendigkeit eines Kaiserschnitts 23

3.3 Zum Verständnis des Risiko-Begriffs 24

3.4 Vergleich der Auswirkungen von Kaiserschnitt und Spontangeburt 24

4. MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN

Seite 27

4.1 Beratung/Aufklärung/Unterstützung schwangerer Frauen 28

4.2 Maßnahmen auf der Ebene des Gesundheitspersonals 29

4.3 Maßnahmen auf Ebene des Gesundheitssystems 31

5. ZIELSETZUNGEN

Seite 33

6. SCHLUSSWORT

Seite 34

7. REFERENZEN

Seite 36

EINLEITUNG

Weltweit ist eine steigende Tendenz von Kaiserschnitten zu beobachten. Dies gilt auch für Österreich. Insbesondere Wien liegt derzeit im oberen Drittel des Bundesländervergleichs. Die geringste Kaiserschnittfrequenz weist das Bundesland Salzburg auf, die höchste das Burgenland. Lag die Kaiserschnitttrate in Wien 2004 noch bei 23,6 %, so ist sie 2016 auf knapp unter 30 % angestiegen.

Die WHO veröffentlichte 1985 ein Statement zur steigenden Sectiorate, in dem dargelegt wird, dass bei einer Sectiorate von über 10 % über eine gesamte Population gesehen keine Vorteile für die mütterliche und kindliche Gesundheit resultieren. Sehr wohl kommt es aber zu nachhaltigen Problemen.

International anerkannte Fachgesellschaften, wie das National Institute for Health and Care Excellence (NICE), das American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), das Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) und das Executive Council of the Society Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) sowie die Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) publizieren aktuelle Leitlinien zur sicheren Senkung der Kaiserschnitttraten.

Übereinstimmend wird dabei empfohlen:

- ausreichende Wartezeit bei Geburtsstillstand, bevor Maßnahmen zur Weheninduktion begonnen werden (ACOG, SGGG)
- Zurückhaltung mit Interventionen während des Geburtsprozesses (SOGC, ACOG): diese sollen nur bei medizinischer Indikation gesetzt werden.
- „Eins-zu-Eins“-Hebammen/Gebärenden-Betreuung.

In Österreich findet sich die Forderung zur Senkung der Kaiserschnitttrate als Ziel in vielen relevanten Gesundheitsstrategien, z. B.: in den Gesundheitszielen Österreichs, in der österreichischen Kinder- und Gesundheitsstrategie, in den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates zur Senkung der Kaiserschnitttrate (Newsletter 1, 2014) sowie in dem Ziel 1 der Wiener Gesundheitsziele „Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen“.

Um dies zu ermöglichen, bedarf es allerdings Maßnahmen auf mehreren Ebenen, wie zum Beispiel einer verbesserten Health Literacy, einer umfassenden Aufklärung über Geburtsmethoden, einer ausgewogenen Aufklärung über Vor- und Nachteile von Spontangeburt und Kaiserschnitt (primär und sekundär) und auch der Benennung nachhaltiger Probleme bezogen auf ein gesamtes Frauen- und Kinderleben.

1. WIENER GESUNDHEITZIELE

Die Stadt Wien hat 9 Gesundheitsziele entwickelt, die 2015 vom Wiener Gemeinderat mehrheitlich angenommen wurden. Diese dienen zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Wiener Bevölkerung. Es wurden 3 Zielgruppen in den Fokus genommen, Kinder und Jugendliche, Personen im Erwerbsalter sowie Ältere und alte Personen. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wurde das Ziel 1 „Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen“ mit 9 Wirkungszielen entwickelt. Ziel muss sein, möglichst früh Schwangere, Eltern und Kinder zu stärken, um gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen im Fokus zu haben. Im Sinne der Primärprävention wurde auch die Zeit der Schwangerschaft und frühen Elternschaft berücksichtigt und die folgenden 3 relevanten Wirkungsziele speziell für diese Lebensphase formuliert:

Die Basis für einen guten Start legen: Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft fördern

- Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern
- Die Chance auf Spontangeburt erhöhen
- Elternkompetenz stärken

Wirkungsziel „Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“

Im Rahmen der Erarbeitung der Wiener Gesundheitsziele 2025 wurden zu den verschiedenen Wirkungszielen und Indikatoren ExpertInnenteams (Taskforces) etabliert. In dem ExpertInnengremium für das Gesundheitsziel 1 wurde festgelegt, als Zielwerte bis 2025 eine Steigerung der Spontangeburtensrate auf 70 %, eine Senkung der Kaiserschnitttrate auf 25 % sowie eine Senkung sonstiger assistierter Geburten auf 5 % anzustreben.

ABBILDUNG 1:
Indikator zu Gesundheitsziel 1

Indikator	Datenquelle	Zielwert/Zielvorgabe
Lebendgeburten nach Entbindungsart (in %)	MA 23/ Statistik Austria-Geburtenstatistik	Steigerung der Spontangeburtensrate auf 70 % und Senkung der Kaiserschnitttrate auf 25 %, sonstige assistierte Geburten 5 %

Quelle: Gesundheitsziele Wien 2025 Bericht, 2015, S. 101

1.1 DIE ARBEITSGRUPPE

Um diesen Prozess der Senkung in die Wege zu leiten, wurde vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele unter der Leitung von Mag.^a Kristina Hametner eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die GynäkologInnen und GeburtshelferInnen, NeonatologInnen, Hebammen, PsychologInnen auf Leitungsebenen der fondsfinanzierten Krankenanstalten – Wiener Krankenanstaltenverbund und Vinzenz-Gruppe – sowie Vertretungen des Health Care Managements des Wiener Krankenanstaltenverbunds und des Amtes für Jugend und Familie (MA 11), umfasste. Insgesamt bestand die Gruppe aus rund 20 TeilnehmerInnen.

Die wissenschaftliche Leitung und Begleitung der Arbeitsgruppe lag bei ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, da sie in ihrer früheren Funktion als Wiener Frauengesundheitsbeauftragte eine repräsentative Studie zu subjektiven und objektiven Faktoren der Entscheidung zum Kaiserschnitt geleitet hat. Diese Studie diente auch als Grundlage zur Entwicklung des ersten Gesundheitsziels.

Als Ausgangspunkt wurden verschiedene internationale Guidelines (NICE Guidelines – National Institute for Health and Care Excellence) herangezogen, welche von ihr recherchiert und für die Gruppe aufbereitet wurden.

Zur Sicherstellung eines Outcome-orientierten Entscheidungsfindungsprozesses wurde zusätzlich Dr. Heinz Ebner, als ein in diesem Feld erfahrener Moderator, beauftragt.

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe:

- ▶ **Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Berger**
(Neonatologie, AKH Wien)
- ▶ **Dr. Georg Braune**
(Fachgruppen-Obmann Gynäkologie –
Wr. Ärztekammer)
- ▶ **DDr.ⁱⁿ Andrea Fleischmann**
(Wiener Gebietskrankenkasse)
- ▶ **Dr. Mario Földy**
(Wr. Krankenanstaltenverbund –
Health Care Management)
- ▶ **Renate Großbichler-Ulrich**
(leitende Hebamme, Donauspital – SMZ Ost)
- ▶ **MMag.^a Helene Haidl**
(leitende Psychologin, MA 11)
- ▶ **Prim. Univ. Doz. Dr. Beda Hartmann**
(Gynäkologie & Geburtshilfe, Donauspital –
Sozialmedizinisches Zentrum Ost)
- ▶ **Margot Ham-Rubisch**
(Wiener PatientInnen- und
Pflegeanwaltschaft)
- ▶ **Christa Hauser-Auzinger, MSc**
(leitende Hebamme, AKH)
- ▶ **Marianne Ulrike Heil**
(leitende Hebamme,
Familienhebammen – MA 15)
- ▶ **OÄ Dr.ⁱⁿ Astrid Käfer**
(Neonatologie, Wilhelminen Spital)
- ▶ **OÄ Dr.ⁱⁿ Gabriele Knappitsch**
(Gynäkologie & Geburtshilfe,
St. Josef Krankenhaus)
- ▶ **Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig**
(Gesundheitsvorsorge Kinder
und Jugendliche – MA 15)
- ▶ **Prim. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ MMag.^a Barbara Maier**
(Gynäkologie & Geburtshilfe,
Wilhelminenspital)
- ▶ **Mmag.^a Dr.ⁱⁿ Gabriele Maurer**
(Psychologin, St. Josef Krankenhaus)
- ▶ **Marianne Mayer, MLS**
(Österr. Hebammengremium,
Landesstelle Wien)
- ▶ **Dr.ⁱⁿ Sigrid Pitzl**
(WienerPatientInnen- und Pflegeanwaltschaft)
- ▶ **Mag.^a Franziska Pruckner**
(Frühe Hilfen Wien)
- ▶ **Mag.^a Monika Schmidt-Weiss**
(Psychologin, Donauspital)
- ▶ **Prim. Univ. Prof.Dr. Paul Sevelda**
(Gynäkologie & Geburtshilfe,
Krankenhaus Hietzing)
- ▶ **Dr.ⁱⁿ Maria Stammler-Safar**
(Gynäkologie & Geburtshilfe,
Allgemeines Krankenhaus Wien – AKH)
- ▶ **Mag.^a Anita Weichberger**
(Psychologin, AKH Wien)
- ▶ **Mag.^a Hilde Wolf**
(Leiterin Frauengesundheitszentrum
FEM Süd)
- ▶ **Dr. Stefan Zawodsky**
(Gynäkologie & Geburtshilfe,
Krankenhaus Göttlicher Heiland)
- ▶ **Regina Zsivkovits**
(leitende Hebamme,
HEBAMMEN-Zentrum Wien)

Ziele der Arbeitsgruppe

Übergeordnetes Ziel der Arbeitsgruppe war es, konsensuale Empfehlungen zur Senkung der Kaiserschnittfrequenz in den öffentlichen Spitälern (KAV, Vinzenzgruppe) sowie Maßnahmen zur präventiven Betreuung und Unterstützung, pränatal sowie postnatal, zu entwickeln.

Im Detail wurden folgende Ziele formuliert:

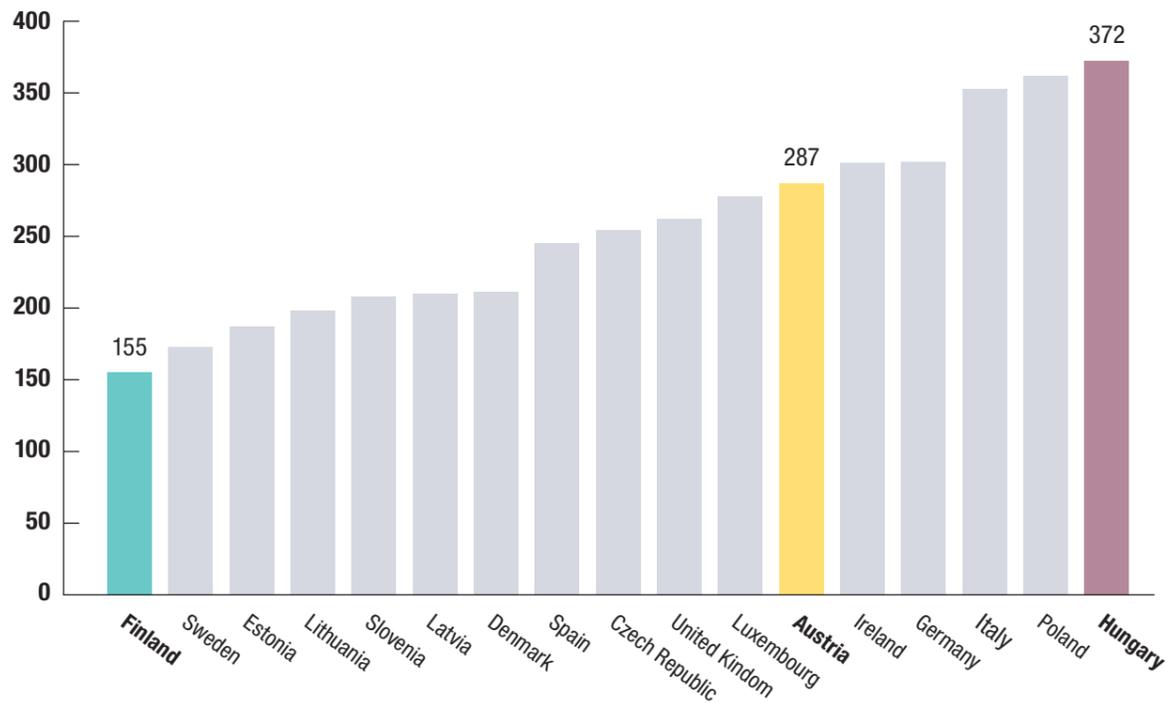
- Erarbeitung konsensueller Grundsätze für den Entscheidungsprozess bezüglich Durchführung eines Kaiserschnitts (neu: Erhöhung der Chance auf Spontangeburt)
- Erarbeitung von Maßnahmen zur Implementierung in den Häusern (siehe Kapitel 4)
- Einigung auf Zielwert Spontangeburt Wien/Selbst-Commitment zum Wirkungsziel (siehe Kapitel 5)

2. DATENLAGE

Betrachtet man Kaiserschnittfrequenzen so fällt auf, dass Schwankungen sowohl regional als auch national sowie international zu beobachten sind. Im Folgenden werden die Kaiserschnittraten im Zeitverlauf und auch im Ländervergleich sowie aktuelle Studienergebnisse dargestellt.

2.1 EUROPÄISCHE UNION

ABBILDUNG 2:
Kaiserschnittrate der EU-Mitgliedsländer, total per 1000 Geburten



Quelle: OECD (2017), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en (Accessed on 19 December 2017)

2.2 DEUTSCHLAND

TABELLE 1:
Krankenhausentbindungen in Deutschland

Jahr	Entbundene Frauen		Anteil
	Insgesamt	darunter Entbindungen durch Kaiserschnitt	
	Anzahl		%
2006	652 642	186 889	28,6
2007	664 454	194 526	29,3
2008	662 783	200 452	30,2
2009	644 274	201 480	31,3
2010	656 390	209 441	31,9
2011	642 791	206 791	32,2
2012	653 215	208 254	31,9
2013	661 38	210 570	31,8
2014	692 794	220 540	31,8
2015	716 539	222 919	31,1
2016	761 777	232 479	30,5

Quelle: Destatis – Statistisches Bundesamt. Krankenhausentbindungen in Deutschland. Jahre 1991 – 2016. (Ausschnitt) Abgerufen über <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausentbindungenKaiserschnitt.html> (19.12.2017)

Empirische Analysen von Ursachen sowie korrelierender Faktoren von Kaiserschnitten

Kolip, Psychologin und Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, analysierte 2006 deutsche Versicherungsdaten und fand heraus, dass der Anstieg und die große Variation der Kaiserschnitttrate nicht alleine durch die häufig angeführten Faktoren, wie Altersstruktur der Mütter, Bildung, Häufigkeit und Verteilung von Früh- und Mehrlingsgeburten, makrosomen Kindern oder mütterlichen Erkrankungen, erklärt werden können (vgl. Kolip, 2012b). Hingegen wurde deutlich, dass zu ca. 90 % die medizinische Entscheidung für einen Kaiserschnitt auf relativen Indikatoren basiert. Die AutorInnen schlussfolgern, dass die ansteigende Kaiserschnitttrate stark von der unterschiedlichen Vorgehensweise bei relativen Indikationen sowie der sich verändernden Haltung der GeburtshelferInnen bei Risikoschwangerschaften abhängt. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass oft nur unzureichend definiert ist, was ein Risiko darstellt. Ebenso muss der Kontext von geburtshilflichen Abteilungen berücksichtigt werden.

Kolip (S. 83, 2012b) schreibt: „Nach unseren Analysen erklären die Belegarztstrukturen etwa 9 % der Unterschiede bei allen Kaiserschnitten und über 14 % der Varianz der primären Kaiserschnitttraten in den Kreisen und kreisfreien Städten. [...] So könnte die bessere Planbarkeit von (primären) Kaiserschnitten im Vergleich zu den weniger gut planbaren vaginalen Geburten auch aufgrund organisatorischer Gründe in den Belegabteilungen eine wichtige Rolle spielen.“

Als mögliche Gründe für die starke regionale Variation der Kaiserschnitttrate listet Kolip (2012b, S. 82) folgende Faktoren auf:

- zunehmende Tendenz zur Risikovermeidung bei den werdenden Eltern;
- zunehmende Tendenz zur Risikovermeidung bei den klinischen GeburtshelferInnen, für die eine Ursache sicherlich auch in haftungsrechtlichen Gründen liegen dürfte;
- die sich verändernden Fähigkeiten der GeburtshelferInnen bspw. in Bezug auf Zwillings- und Beckenendlagegeburten; hier sei noch einmal erwähnt, dass die Möglichkeiten für die Lehre und Übung alternativer Entbindungsverfahren umso mehr abnehmen, je öfter diese Geburten mittels Kaiserschnitt erfolgen;
- im vorgenannten Kontext könnte auch von Bedeutung sein, dass für diese speziellen klinischen Konstellationen kaum Ansätze für eine Steuerung und Zentralisierung in Kliniken erkennbar sind, die alternative Verfahren überhaupt noch anwenden. Werdenden Eltern kann teilweise regional keine Alternative zu einer Sectio an einer Klinik angeboten werden.

Die Entwicklung der Klagbarkeit in medizinischen Settings stellt einen weiteren Faktor dar. So geben 84 % der amerikanischen und 42 % der britischen MedizinerInnen juristische Gründe, wie Angst vor Klagen bei Geburtsschäden, als ausschlaggebend für die steigende Kaiserschnitttrate an (Tew, 2007; zitiert in Kolip 2012b).

Ein weiterer Grund, der oftmals für die steigende Sectiorate angeführt wird, ist der explizite Wunsch schwangerer Frauen nach einem Kaiserschnitt, in Abwesenheit von medizinischen Faktoren – sogenannter „Wunschkaiserschnitt“. Empirische Untersuchungen konnten jedoch zeigen, dass nur ein sehr geringer Teil von Frauen nach einem Kaiserschnitt, obwohl nicht indiziert, verlangt (vgl. Kolip, 2006 (2 %); vgl. Wimmer-Puchinger, 2014 (1,2 %)).

Es konnte jedoch gezeigt werden, dass hinter diesem Wunsch oftmals Angst und psychologische Belastungen als Beweggründe stehen. Wenn diese Frauen bereits während der Schwangerschaft psychologisch begleitet werden, sind die Frauen langfristig zufriedener mit dem Geburtserlebnis. Diese Interventionen können einen wesentlichen Beitrag zur Senkung der Kaiserschnitttrate leisten (Nerum et al., 2006; Halvorsen et al., 2008; zitiert in Kolip 2012b).

Geburtenreport – Eine Routinedatenanalyse zu Kaiserschnitt und Frühgeburt (2017)

In dieser aktuellen Studie wurden verschiedene Einflussfaktoren auf den Entbindungsmodus und dessen Outcome bei Mutter und Kind untersucht. Hierfür zogen die AutorInnen die medizinischen Daten der Technischen Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2008 von versicherten Müttern sowie deren Kindern heran. Da die Daten von Mutter und Kind getrennt vorliegen, mussten diese in einem ersten Schritt gematcht werden. Durch dieses Verfahren konnten insgesamt zu 80 % der Daten der entbundenen Frauen auch jene ihrer Kinder zugeordnet werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Eckdaten der Stichprobe.

TABELLE 2
Vergleich der Grundgesamtheit aller TK-versicherten Mütter aus 2008 mit der Kohorte nach Matching

	Grundgesamtheit	Nach Matchingverfahren (TK-Kohorte)	Differenz
Durchschnittsalter Mütter in Jahren	32,3	32,1	-0,2
Anzahl Mütter	48 446	38 174	-10 272
Anzahl Kinder	52 137	38 857	-13 280
Sectio-Rate	30,0 %	29,8 %	-0,2 %
Frühgeborenenrate	3,8 %	3,6 %	-0,1 %
Anteil ambulanter Entbindungen	2,9 %	2,7 %	-0,2 %

Quelle: TK-Geburtenreport, 2017, S. 30

Zur Erhebung der medizinischen Outcomes wurden die ICD-10 Diagnosen zu Krankheitsgruppen (Clustern) zusammengefasst.

Die statistische Analyse konzentrierte sich unter anderem auf die Frage, welche Unterschiede zwischen den Gruppen „Sectio-Entbindung“ und „vaginale Geburt“ bestehen. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt.

TABELLE 3:

Anzahl Frauen in den verschiedenen Risiko-Indikations-Clustern, nach Entbindungsmodus und gesamt

Cluster	Entbindungsmodus					
	Sectio		Vaginal		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Überwachung einer Risikoschwangerschaft	10 932	30,1 %	25 354	69,9 %	36 286	95,3 %
Mehrlinge oder pathologische Kindslage, Missverhältnisse, Anomalien	9 726	33,6 %	19 259	66,4 %	28 985	76,1 %
Drohende Frühgeburt	7 931	31,3 %	17 440	68,7 %	25 371	66,6 %
Schwere Komplikationen der aktuellen Schwangerschaft	5 730	33,7 %	11 279	66,3 %	17 009	44,7 %
Sterilität oder vorheriger Abort oder vorherige Frühgeburt	5 235	35,0 %	9 733	65,0 %	14 968	39,3 %
Anämie der Mutter	3 795	32,5 %	7 886	67,5 %	11 681	30,7 %
Alter der Mutter > 35 Jahre	3 654	34,4 %	6 974	65,6 %	10 628	27,9 %
Schwere, chronische Begleiterkrankungen der Mutter	3 551	34,9 %	6 637	65,1 %	10 188	26,8 %
Übertragene Schwangerschaft	2 133	23,2 %	7 077	76,8 %	9 210	24,2 %
Prae-Eklampsie-HELLP-Nierenbeckenentzündung	2 678	35,1 %	4 941	64,9 %	7 619	20,0 %
Pränatales Screening oder zytogenetische Untersuchung(en)	2 078	34,6 %	3 928	65,4 %	6 006	15,8 %
Diabetes der Mutter	1 552	36,1 %	2 745	63,9 %	4 297	11,3 %
Uteruseingri	3 374	82,7 %	704	17,3 %	4 078	10,7 %
Pathologie der Plazenta	1 171	41,7 %	1 638	58,3 %	2 809	7,4 %
Rhesus-Inkompatibilität oder Morbus haemolyticus neonatorum	383	28,9 %	944	71,1 %	1 327	3,5 %
Myom	557	48,3 %	597	51,7 %	1 154	3,0 %
Thrombose oder Embolie	193	34,7 %	363	65,3 %	556	1,5 %
Vorherige Totgeburt	27	61,4 %	17	38,6 %	44	0,1 %

- Überwiegend vaginale Entbindung trotz Risikofaktor
- Risikofaktor, bei dem häufiger per Sectio entbunden wurde
- Risikofaktor, bei dem überwiegend per Sectio entbunden wurde

Quelle: TK-Geburtenreport, 2017, S. 34

Ebenso wurde der Zusammenhang zwischen absoluter versus relativer Indikation und dem Entbindungsmodus untersucht. Die Verteilung der Schwangeren mit absoluter, relativer und keiner Kaiserschnitt-Indikation zeigt Tabelle 4.

Von jenen Frauen mit einer relativen Indikation entbindet ein Drittel per Kaiserschnitt, der Rest vaginal.

Lediglich 2,8 % der Frauen wiesen eine absolute Indikation für eine Kaiserschnittgeburt auf, von denen 84,1 % auch per Sectio entbinden.

TABELLE 4:

Anzahl der Mütter mit absoluter, relativer oder keiner Sectio-Indikation, getrennte Darstellung nach Entbindungsmodus

Sectio-Indikation *	Entbindungsmodus					
	Sectio		Vaginal		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Absolute Indikation	890	84,1 %	168	15,9 %	1 058	2,8 %
Relative Indikation	10 225	31,4 %	22 295	68,6 %	32 520	85,2 %
Keine Indikation	270	5,9 %	4 326	94,1 %	4 596	12,0 %
Gesamt	11 385	29,8 %	26 789	70,2 %	38 174	100,0 %

* Die Gruppen „absolut“, „relativ“ und „keine“ sind disjunkt das heißt keine Mutter kommt in mehr als einer Gruppe vor.
Quelle: Geburtenreport, 2017, S. 37

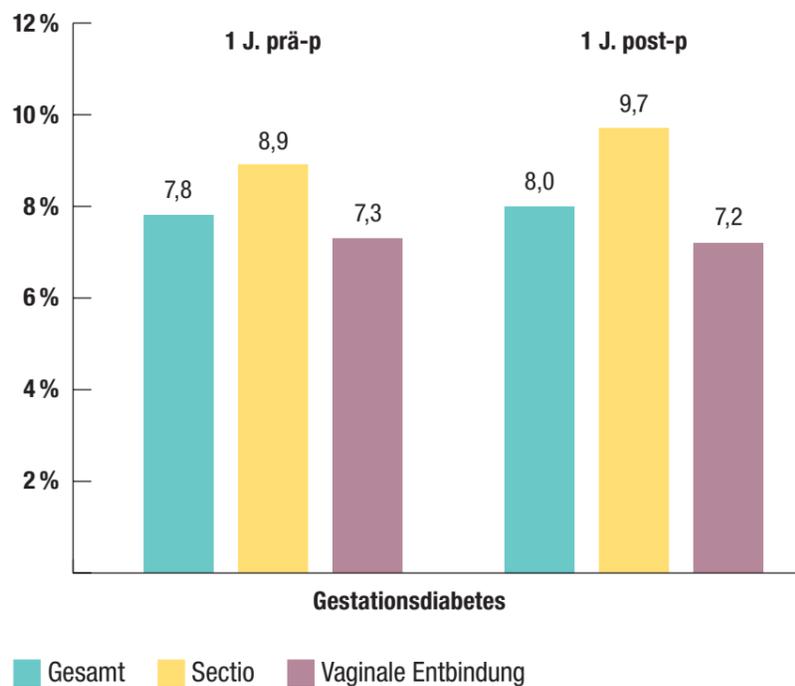
Ausgewählte Ergebnisse zu Zusammenhängen von Kaiserschnittentbindung und Erkrankungen der Mutter

Gestationsdiabetes

Die Prävalenz von „Schwangerschaftsdiabetes“ prä- sowie postpartal beträgt ca. 8 % (siehe Abb. 3).

ABBILDUNG 3:

Anteil an Müttern mit Gestationsdiabetes, die vaginal oder per Sectio entbunden haben



Quelle: Geburtenreport, 2017, S. 84

Psychische Erkrankungen

Psychische Belastungen sowie Erkrankungen in der Schwangerschaft stellen erwiesene Risikofaktoren für Mutter und Kind dar. Diese können nicht nur peripartal, sondern auch postpartal, lange nach dem Wochenbett, auftreten. In ihrer Häufigkeit und Tragweite werden diese bei jungen Müttern oftmals unterschätzt.

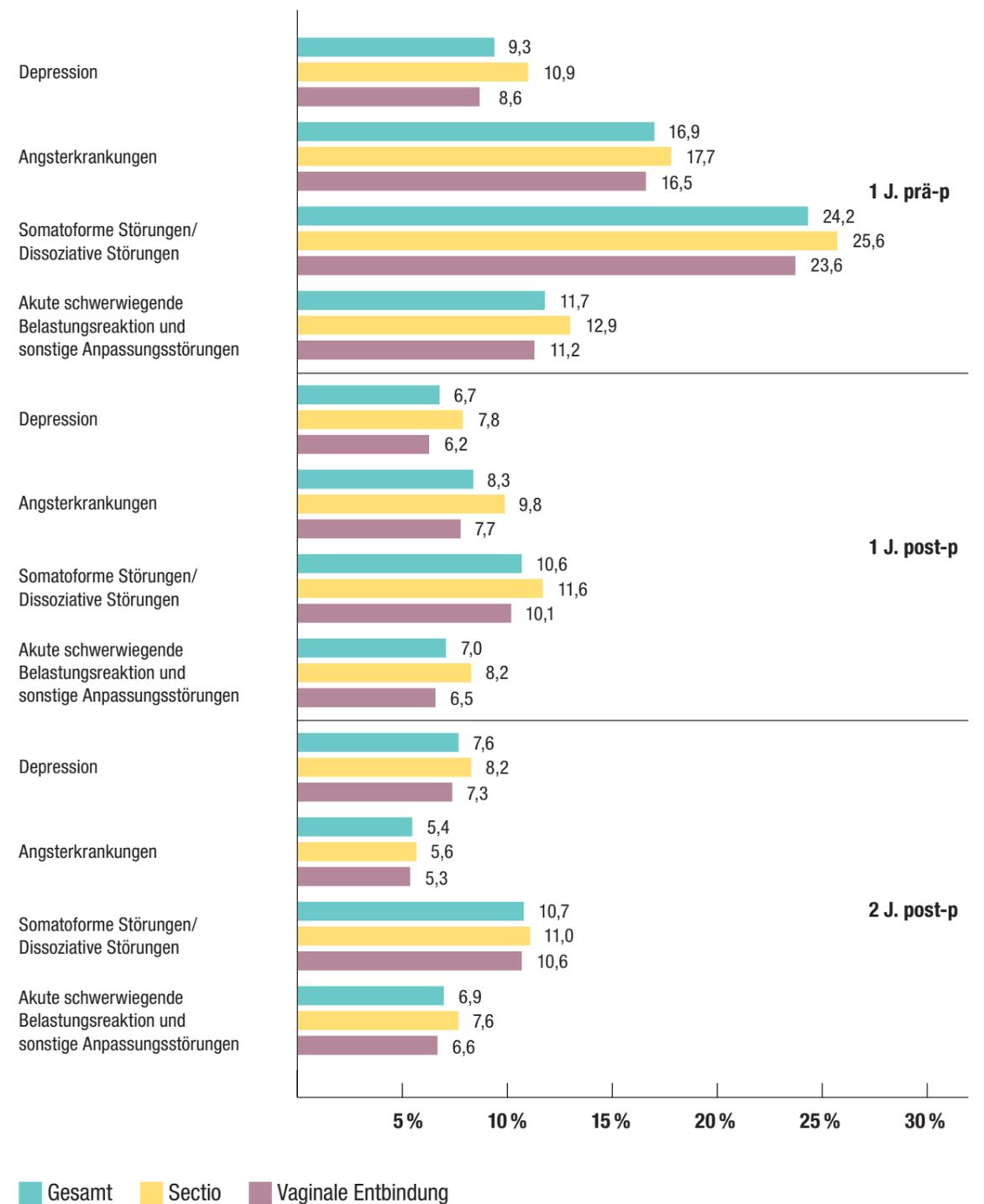
In der Studie wurde auch ein empirischer Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Kaiserschnitt deutlich ersichtlich. Grundsätzlich wurden im Jahr vor der Geburt mehr psychische Krankheiten diagnostiziert als in den beiden Jahren danach.

Ein Jahr vor der Geburt sind Diagnosen aus dem somatoformen und dissoziativen Bereich mit 24,2 % am häufigsten. 2 Jahre nach der Geburt entspricht die Prävalenz dieser Erkrankungsformen jener anderer psychischer Erkrankungen (siehe Abb. 4).

Im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus konnte folgendes festgestellt werden: Die Wahrscheinlichkeit einer Sectio stieg an, wenn bei der Mutter eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

ABBILDUNG 4:

Anteil an Müttern mit psychischen Erkrankungen, die vaginal oder per Sectio entbunden haben



Quelle: TK-Geburtenreport, 2017, S. 189

Die AutorInnen betonen daher – als Folge der Ergebnisse – die Notwendigkeit einer routinemäßigen Abklärung möglicher peripartaler psychischer Erkrankungen sowie einer passenden Betreuung. Sie beziehen sich hierbei auf empirisch nachgewiesene Erkenntnisse, dass eine frühe Erkennung und Unterstützung von Ängsten und Depressionen das Geburtserlebnis positiv beeinflussen können.

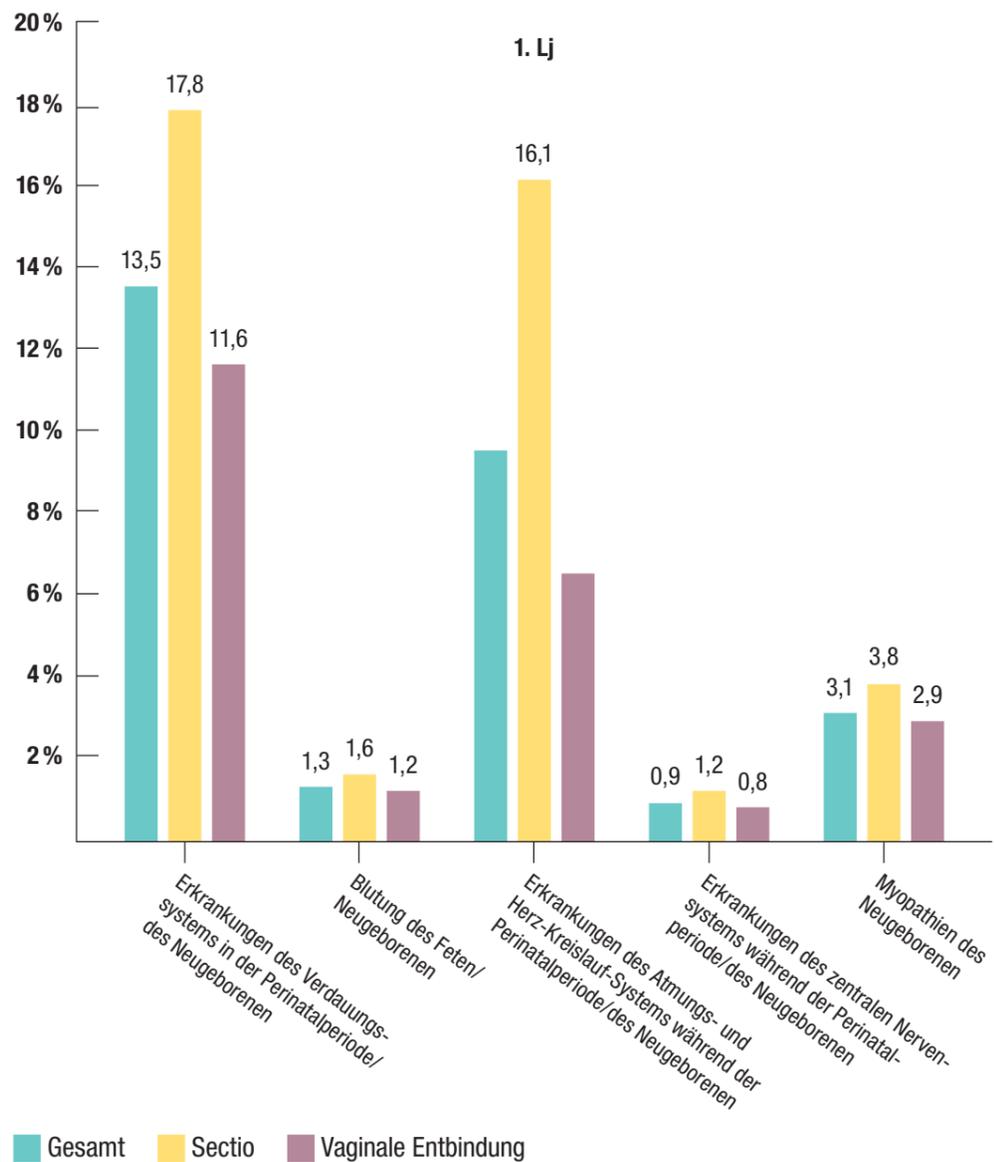
Ausgewählte Ergebnisse zu Zusammenhängen von Kaiserschnittentbindung und Erkrankungen der Neugeborenen

Die Datenanalyse zeigte, dass Erkrankungen des Verdauungssystems, des Atmungs- und Herz-Kreislauf-Systems, des zentralen Nervensystems sowie Blutungen und Myopathien, bei per Kaiserschnitt entbundenen Babys häufiger auftreten als bei vaginal entbundenen (siehe Abb. 5).

Die AutorInnen resümieren aus ihrer umfangreichen Datenanalyse, dass ein „differenzierter Umgang mit der Indikationsstellung ‚Kaiserschnitt‘“ wünschenswert wäre (S. 273).

ABBILDUNG 5:

Anteil an Kindern mit einer Diagnose der Kategorie „Spezifische Erkrankungen in der Perinatalperiode/des Neugeborenen“, die vaginal oder per Sectio entbunden wurden



Quelle: TK-Geburtenreport, 2017, S. 189

2.3 ÖSTERREICH

TABELLE 5:

Lebendgeborene (mit inländischem Geburtsort) nach ausgewählten medizinischen Merkmalen seit 2006

Merkmale/ Art der Entbindung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spontangeburt	53 438	51 359	51 456	50 007	51 589	50 912	51 032	51 369	52 457	52 773	55 267
Kaiserschnitt	20 110	20 699	21 773	21 989	22 744	22 665	23 230	23 253	24 346	24 840	25 688
Saugglocke	4 055	3 970	4 303	4 152	4 249	4 368	4 538	4 586	4 797	5 829	5 966
Zangengeburt	186	120	146	125	93	77	71	55	57	58	46
Manualhilfe	125	102	74	71	67	87	81	67	65	141	89
Kaiserschnitttrate in %	25,8	27,1	28,0	28,8	28,9	29,0	29,4	29,3	29,8	29,7	29,5

Quelle: Statistik Austria (2017). Register der Lebendgeborenen seit 2006 nach ausgewählten medizinischen Merkmalen

2.4 AKTUELLE BESTANDSAUFNAHME IN WIEN

In der wissenschaftlichen Studie „Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit“ des Wiener Programms für Frauengesundheit, unter der wissenschaftlichen Leitung der damaligen Frauengesundheitsbeauftragten Wimmer-Puchinger, und den Mitautorinnen Christina Bässler, Alexandra Beurle und Judith Raunig, wurden 2012 in allen 7 geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes, inklusive dem AKH, 1.829 Frauen mittels eines Fragebogens in 8 Sprachen im Wochenbett befragt.

Die Auswertung und Hochrechnung durch die Statistik Austria ermöglichte ein repräsentatives Sample.

Ziel der Befragung war es, multifaktorielle Hintergrundfaktoren der Geburtsmodalitäten sowie vaginale bzw. Kaiserschnittentbindung zu ermitteln. Der Fragebogen war eng an eine repräsentative deutsche Studie (Kolip, 2006) angelehnt, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

69 % der Frauen hatten eine vaginale Entbindung, bei 31 % kam es zu einer Kaiserschnittentbindung (davon 18 % primär und 13 %, sekundär).

Mittels Regressionsanalyse wurden folgende signifikante unabhängige Einflussfaktoren mit einer Sectio-Entbindung (diese erklären 60 % der Varianz) ermittelt.

Einflussfaktoren

- Geburtsklinik
- Lage des Babys
- Frühgeburtlichkeit
- Primipara
- Alter der Mutter, Schulabschluss
- vorangegangene Sectio
- Einlings-, Mehrlingsgeburt

Die Ergebnisse zeigten:

- Mütter nach einer vaginalen Entbindung wiesen eine signifikant höhere Zufriedenheit auf als die Gruppe der Frauen nach einer Sectio.
- Die Zufriedenheit mit dem Stillen war bei den Frauen mit einer vaginalen Geburt signifikant höher, ebenso war die Stillquote am 3. bzw. 4. Tag postpartal höher.
- Innerhalb der Stichprobe der Frauen mit einer Schnittentbindung waren jene nach einer sekundären Sectio signifikant weniger zufrieden sowie emotional deutlich mehr belastet, als die Mütter nach einer geplanten Schnittentbindung.
- Eine Analyse der Einstellungen und Motive der Gesamtgruppe aller Frauen zum Geburtsmodus – vaginal bzw. Kaiserschnitt – zeigte deutlich, dass es sich bei nur 1,5 % der Frauen mit einer Sectio, um eine „Wunschkaiserschnitt“-Entbindung, OHNE medizinische Indikation, handelte (Gründe: sehr starke Angst vor Geburtsschmerzen, Planbarkeit, schneller Geburtsablauf, sexuelle Beeinträchtigung postpartal, etc.). Die Ergebnisse der Analyse der deutschen Studie zeigten vergleichbare 2 %.

Als Folge dieser Ergebnisse wurde in einem ersten Schritt eine mehrsprachige Broschüre in leichter Sprache zur objektiven Information der Frauen und werdenden Eltern über die verschiedenen Geburtsmethoden und gesundheitlichen Konsequenzen produziert.

2017 lässt sich nach wie vor ein Anstieg der Kaiserschnitttrate beobachten. Waren es im Jahr 2016 noch 26,3 % Kinder, die in den Wiener Städtischen Spitälern per Sectio entbunden wurden, so stieg die Rate 2017 auf 27,5 % an (siehe Spalte WSK – Tabelle 6).

TABELLE 6:

Kaiserschnitteraten der öffentlichen Krankenhäuser in Wien für die Monate Januar – Dezember 2017 sowie der jeweilige Durchschnittswert für das Jahr 2017

	KFJ	KHR	KAR	SEM	WIL	DSP	AKH	WSK
Jan 2017	27,2 %	18,6 %	33,6 %	31,9 %	31,6 %	16,8 %	53,5 %	27,0 %
Feb 2017	28,9 %	24,1 %	36,8 %	27,3 %	24,6 %	14,0 %	56,1 %	25,6 %
März 2017	26,6 %	25,3 %	41,8 %	27,5 %	33,3 %	16,5 %	51,5 %	27,9 %
April 2017	28,2 %	23,3 %	37,9 %	30,4 %	33,3 %	18,6 %	50,0 %	28,6 %
Mai 2017	37,0 %	25,5 %	34,9 %	29,6 %	24,5 %	22,4 %	60,1 %	28,6 %
Juni 2017	25,4 %	26,3 %	32,8 %	24,9 %	28,1 %	15,7 %	50,5 %	24,8 %
Juli 2017	26,3 %	21,7 %	40,9 %	29,9 %	27,7 %	19,1 %	50,5 %	27,6 %
Aug 2017	20,1 %	31,1 %	33,8 %	29,0 %	28,9 %	25,0 %	53,6 %	27,9 %
Sept 2017	29,9 %	21,2 %	38,1 %	25,4 %	34,6 %	19,2 %	50,5 %	27,9 %
Okt 2017	30,6 %	19,9 %	36,6 %	27,3 %	30,1 %	23,6 %	51,3 %	27,9 %
Nov 2017	27,6 %	27,9 %	29,2 %	27,9 %	31,7 %	16,7 %	52,4 %	26,9 %
Dez 2017	32,1 %	25,5 %	30,3 %	32,1 %	35,1 %	17,1 %	54,0 %	28,7 %
2017	28,3 %	24,0 %	35,6 %	28,5 %	30,3 %	18,8 %	52,8 %	27,5 %

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund – Health Care Management (16.01.2018)

KFJ = Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital

KHR = Krankenhaus Hietzing

KAR = Krankenanstalt Rudolfstiftung

SEM = Semmelweis-Frauenklinik

WIL = Wilhelminen Spital

DSP = Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital

AKH = Allgemeines Krankenhaus

WSK = Wiener Städtische Krankenanstalten

3. SPONTANGEBURT ODER KAISERSCHNITT?

Die Geburt ist ein natürliches Ereignis, das sich allerdings aus einem Sicherheitsbedürfnis heraus in unserer Gesellschaft, bei Frauen und ihren Familien wie auch bei GeburtshelferInnen und Hebammen in medizinische Institutionen verlagert hat. Die Geburt ist aber per se kein pathologisches Geschehen.

Durch unterschiedliche soziokulturelle, juristische, wissenschaftliche und nicht zuletzt medizinische Entwicklungen ist in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Anstieg an Kaiserschnitten zu beobachten.

Sowohl die Spontangeburt als auch der Kaiserschnitt haben Vorteile wie Risiken. Diese gegeneinander abzuwägen und – wo möglich – die Chance auf Spontangeburt zu erhöhen, sollte Aufgabe jeder Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung sein.

Dazu braucht es Haltungen in Form von Grundsätzen und ihre Verwirklichung in Form von Maßnahmen und Zielsetzungen.

3.1 ZUM VERSTÄNDNIS VON SPONTANGEBURT

Die Spontangeburt orientiert sich an der Geburtsphysiologie¹.

Eine „physiologische Geburt“ ist definiert durch:

- ein geringes Risiko über die gesamte Schwangerschaft hinweg
- einen spontanen Beginn zwischen der vollendeten 37. und 42. SSW aus Schädellage oder Beckenendlage
- einen ohne Interventionen zu erwartenden Geburtsfortschritt

Die physiologische Geburt fördert den Hautkontakt zwischen Mutter und Baby sowie das Stillen in den ersten Stunden nach der Geburt. Positive Auswirkungen hat dies auch auf die bereits pränatal begonnene Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind.

Eine physiologische Geburt kann auch Interventionen umfassen, die den Geburtsprozess unterstützen, wie z. B.:

- Kontrolle der kindlichen Herztöne (Kardiotokogramm)
- Eröffnung der Fruchtblase
- Unterstützung der Wehentätigkeit
- Schmerzmanagement
- Management der Austreibungsperiode

Eine physiologische Geburt schließt mögliche Komplikationen, wie postpartale Blutungen und Dammverletzungen sowie auch einen etwaigen Transfer des Neugeborenen an eine neonatologische Intensivstation, prospektiv nicht aus.

3.2 ZUR NOTWENDIGKEIT EINES KAISERSCHNITTS

Die medizinischen ExpertInnen einigen sich, dass nach Lehrmeinung folgende Indikationen eine primäre Sectio zum Teil zwingend notwendig, zum Teil wahrscheinlich(er) machen (Zustände, durch die Gesundheit und Leben der Mutter und/oder des Kindes gefährdet sind):

- Plazentaprobleme, insbesondere Placenta praevia
- (mehrfache) frühere Sectiones bzw. Zustand nach größeren Operationen an der Gebärmutter (mit Eröffnung Cavum uteri)
- Querlage des Kindes
- Schädel-Becken-Missverhältnis
- Eklampsie
- Drillingsschwangerschaften
- andere (nicht unmittelbar mit der Geburt zusammenhängende) medizinische Probleme (Augen, Orthopädie etc.)
- Small for gestational age
- Infektionsvorbeugung (HIV etc.)
- extreme Frühgeburtlichkeit
- BMI (36+)

¹) Joint Policy Statement on Normal Childbirth von Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN Canada*), the Canadian Association of Midwives (CAM), the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC)

3.3 ZUM VERSTÄNDNIS DES RISIKO-BEGRIFFS

Der Risiko-Begriff ist zu einem Chamäleon geworden. Unter Risiko werden verschiedenste Konstellationen subsummiert. Risiko braucht eine Spezifizierung und Konkretisierung aus geburtshilflicher Kompetenz. Erst wenn eine Risikodefinition im konkreten Fall gewährleistet ist, sollte über eine etwaige aus diesen Dimensionen resultierende Indikation zur Sectio nachgedacht werden.

3.4 VERGLEICH DER AUSWIRKUNGEN VON KAISERSCHNITT UND SPONTANGEBURT

Auswirkungen eines Kaiserschnitts

Ein Kaiserschnitt ist eine Operation mit möglichen chirurgischen Komplikationen. Daher ist eine medizinische Indikation nötig.

A) Unmittelbare Risiken der Operation sind u. a.:

für die Mutter	für das Kind
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nachblutung ▶ Thromboembolische Komplikationen ▶ Wundheilungsstörung ▶ Infektionen ▶ Verletzungen von Nachbarorganen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ RDS (Respiratory Distress Syndrom) ▶ Narcotic Hangover ▶ Schnittverletzungen ▶ Frakturen (bei schwieriger Kindesentwicklung)

B) Neben diesen unmittelbaren Risiken der Operation kann eine Sectio auch andere negative Auswirkungen haben

für die Mutter	für das Kind
<ul style="list-style-type: none"> ▶ postoperative Schmerzen, Mobilisierungsprobleme ▶ Trennung vom Kind ▶ gestörte Laktation, Stillprobleme ▶ längerer Spitalsaufenthalt ▶ etwaiges traumatisches Erleben der operativen Entbindung ▶ fehlendes Geburtserlebnis 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anpassungsstörungen ▶ Trennung von der Mutter ▶ kein Kontakt mit mütterlichem Mikrobiom (Keimflora) ▶ Stillprobleme ▶ potenziell traumatisches Geburtserleben

C) Mögliche negative Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften (mit jedem weiteren Kaiserschnitt exponentiell ansteigend)

- Uterusrupturen
- erhöhte Rate von Eileiterschwangerschaften
- erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen weiteren Kaiserschnitt
- häufigeres Auftreten von Plazentationsstörungen
- erhöhte Rate Intrauteriner Fruchttod (IUFT)

D) Mögliche andere negative Langzeitfolgen

- reduzierte Fruchtbarkeit
- Schmerzen, Triggerpoints
- erschwelter operativer Zugang für etwaige später notwendige abdominelle Eingriffe
- Folgehysterektomie (z. B. Placenta percreta)
- Verwachsungen, Verletzungen von Nachbarorganen

E) Mögliche positive Effekte

- Schonung des Beckenbodens (in definierten Situationen)
- Planbarkeit bei Risikoschwangerschaften

Auswirkungen einer Spontangeburt

A) Unmittelbare Risiken der Spontangeburt sind u. a.:

für die Mutter	für das Kind
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sekundäre Sectio ▶ Vaginal-operative Geburtsbeendigung (Vakuum-, Zangengeburt) ▶ Geburtsverletzungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asphyxie ▶ Kephälhämatom ▶ Schulterdystokie

4. MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN

B) Neben diesen unmittelbaren Risiken kann die Spontangeburt auch andere negative Auswirkungen haben

für die Mutter	für das Kind
<ul style="list-style-type: none"> ▶ potenziell traumatisches Geburtserleben ▶ Beckenbodenprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ potenziell traumatisches Geburtserleben

C) Mögliche negative Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften

- Keine

D) Mögliche andere negative Langzeitfolgen

- Keine

E) Mögliche positive Effekte für Mutter und Kind

- positive Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind
- ideale Voraussetzung für Stillbeginn und Laktation (unmittelbarer Hautkontakt, Sensibilisierung durch Oxytocin)
- Kontakt mit mütterlichem Mikrobiom
- rasche Mobilisierung, kürzerer stationärer Aufenthalt
- Möglichkeit der ambulanten Geburt, Einbindung der Familie
- bessere Voraussetzungen für Folgeschwangerschaften und Geburten
- positives Geburtserlebnis

In Übereinstimmung mit den internationalen Empfehlungen ermittelten die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Chancen auf Spontangeburt erhöhen“ des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der MA 24 die nachfolgend dargestellten Vorschläge.

Einleitend ist festzustellen, dass die Haltung von GeburtshelferInnen und Hebammen sowie der Gesellschaft zu Geburt und Geburtsmodus von entscheidender Bedeutung ist. Dazu braucht es unterstützende Rahmenbedingungen/Systemfaktoren.

Die Arbeitsgruppe bekennt sich zu folgendem Leitsatz:

**Die Geburt ist ein natürlicher Prozess, der von GeburtshelferInnen und Hebammen auch so verstanden und vermittelt werden sollte.
(Canadian Joint Statement, ACOG)**

Darüber hinaus gilt es, bei jeder Intervention folgende Faktoren zu beachten:

- medizinisches Risiko
- soziales Risiko
- kultureller Hintergrund (Werte, Haltung)
- individuelle Merkmale, wie Ängste, Vorerfahrungen etc.
- Informationsstand/-hintergrund

4.1 BERATUNG/AUFKLÄRUNG/UNTERSTÜTZUNG SCHWANGERER FRAUEN

1. Förderung der Inanspruchnahme von Angeboten zur Geburtsvorbereitung, insbesondere von sozial benachteiligten Frauen
2. Grundsätzlich ist schon in der Betreuung der Schwangerschaft auf eine Spontangeburt hinzuwirken (Canadian Joint Statement). Dabei sind folgende Prinzipien zu beachten:
 - ▶ Kontinuität in der Schwangerenbetreuung
 - ▶ Vermehrte Einbindung von Hebammen (Beachtung der Hebammenberatung wie im Mutter-Kind-Pass vorgesehen, Ausweitung der prä- und postpartalen Hebammen-Betreuung)
3. Ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation ist aufgrund der damit verbundenen möglichen Komplikationen und Risiken und vor allem aufgrund potenzieller nachhaltiger Schwierigkeiten grundsätzlich zu hinterfragen. Folgende Vorgangsweise ist bei explizitem Verlangen eines Kaiserschnitts ohne Indikation seitens der Frau State of the Art:
 - ▶ Ein ausführliches und wertneutrales Aufklärungsgespräch mit einer/einem Geburtshelfer/in hinsichtlich der möglichen unmittelbaren bzw. langfristigen Implikationen einer medizinisch nicht begründeten Sectio im Vergleich zur Spontangeburt (SGGG, NICE, ACOG).
 - ▶ Die Motivation des Kaiserschnittwunsches ist abzuklären. Falls Angst und Panik die Ursachen dafür sein sollten, ist eine entsprechende psychologische Schwangerschaftsbegleitung zu gewährleisten. Ein Gespräch mit klinischen PsychologInnen, PsychotherapeutInnen ist erforderlich, wenn Ängste und Panikattacken im Vordergrund stehen (NICE, ACOG, Canadian Joint Statement).
 - ▶ Gespräche mit einer Hebamme zur Bearbeitung von Ängsten vor einer Geburt oder von Erfahrungen vorangegangener traumatisierender Geburten.
4. Muss jedoch aufgrund von Schwangerschaftsrisiken, mütterlichen Vorerkrankungen oder Geburtsrisiken ein Kaiserschnitt durchgeführt werden, ist eine rechtzeitige Aufklärung über Ablauf und Implikationen in Anwesenheit einer Person des Vertrauens der Schwangeren erforderlich.
5. Die Betreuung von traumatisierten Frauen im Wochenbett ist u. a. wegen der erwiesenen Auswirkung auf weitere Schwangerschaften und Geburten zu gewährleisten, zum Beispiel durch ausführliche Entlassungsgespräche, weitere klinisch-psychologische Betreuung, Nachbesprechung von Sectiones/Akzeptanz von sekundärer Sectio.

4.2 MASSNAHMEN AUF EBENE DES GESUNDHEITSPERSONALS

1. Haltung der niedergelassenen ÄrztInnen
Entwicklung eines standardisierten Gesprächsleitfadens für Schwangere betreute niedergelassene FrauenärztInnen
2. Haltung der GeburtshelferInnen
3. öffentliche Kommunikation von Philosophie und Kompetenz der geburtshilflichen Abteilung (bereits durch die Webseite Geburtsinfo.wien umgesetzt)
4. Zusammenspiel und Kooperationskultur zwischen Hebammen und ÄrztInnen
 - ▶ Gemeinsames Ziel: Spontangeburt: so natürlich wie möglich; so sicher wie nötig.
5. Geburtsmodusgespräche im niedergelassenen Bereich nach Gesprächsleitfaden und Hebammenberatung
6. konkrete Aufklärung über den Geburtsmodus und Entscheidung auf Basis von Informed Consent
7. Hebammenbetreuung in den präpartalen und Wochenbettstationen
8. erstellen von Standardized Operating Procedure (SOP) bzw. Leitlinien für Spontangeburt und Sectio; z. B. analog zu ÖGGG-Leitlinie zur Einleitung einer Geburt
9. einheitliches Vorgehen bei der Indikationsbewertung im Falle einer sekundären Sectio seitens der Geburtshelfer
10. Formulierung von Leitlinien für bestimmte Risikokonstellationen
11. laufende Evaluation über das Robson-System zur Überprüfung der Indikationen für Sectiones.
Das Robson-System ist von der WHO anerkannt und gilt als Goldstandard für die Klassifikation von Kaiserschnitten. Hierzu wird eine Sectio anhand von 10 Kategorien beurteilt (deswegen auch oftmals als 10-Gruppen-Klassifikationssystem bezeichnet). Die Kategorien basieren auf medizinisch relevanten Eigenschaften der Schwangeren und nicht auf Indikationen für eine Sectio, was das System einfach und dennoch flexibel in der Anwendung macht. In Nord- und Südamerika sowie Australien wird das System bereits größtenteils flächendeckend verwendet. Auch einige afrikanische Länder und Indien haben das System adoptiert. Nur in Europa und Asien wird es bisher nur spärlich genutzt.

2017 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen in Deutschland zum ersten Mal die deutschen Sectio-Daten anhand der Robson-Klassifikation aufgeschlüsselt und veröffentlicht. Das Instrument hat sich nicht nur für die generelle Einstufung von Kaiserschnitten bewährt, sondern auch zur Evaluation der Kaiserschnitttrate an einer Abteilung sowie zur Unterstützung der Senkung der Rate.

TABELLE 7:
Klassifikation der CS nach Robson

Robson-Gruppe	PatientInnenkollektiv
1	Nullipara, Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, spontane Wehen Tätigkeit
2	Nullipara, Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, eingeleitet oder Sectio vor Beginn der Wehen Tätigkeit
2 a	Nullipara, Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, eingeleitet
2 b	Nullipara, Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, Sectio vor Beginn der Wehen Tätigkeit
3	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, spontane Wehen Tätigkeit
4	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, eingeleitet oder Sectio vor Beginn der Wehen Tätigkeit
4 a	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, eingeleitet
4 b	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW, Sectio vor Beginn der Wehen Tätigkeit
5	Frühere Sectio, Einling, Schädellage, ≥ 37 SSW
6	Nullipara, BEL
7	Multipara, BEL (inklusive frühere Sectio)
8	Mehrlings-Schwangerschaft, (inklusive frühere Sectiones)
9	Lageanomalien (inklusive frühere Sectiones)
10	Frühgeburt < 37 SSW, Einling, Schädellage, (inklusive frühere Sectiones)

Quelle: Guideline Sectio Caesarea der Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2015

4.3 MASSNAHMEN AUF EBENE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

1. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

- ▶ Aus- und Weiterbildung der niedergelassenen ÄrztInnen
- ▶ Spontangeburt in der Ausbildung „lernen“ (ÄrztInnen):
 - ▶ Für eine gute medizinische Begleitung der Spontangeburt braucht es erfahrene Geburtshilfe-Teams. Bei steigender Sectio-Rate gehen aufgrund von fehlenden praktischen Erfahrungen mit Spontangeburt längerfristig Kompetenzen für die Begleitung von physiologischen Geburten verloren.
 - ▶ Geburtshilfe vs. Geburtschirurgie
 - ▶ Beckenendlagen-Management – Expertise fördern
 - ▶ Vermittlung einer geburtshilflichen Ethik/Haltung
- ▶ Stärkung der Bedeutung der Ausbildungsverantwortlichen (Expertise und Haltung)
- ▶ Ausbildungsrotation, um unterschiedliche geburtshilfliche Abteilungen kennenzulernen
- ▶ regelmäßige fachliche Teamsupervision und kostenlose Einzelfall-supervision
- ▶ Unterstützung der ExpertInnen bei Traumatisierung durch traumatische Geburtsverläufe (second und third Victims)

2. Ressourcen

- ▶ Verfügbarkeit von KinderärztInnen bei der Geburt erhöht den Sicherheitsfaktor
- ▶ Betreuungsschlüssel bei der Geburt: eine Hebamme auf eine Gebärende (1:1)
- ▶ ausreichende Personalausstattung von Hebammen und ÄrztInnen
- ▶ die räumliche Ausstattung sollte eine intime Atmosphäre unterstützen
- ▶ Ausbau der Leistbarkeit der Hebammenbetreuung
- ▶ bei ambulanter Geburt ist die Nachbetreuung durch Hebammen mit Kassenvertrag zu sichern

5. ZIELSETZUNGEN

3. Anreize im System

- ▶ Verschiebung des LKF-Punkte-Anreizsystems zugunsten Spontangeburt (Letztstand: Annäherung der LKF-Punkte für Sectio und Spontangeburt)
- ▶ finanzielle Anreize für eine Sectio reduzieren (Wochengeld)
- ▶ gleiche Bezahlung für Tubenligatur bei Kaiserschnitt und Spontangeburt

4. Forensik

- ▶ Qualitätskriterien für GutachterInnen

5. Image der Spontangeburt in der Gesellschaft/auf allen Ebenen verbessern

- ▶ Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Geburtsmodalitäten (bereits durch die Broschüre „Ein guter Start ins Leben“ des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele initiiert)
- ▶ hausinternen Austausch und Kommunikation fördern
- ▶ bessere Vernetzung des geburtshilflich stationären Bereiches mit externen Versorgungsangeboten (z. B. Frühe Hilfen)
- ▶ Thematisierung von Geburt bereits im Aufklärungsunterricht in den Schulen
- ▶ Einbindung der Hebammen in Primärversorgungseinheiten

6. Evaluation

- ▶ medizinische Beurteilung der Indikationen für Sectiones durch das Robson-System
- ▶ Einführung von Nachhaltigkeitsüberprüfungen/verstärkte Forschung:
 - ▶ Spätfolgen nach Sectio für Mütter und Kinder
 - ▶ Spätfolgen nach Spontangeburt für Mütter und Kinder in Abwägung

Ausgehend von Sectoraten, die derzeit in den einzelnen Geburtshilflichen Abteilungen mit wenigen Ausnahmen noch über der in den Wiener Gesundheitszielen 2025 definierten Zielvorgaben liegen, ging die Arbeitsgruppe davon aus, dass sich jede Abteilung ein selbstgewähltes Ziel zur Reduktion der Sectio-Rate setzen sollte. Um die Overall-Vorgabe von höchstens 25 % zu erreichen, müsste die Sectio-Rate in Abteilungen ohne explizite Versorgungsfunktion für Risikogeburten deutlich unter 25 % liegen, um im Durchschnitt eine ggf. höhere Sectio-Rate an Perinatalzentren (mit Versorgungsfunktion für Risikogeburten) zu kompensieren.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt ein Self-Commitment der Abteilungen bis 2025 wie folgt:

- eine Sectio-Rate von höchstens 20 % für Abteilungen ohne Risikogeburten
- eine Sectio-Rate von höchstens 30 % für Perinatalzentren (mit Risikogeburten),
- eine schrittweise Reduktion der Sectio-Rate in den Abteilungen, da die Umsetzung der von der Arbeitsgruppe empfohlenen Maßnahmen an den Abteilungen erst nach und nach Wirkung zeigen werden. Es soll eine jährliche Reduktion um 2–3 Prozentpunkte angestrebt werden.
- Als erschwerend für die Zielerreichung erscheint:
 - ▶ der in den nächsten Jahren zu erwartende Anstieg von Re-Sectiones (aufgrund der derzeit durchgeführten Kaiserschnitte)
 - ▶ die Zunahme von Gebärenden mit Erkrankungen wie Schwangerschaftsdiabetes, hypertensiven Erkrankungen etc.

6. SCHLUSSWORT

„Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“ war im Jahr 2017 ein Schwerpunktthema der Wiener Gesundheitsziele. Dafür wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus den verschiedenen Disziplinen, die unersetzbare Expertise und einen riesigen Erfahrungsschatz aus der Praxis rund um die Geburt eingebracht haben, etabliert. In dieser Arbeitsgruppe wurden verschiedene Perspektiven diskutiert, Studienergebnisse besprochen, Hintergründe analysiert, Erfahrungen ausgetauscht und Empfehlungen für Maßnahmen zur Förderung der Spontangeburt erarbeitet, um gemeinsam die „Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“ vorlegen zu können. Dieser Prozess, die gemeinsame Arbeit war von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt getragen. Für das Engagement aller Beteiligten möchte ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanken.

Diese „Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“ ist – in aller Bescheidenheit – ein Meilenstein auf dem Weg zur Reduktion der Kaiserschnitttrate in Wien, denn es steht als Commitment der verschiedenen Berufsgruppen und AkteurlInnen rund um die Geburt für ein gemeinsames „Wir wollen...“.

Die nächste Herausforderung wird sein, die empfohlenen Maßnahmen in der Ausbildung, in den Krankenhäusern, im niedergelassenen Bereich und im Gesundheitssystem allgemein nach und nach umzusetzen – viele kleine Schritte sind dafür notwendig, aber jeder führt näher zum Ziel: „Die Chance auf Spontangeburt erhöhen“.

**Mag.^a Kristina Hametner,
Leiterin des Büros Frauengesundheit und Gesundheitsziele und
des Wiener Programms für Frauengesundheit**

7. REFERENZEN

- ACOG** committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. (2013). *Obstet Gynecol*, 121(4), 904–907.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000428647.67925.d3>
- Algert, C. S., Morris, J. M., Simpson, J. M., Ford, J. B., & Roberts, C. L.** (2008). Labor before a primary cesarean delivery: Reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol*, 112(5), 1061–1066.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31818b42e3>
- Aloisio, I., Mazzola, G., Corvaglia, L. T., Tonti, G., Faldella, G., Biavati, B., & Di Gioia, D.** (2014). Influence of intrapartum antibiotic prophylaxis against group B *Streptococcus* on the early newborn gut composition and evaluation of the anti-*Streptococcus* activity of *Bifidobacterium* strains. *Applied microbiology and biotechnology*, 98(13), 6051–6060.
<https://doi.org/10.1007/s00253-014-5712-9>
- Azam, S., Khanam, A., Tirlapur, S., & Khan, K.** (2014). Planned cesarean section or trial of vaginal delivery? A meta-analysis. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 26(6), 461–468.
<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000114>
- Barrett, J. F. R., Hannah, M. E., Hutton, E. K., Willan, A. R., Allen, A. C., Armson, B. A., . . . Asztalos, E. V.** (2013). A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *The New England journal of medicine*, 369(14), 1295–1305.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214939>
- Ben Nagi, J., Helmy, S., Ofili-Yebovi, D., Yazbek, J., Sawyer, E., & Jurkovic, D.** (2007). Reproductive outcomes of women with a previous history of Cesarean scar ectopic pregnancies. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(7), 2012–2015.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dem078>
- Berger, A.** (2013). Kurz- und Langzeitfolgen der Sectio aus neonatologischer Sicht. *Der Gynäkologe*, 46(10), 735–738.
<https://doi.org/10.1007/s00129-013-3183-1>
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M.** (2016). WHO Statement on Cesarean Section Rates. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(5), 667–670.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
- Betrán, A. P., Vindeyoghel, N., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R.** (2014). A systematic review of the Robson classification for cesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PloS one*, 9(6), e97769.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R.** (2016). The Increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Böcken, J., Braun, B., & Reipschläger, U.** (Eds.). (2012). *Gesundheitsmonitor 2012*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Boyle, A., Reddy, U. M., Landy, H. J., Huang, C.-C., Driggers, R. W., & Laughon, S. K.** (2013). Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*, 122(1), 33–40.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182952242>
- British Columbia (B.C.) Perinatal Health Program.** *Obstetric Guideline 19: Maternity Care Pathway*.
- Budin, W. C.** (2014). What to teach? *The Journal of perinatal education*, 23(2), 59–61.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.2.59>
- California Maternal Quality Care Collaborative.** (2016). *The Implementation Guide for The Toolkit to Support Vaginal Birth and Reduce Primary Cesareans*. Retrieved from <https://www.cmqcc.org/resource/implementation-guide-toolkit-support-vaginal-birth-and-reduce-primary-cesareans>
- Cavallaro, F. L., Cresswell, J. A., & Ronsmans, C.** (2016). Obstetricians' Opinions of the Optimal Cesarean Rate: A Global Survey. *PloS one*, 11(3), 1–14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152779>
- Cho, C. E., & Norman, M.** (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(4), 249–254.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>
- Cox, L. M., Yamanishi, S., Sohn, J., Alekseyenko, A. V., Leung, J. M., Cho, I., . . . Blaser, M. J.** (2014). Altering the intestinal microbiota during a critical developmental window has lasting metabolic consequences. *Cell*, 158(4), 705–721.
<https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.05.052>
- Curtin, S. C., Gregory, K. D., Korst, L. M., & Uddin, S. F.** (2015). Maternal Morbidity for Vaginal and Cesarean Deliveries, According to Previous Cesarean History: New Data From the Birth Certificate, 2013 (National Vital Statistics Report No. 4).
- Danish Society of Obstetrics and Gynecology.** (2015). Cesarean delivery at term Technique, pre- and postoperative issues.
- Danish Society of Obstetrics and Gynecology.** (2015). Operative vaginal delivery.
- Darmasseelane, K., Hyde, M. J., Santhakumaran, S., Gale, C., & Modi, N.** (2014). Mode of delivery and offspring body mass index, overweight and obesity in adult life: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(2), e87896.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087896>
- Dodd, J. M., Crowther, C. A., Huertas, E., Guise, J.-M., & Horey, D.** (2013). Planned elective repeat cesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous cesarean birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (12), CD004224.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004224.pub3>
- D'Souza, R., & Arulkumaran, S.** (2013). To 'C' or not to 'C'? Cesarean delivery upon maternal request: A review of facts, figures and guidelines. *Journal of perinatal medicine*, 41(1), 5–15.
<https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0049>
- Emily S. Miller, E. S., Hahn, K., & Grobman, W. A.** (2013). Consequences of a Primary Elective Cesarean Delivery Across the Reproductive Life. *Obstet Gynecol*, 121(4), 789–797.
- Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN Canada), the Canadian Association of Midwives (CAM), the College of Family Physicians of Canada (CFPC), and the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC).** (2008). Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Can*, 30(12), 1163–1165.
- Fabres, C., Aviles, G., La Jara, C. de, Escalona, J., Muñoz, J. F., Mackenna, A., . . . Fernández, E.** (2003). The Cesarean Delivery Scar Pouch. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 22(7), 695–700.
<https://doi.org/10.7863/jum.2003.22.7.695>
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Quayle, J., Santiago, K., & Matijasevich, A.** (2017). The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. *Revista de saude publica*, 51(0), 14.
<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006134>
- Farine, D., Shepherd, D., Robson, M., Gagnon, R., Hudon, L., Basso, M., . . . Senikas, V.** (2012). Classification of Cesarean Sections in Canada: The Modified Robson Criteria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(10), 976–979.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35412-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35412-3)
- Feinberg, M. E., Roettger, M. E., Jones, D. E., Paul, I. M., & Kan, M. L.** (2015). Effects of a psychosocial couple-based prevention program on adverse birth outcomes. *Maternal and child health journal*, 19(1), 102–111.
<https://doi.org/10.1007/s10995-014-1500-5>
- Glavind, J., Uldbjerg, N., Kindberg, S. F., & Henriksen, T. B.** (2013). Authors' reply: Elective cesarean section at 38 versus 39 weeks of gestation: neonatal and maternal outcomes in a randomised controlled trial *Are we trivialising neonatal intensive care unit admissions? BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 120(13), 1702–1703.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12472>
- Gray, R., Quigley, M. A., Hockley, C., Kurinczuk, J. J., Goldacre, M., & Brocklehurst, P.** (2007). Cesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: A retrospective cohort study in an English population. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 114(3), 264–270.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01249.x>
- Gubbini, G., Centini, G., Nascetti, D., Marra, E., Moncini, I., Bruni, L., . . . Florio, P.** (2011). Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: Prospective study. *Journal of minimally invasive gynecology*, 18(2), 234–237.
<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2010.10.011>
- Gurol-Urganci, I., Cromwell, D. A., Mahmood, T. A., van der Meulen, J. H., & Templeton, A.** (2014). A population-based cohort study of the effect of Cesarean section on subsequent fertility. *Human reproduction (Oxford, England)*, 29(6), 1320–1326.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deu057>
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., . . . Cuttini, M.** (2006). Cesarean section on request: A comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(6), 647–656.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00933.x>
- Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T., & Øian, P.** (2010). Does counsellor's attitude influence change in a request for a cesarean in women with fear of birth? *Midwifery*, 26, 45–52.
- Hankins, G. D. V., Clark, S. M., & Munn, M. B.** (2006). Cesarean section on request at 39 weeks: Impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Seminars in perinatology*, 30(5), 276–287.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.07.009>
- Hannah, M. E.** (2002). Outcomes at 3 Months After Planned Cesarean vs Planned Vaginal Delivery for Breech Presentation at Term<SUBTITLE>The International Randomized Term Breech Trial</SUBTITLE>. *JAMA*, 287(14), 1822.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.14.1822>
- Hannah, M. E., Whyte, H., Hannah, W. J., Hewson, S., Amankwah, K., Cheng, M., . . . Willan, A.** (2004). Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191(3), 917–927.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.08.004>

- Harper, L. M., Caughey, A. B., Odibo, A. O., Roehl, K. A., Zhao, Q., & Cahill, A. G.** (2012). Normal progress of induced labor. *Obstet Gynecol*, 119(6), 1113–1118. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318253d7aa>
- Hayakawa, H., Itakura, A., Mitsui, T., Okada, M., Suzuki, M., Tamakoshi, K., & Kikkawa, F.** (2006). Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(4), 429–434. <https://doi.org/10.1080/00016340500430436>
- Hildingsson, I., Raðdestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U.** (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618–623.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J.** (2011). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*. (2), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub3>
- Horowitz, J. A., & Cousins, A.** (2006). Postpartum depression treatment rates for at-risk women. *Nursing research*, 55(2 Suppl), S23–7.
- Jastrow, N., Gauthier, R. J., Gagnon, G., Leroux, N., Beaudoin, F., & Bujold, E.** (2010). Impact of labor at prior cesarean on lower uterine segment thickness in subsequent pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(6), 563.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.10.894>
- Jurkovic, D., Hillaby, K., Woelfer, B., Lawrence, A., Salim, R., & Elson, C. J.** (2003). First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 21(3), 220–227. <https://doi.org/10.1002/uog.56>
- Kok, N., Ruiter, L., Hof, M., Ravelli, A., Mol, B. W., Pajkrt, E., & Kazemier, B.** (2014). Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: A nationwide comparative cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(2), 216–223. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12483>
- Kok, N., Wiersma, I. C., Opmeer, B. C., Graaf, I. M. de, Mol, B. W., & Pajkrt, E.** (2013). Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: A meta-analysis. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 42(2), 132–139. <https://doi.org/10.1002/uog.12479>
- Kolip, P.** (2012a). Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt vs. Spontangeburt. In J. Böcken, B. Braun, & U. Repschläger (Eds.), *Gesundheitsmonitor 2012* (pp. 182–204). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kolip, P., Nolting, H.-D., & Zich, K.** (2012b). Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kommision für Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (2007). *Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt*.
- Kottmel, A., Hoesli, I., Traub, R., Urech, C., Huang, D., Leeners, B., & Tschudin, S.** (2012). Maternal request: A reason for rising rates of cesarean section? *Archives of gynecology and obstetrics*, 286(1), 93–98. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2273-y>
- Lamont, R. F., Sobel, J. D., Kusanovic, J. P., Vaisbuch, E., Mazaki-Tovi, S., Kim, S. K., . . . Romero, R.** (2011). Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118(2), 193–201. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02729.x>
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. L.** (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. (3), CD004660. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004660.pub3>
- Li, H.-t., Zhou, Y.-b., & Liu, J.-m.** (2013). The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity* (2005), 37(7), 893–899. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.195>
- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., . . . Villar, J.** (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *The Lancet*, 375(9713), 490–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61870-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61870-5)
- Lundgren, I., van Limbeek, E., Vehviläinen-Julkunen, K., & Nilsson, C.** (2015). Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): A qualitative study from countries with high VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0629-6>
- Lutz, U., Kolip, P., & Glaeske, G.** (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie. GEK-Edition : Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Bd. 42*. Bremen: GEK.
- Lynch, C. D., & Iams, J. D.** (2013). Diseases resulting from suboptimal immune function in offspring: Is cesarean delivery itself really to blame? *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(4), 247–248. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.027>
- Mackeen, A. D., Packard, R. E., Ota, E., Berghella, V., & Baxter, J. K.** (2014). Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *The Cochrane database of systematic reviews*. (12), CD009516. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009516.pub2>
- Maier, B., Georgouloupoulos, A., Zajc, M., Jaeger, T., Zuchna, C. and Hasenoehrl, G.** (2011). Fetal outcome for infants in breech by method of delivery: experiences with a stand-by service system of senior obstetricians and women's choices of mode of delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 39(4). <https://doi.org/10.1515/jpm.2011.044>
- Mamun, A. A., Sutharsan, R., O'Callaghan, M., Williams, G., Najman, J., McIntyre, H. D., & Callaway, L.** (2013). Cesarean delivery and the long-term risk of offspring obesity. *Obstet Gynecol*, 122(6), 1176–1183. <https://doi.org/10.1097/AOG.000000000000016>
- Marcé International Society.** (2013). *Psychosocial Assessment and depression screening in perinatal women. Position Statement*.
- Martini, J., Weidner, K., Junge-Hoffmeister, J., & Garthus-Niegel, S.** (2017). Posttraumatische Belastungsstörung in der Peripartalzeit. *Trauma und Gewalt*, 11(04), 280–293. <https://doi.org/10.21706/tg-11-4-280>
- Merry, L., Small, R., Blondel, B., & Gagnon, A. J.** (2013). International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(27), 1–23. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/27>
- Moore, M. L.** (2002). Reducing the Rate of Cesarean Birth. *The Journal of perinatal education*, 11(2), 41–43.
- Mozurkewich, 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 and gynecology*, 183(5), 1187–1197. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.108890>
- Mueller, M., Kolly, L., Bauman, M., Imboden, S., & Surbek, D.** (2014). Analysis of caesarean section rates over time in a single Swiss centre using a ten-group classification system. *Swiss medical weekly*, 144, w13921. <https://doi.org/10.4414/smw.2014.13921>
- Mylonas, I., & Friese, K.** (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(29-30), 489–495. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>
- Nama, V., & Wilcock, F.** (2011). Caesarean section on maternal request: Is justification necessary? *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13(4), 263–269. <https://doi.org/10.1576/toag.13.4.263.27693>
- National Institute for Health and Care Excellence.** (2011). *Cesarean Section: Clinical Guideline*. Retrieved from [nice.org.uk/guidance/cg132](https://doi.org/10.1576/toag.13.4.263.27693)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** (2011). *Clinical audit tool: Caesarean section – maternal request for caesarean section*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/clinical-audit-tool-maternal-request-msword-184762909>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** (2011). *Caesarean section: Information for the public*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-239511516613>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** (2013). *Cesarean Section: Quality Standard*. Retrieved from [nice.org.uk/guidance/qs32](https://doi.org/10.1576/toag.13.4.263.27693)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** (2013). *NICE quality standards for caesarean section: Information for the public*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/information-for-people-who-use-nhs-services-for-caesarean-section-pdf-122615821>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** (2016). *Deciding whetherto offer caesarean section: NICE Pathway*. Retrieved from <http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section>
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L.** (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88, 807–813.
- Niino, Y.** (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Bioscience trends*, 5(4), 139–150. <https://doi.org/10.5582/bst.2011.v5.4.139>
- O'Neill, S. M., Agerbo, E., Kenny, L. C., Henriksen, T. B., Kearney, P. M., Greene, R. A., . . . Khashan, A. S.** (2014). Cesarean section and rate of subsequent stillbirth, miscarriage, and ectopic pregnancy: A Danish register-based cohort study. *PLoS medicine*, 11(7), e1001670. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001670>
- Perfetti, J., Clark, R., & Fillmore, C.-M.** (2004). Postpartum depression: Identification, screening, and treatment. *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 103(6), 56–63.

- Regan, M., McElroy, K. G., & Moore, K.** (2013). Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *The Journal of perinatal education*, 22(3), 171–180. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.171>
- Roberge, S., Demers, S., Berghella, V., Chaillet, N., Moore, L., & Bujold, E.** (2014). Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: A systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 211(5), 453–460. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.014>
- Robson, M. S.** (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 12(01). <https://doi.org/10.1017/S0965539501000122>
- Robson, M., Hartigan, L., & Murphy, M.** (2013). Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>
- Romero, R., & Korzeniewski, S. J.** (2013). Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life? *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(4), 243–246. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.026>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2013). Caesarian delivery on maternal request (CDMR): C-Obs 39. Retrieved from [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Caesarean-Delivery-on-Maternal-Request-\(C-Obs-39\)-Review-Nov13.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Caesarean-Delivery-on-Maternal-Request-(C-Obs-39)-Review-Nov13.pdf?ext=.pdf)
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2015). Perinatal Anxiety and Depression: C-Obs 48. Retrieved from [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Perinatal-Anxiety-and-Depression-\(C-Obs-48\)-Review-March-2015.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Perinatal-Anxiety-and-Depression-(C-Obs-48)-Review-March-2015.pdf?ext=.pdf)
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2015). Birth after previous caesarean section. C-Obs 38.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Antenatal care during pregnancy: Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Antenatal-Care-during-Pregnancy>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Assisted Birth. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Assisted-Birth>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Breech Presentation at the End of your Pregnancy. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Breech-Presentation-at-the-End-of-your-Pregnancy>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Caesarean Section. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Caesarean-Section>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Depression and Anxiety during Pregnancy and following Birth. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Depression-and-Anxiety-during-Pregnancy-and-follow>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Fetal Monitoring in Labour. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Monitoring-the-Baby%E2%80%99s-Heart-Rate-in-Labour>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Induction of Labour. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Induction-of-Labour>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Labour and Birth. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Labour-and-Birth>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.** (2016). Pain Relief in Labour and Childbirth. Patient information pamphlet. Retrieved from <https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Resources/Pain-Relief-in-Labour-and-Childbirth>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).** (2009). Caesarean Section. Consent Advice No. 7. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/consent-advice-7/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).** (2015). Information for You: Choosing to have a caesarean section. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/en/patients/patient-leaflets/choosing-to-have-a-caesarean-section/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), & Royal College of Anaesthetists.** (2010). Classification of urgency of caesarean section - a continuum of risk: Good Practice No. 11. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-11/>
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H.** (2015). Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics*, 135(1), e92-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0596>
- Sharifirad, G., Rezaeian, M., Soltani, R., Javaheri, S., & Mazaheri, M. A.** (2013). A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 50. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.119036>
- Signore, C., & Klebanoff, M.** (2008). Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clinics in perinatology*, 35(2), 361-71, vi. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2008.03.009>
- Silver, R. M., Fox, K. A., Barton, J. R., Abuhamad, A. Z., Simhan, H., Huls, C. K., . . . Wright, J. D.** (2015). Center of excellence for placenta accreta. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(5), 561–568. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.11.018>
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., . . . Mercer, B. M.** (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*, 107(6), 1226–1232. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84>
- Smith, G. C. S., Pell, J. P., & Dobbie, R.** (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet (London, England)*, 362(9398), 1779–1784.
- Smith H, Peterson N, Lagrew D, Main E.** (2016). Toolkit to Support Vaginal Birth and Reduce Primary Cesareans: A Quality Improvement Toolkit. Retrieved from <https://www.cmqqc.org/VBirthToolkitResource>
- Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R.** (2012). Preventing the First Cesarean Delivery: Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol.*, 120(5), 1181–1193.
- Spong, C. Y.** (2015). Prevention of the first cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 42(2), 377–380. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.010>
- Stjernholm, Y. V., Petersson, K., & Eneroth, E.** (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 89, 49–53.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2012). faq: Labor Induction: Frequently Asked Questions: Labor, Delivery, and Postpartum Care - FAQ 154. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq154.pdf>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2013). Cesarean Delivery on maternal request: Comittee Opinion No.559 (Reaffirmed 2015). *Obstet Gynecol*, 121, 904–907.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2014). Safe Prevention of the primary cesarean section: Obstetric Care Consensus No. 1 (Reaffirmed 2016). *Obstet Gynecol*, 123, 693–711. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2015). faq: Cesarean section (C-section): Frequently Asked Questions: Labor, Delivery, and Postpartum Care - FAQ 006. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq006.pdf>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2016). faq: Assisted vaginal delivery: Frequently Asked Questions: Labor, Delivery, and Postpartum Care - FAQ 192. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq192.pdf>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2017). Approaches to limit interventions during labour and birth: Committee Opinion No. 687. *Obstet Gynecol*, 129, e20-8.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2017). faq: Medication for pain relief during labor and delivery: Frequently Asked Questions: Labor, Delivery, and Postpartum Care - FAQ 86. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq086.pdf>
- Thomas, J., Paranjothy, S., & James, D.** (2004). National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7441), 665. <https://doi.org/10.1136/bmj.38031.775845.7C>
- Thoppil, J., Riutcel, T. L., & Nalesnik, S. W.** (2005). Early intervention for perinatal depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(5), 1446–1448. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.073>
- Tollånes, M. C., Thompson, J. M. D., Daltveit, A. K., & Irgens, L. M.** (2007). Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(7), 840–848. <https://doi.org/10.1080/00016340701417422>
- Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., & Meriadi, M.** (2011). Classifications for cesarean section: A systematic review. *PLoS one*, 6(1), e14566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>

Tutschek, B., Chantraine, F., Braun, T., & Henrich, W. (2014). Sonographische Diagnostik bei abnorm invasiver Plazenta. *Der Gynäkologe*, 47(6), 408–417. <https://doi.org/10.1007/s00129-013-3308-6>

Valentin, L. (2013). Prediction of scar integrity and vaginal birth after caesarean delivery. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.003>

van der Voet, L. F., Vervoort, A. J., Veersema, S., Bijde-Vaate, A. J., Brölmann, H. A. M., & Huirne, J. A. F. (2014). Minimally invasive therapy for gynaecological symptoms related to a niche in the caesarean scar: A systematic review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(2), 145–156. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12537>

Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request – Guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 99–106.

Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: Reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(4), 451–456. <https://doi.org/10.1080/00016340701217913>

Wimmer-Puchinger, B., Bässler, C., Beuerle, A., & Raunig, J. *Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit: Eine multizentrische empirische Studie an Frauen im Wochenbett.* Wien: Wiener Programm für Frauengesundheit (MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien).

World Health Organisation (WHO). (2010). Cesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers: Policy Brief WHO/RHR/HRP/10.20.

World Health Organisation (WHO). (2015). Cesarean sections should only be performed when medically necessary. Retrieved from www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/

Zaki, M. N., Hibbard, J. U., & Kominiarek, M. A. (2013). Contemporary labor patterns and maternal age. *Obstet Gynecol*, 122(5), 1018–1024. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182a9c92c>

Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., . . . Reddy, U. M. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*, 116(6), 1281–1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181def6e>

IMPRESSUM

Medieninhaberin, für den Inhalt verantwortlich:
Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele,
MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung der Stadt Wien,
Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien, T: 4000-84200.

Projektleitung: Mag.^a Kristina Hametner und Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Bässler
Verfasserinnen: Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger und Mag.^a Sophia Kral
Grafische Umsetzung: Jessica Gaspar, Stand: April 2018

