

Aus der Praxis Prof. Dr. R. Knitza und Prof. Dr. M. Kolben  
Frauenärzte, Gräfelfing

# **Die Wunschsektio**

Ergebnisse einer Umfrage unter 1666 Gynäkologinnen und Gynäkologen in  
Bayern

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Susanne Eidenschink

aus  
München

Jahr  
2004

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. R. Knitza  
Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. U. Hasbargen  
Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Peter  
Tag der mündlichen Prüfung: 21.10.2004

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	6
1.1	Die Wunschsektio in der allgemeinen Diskussion.....	6
1.2	Mögliche Argumente und Gegenargumente zur Sektio auf Wunsch	7
<b>2</b>	<b>Fragestellung dieser Arbeit</b> .....	9
<b>3</b>	<b>Methoden</b> .....	10
3.1	Fragebogen.....	10
3.2	Statistik.....	10
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	11
4.1	Akzeptanz der Fragebogenaktion.....	11
4.2	Auswertung der Fragebögen an die <b>niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte</b> .....	11
4.2.1	Altersgruppen.....	11
4.2.2	Anzahl der Kinder.....	12
4.2.3	Selbst praktizierte Geburtsmodi.....	13
4.2.4	Niedergelassene Frauenärzte und Frauenärztinnen, welche die <b>vaginale Geburt</b> als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Skala der Durchschnittswerte der Wichtung der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	17
4.2.5	Niedergelassene Frauenärzte und Frauenärztinnen, welche die <b>Wunschsektio</b> als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Skala der Durchschnittswerte der Wichtung der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	20
4.2.6	Vergleich der Wunschsektio-Gegner mit den Wunschsektio-Befürwortern bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten.....	23

4.2.7	Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten.....	25
4.3	Auswertung der Fragebögen an die <b>Chefärztinnen und Chefärzte</b> , bzw. Leiterinnen und Leiter geburtshilflicher Abteilungen.....	27
4.3.1	Kliniken, die Wunschsektionen durchführen.....	28
4.3.2	Kliniken, die keine Wunschsektionen durchführen.....	29
4.3.3	Vergleich der Sektioraten zwischen den Kliniken, die Wunschsektionen durchführen und denen, die keine Wunschsektionen durchführen.....	30
4.3.4	Altersgruppen.....	31
4.3.5	Anzahl der Kinder.....	32
4.3.6	Selbst praktizierte Geburtsmodi.....	32
4.3.7	Chefärztinnen und Chefärzte, welche die <b>vaginale Geburt</b> als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Auswertung der Durchschnittswerte der Bewertungen der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	34
4.3.8	Chefärztinnen und Chefärzte, welche die <b>Wunschsektio</b> als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Auswertung der Durchschnittswerte der Bewertungen der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	37
4.3.9	Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefärzten.....	39
4.4	Weitere statistische Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien <b>insgesamt</b> (Chefärztinnen und Chefärzte und niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte zusammen).....	41
4.4.1	Der entscheidungsrelevante Unterschied: Berechnung des Mittelwertes der Differenzen der gepaarten Kriterien für die vaginale Geburt und für die elektive Sektio.....	41

4.4.2	Paarweiser Vergleich des entscheidungsrelevanten Unterschiedes der Kriterien in Abhängigkeit vom persönlich bevorzugten Geburtsmodus.....	45
4.4.3	Paarweiser Vergleich des entscheidungsrelevanten Unterschiedes der Kriterien in Abhängigkeit vom persönlich erlebten Geburtsmodus.....	46
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>50</b>
5.1	Relevante Studien.....	50
5.2	Wertigkeit der Fragebogenaktion.....	54
5.3	Der persönlich bevorzugte Geburtsmodus.....	54
5.4	Selbst erfahrene Entbindungsmodi.....	54
5.5	Abhängigkeit des bevorzugten eigenen vom persönlich erlebten Entbindungsmodus.....	54
5.6	Die entscheidungsrelevanten Kriterien.....	56
5.6.1	Das Bonding.....	57
5.6.2	Die Harninkontinenz.....	59
5.6.3	Sexualstörungen.....	64
5.6.4	Senkungstörungen.....	65
5.6.5	Mütterliche Morbidität und Mortalität.....	67
5.6.6	Stuhlinkontinenz.....	68
5.6.7	Fetal outcome.....	73
5.6.8	Forensische Probleme.....	73
5.6.9	Geburtsschmerzen.....	74
5.6.10	Ökonomische Aspekte.....	74

5.7	Akzeptanz der Wunschsektio.....	77
5.8	Effekt der Wunschsektio auf die Gesamtsektiorate.....	78
5.9	Diskussion und Vergleich der Ergebnisse mit den relevanten Studien.....	79
5.9.1	Diskussion der relevanten Studien.....	79
5.9.2	Vergleich der Ergebnisse mit den relevanten Studien.....	82
5.10	Fazit.....	83
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>Index.....</b>	<b>88</b>
7.1	Anschreiben zur Fragebogenaktion.....	88
7.2	Fragebögen.....	89
7.2.2	Fragebögen an die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte	89
7.2.3	Fragebögen an die Klinikleiterinnen und Klinikleiter.....	91
7.3	Tabellenverzeichnis.....	93
7.4	Abbildungsverzeichnis.....	95
7.5	Literaturverzeichnis.....	97
7.6	Danksagung.....	104
7.7	Lebenslauf.....	105

## 1. Einleitung

### 1.1 Die Wunschsektio in der allgemeinen Diskussion

Der zunehmende Einsatz regionaler Anästhesieverfahren, der Antibiotika- und Thromboseprophylaxe, modifizierte Operationstechniken sowie eine veränderte Behandlung in der postoperativen Phase haben zu einer Senkung der mütterlichen Morbidität und Mortalität beim Kaiserschnitt geführt. Diese Reduktion an Komplikationen ist vor allem zu beobachten, wenn dieser Eingriff elektiv durchgeführt wird und nähert sich zunehmend den Ergebnissen, die bei vaginalen Geburten erzielt werden. [64, 82, 83]

Gleichzeitig häufen sich in der letzten Zeit Publikationen über negative Langzeitschädigungen des Beckenbodens durch die vaginale Geburt. [11, 13-16, 21, 37, 38, 54, 62, 66-70, 73, 85, 86; 89]

Dies führt dazu, daß die Sektiorate als hartes Qualitätskriterium für geburtshilfliche Einrichtungen zunehmend aufgeweicht wird und der Kaiserschnitt auf Wunsch immer mehr an Attraktivität gewinnt. [2, 20, 34, 81]

Dennoch wird das weltweite Ansteigen der Sektiorate in den westlichen Ländern, allgemein mit einem gewissen Unbehagen beobachtet. [1, 7, 35]

Eine 1997 von Al Mufti und Kollegen durchgeführte anonyme Umfrage unter 282 geburtshilflich tätigen Ärzten in London [3, 4] ergab, daß 31 % der Gynäkologinnen für sich im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage die primäre Schnittentbindung ohne Indikation bevorzugen würden. Dies führte zu Spekulationen, daß in Zukunft ein deutlicher Trend zur elektiven Sektio in den finanziell besser gestellten westlichen Ländern, ähnlich wie in den oberen Schichten Südamerikas, zu erwarten sei. Eine Umfrage von Gabbe et al. in den USA [24] unterstützt diese Theorie, Ergebnisse ähnlicher Studien in Holland [76], Irland [44], Großbritannien [87] und Australien [40] sprechen eher dagegen.

In einer Stellungnahme lehnte die FIGO 1998 [35] den Kaiserschnitt auf Wunsch als unethisch ab.

Auch in Deutschland ist das Thema Wunschsektio höchst aktuell und wird sehr kontrovers beurteilt, wobei die Spannweite von „Körperverletzung“ [61] bis zu „Präventivmaßnahme einer späteren Beckenbodenfunktionsstörung mit konsekutiver Stressharninkontinenz oder partieller Stuhlwindinkontinenz.“ [2] reicht.

Schon bei der Definition der Wunschsektio gibt es Unstimmigkeiten. In einer Stellungnahme der DGGG [5] wird sie definiert als der Kaiserschnitt ohne

medizinische Indikation und abgegrenzt von der indizierten Sektio mit relativer Indikation. Bei Diskussionen muß sie jedoch häufig gerade für Sektionen aus schwächeren, meist psychischen Indikationen erhalten.

Die hier vorliegende Arbeit behandelte die Wunschsektio entsprechend der DGGG-Definition, als die Sektio ohne medizinische, auch nicht psychische Indikation.

## **1.2 Mögliche Argumente und Gegenargumente zur Sektio auf Wunsch**

Sowohl bei den Geburtshelfern als auch bei ihren Patientinnen spielen oft verschiedene Gründe in ganz unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle, welche die primäre Sektio auf Wunsch auch ohne medizinische Indikation attraktiv machen.

Zum einen sind es negative Aspekte der vaginalen Geburt:

Neuere Untersuchungsmethoden, insbesondere die Analsonographie des Sphinkterapparates, weisen auf eine Traumatisierung des Beckenbodens durch die vaginale Geburt hin [70; 85; 86]. Daraus resultiert die häufig geäußerte Angst vor organischen Schäden wie Senkungsbeschwerden, einer gestörten Schließmuskelfunktion von Harnblase und Mastdarm und dadurch bedingten postpartalen Sexualstörungen.

Oft ist es auch die Furcht vor den Wehen- und Geburtsschmerzen und die Sorge, damit nicht fertig zu werden.

Bei den Geburtshelfern sind neben forensische Überlegungen (bislang gibt es ganz überwiegend Klagen wegen der nicht, oder zu spät durchgeführten Sektio), die bessere Planbarkeit, das höhere finanzielle Entgelt bezogen auf den Zeitaufwand beim Geburtsbeistand, sowie die vermeintlich höhere Sicherheit für das Kind ausschlaggebend.

Eines der häufigsten Argumente gegen die Wunschsektio ist die, zumindest noch bis vor wenigen Jahren, höhere mütterliche Morbidität und Mortalität. Ein weiterer Kritikpunkt sind die vermehrten Kosten, die bei der elektiven Sektio anfallen sollen, und die der Allgemeinheit zur Verfügung stehenden ohnehin schon knapperen Ressourcen schmälern.

Des weiteren muß der Geburtshelfer – meist retrospektiv - mit forensischen Problemen rechnen, wenn die Indikationsstellung zur Schnittentbindung ohne harte Indikation gestellt wurde und postoperative Komplikationen eintreten.

Sexualstörungen werden auch nach Sektio beschrieben. [6]

Ein weiterer Nachteil sind die postoperativen Schmerzen und die eingeschränkte Mobilität in den ersten postoperativen Tagen nach Kaiserschnittentbindungen. Für die vaginale Geburt spricht das viel ausgeprägtere Bonding, sowie das häufig bessere fetal outcome, wobei dem vaginalen Geburtsstreß eine prophylaktische Wirkung hinsichtlich passagerer postpartaler Atemstörungen zugeschrieben wird.

## **2. Fragestellung dieser Arbeit**

Ziel dieser Studie war es, die aktuelle Einstellung der Gynäkologinnen und Gynäkologen Bayerns hinsichtlich der Wunschsektio unter Berücksichtigung des persönlich erlebten Geburtsmodus in Erfahrung zu bringen.

Darüberhinaus sollte untersucht werden, ob die jeweilige Einstellung geschlechts- oder altersabhängig ist.

Ferner war zu klären, wie sich die am eigenen Leib erfahrene Geburtshilfe auf die Einstellung zur elektiven Sektio und zur Wunschsektio auswirkt.

Al Mufti et al. unterstellen 1997 den Geburtshelfern, für sich selbst Möglichkeiten der Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, die ihren Schwangeren normalerweise nicht zur Verfügung stehen. In diesem Kontext sollte die Situation an den bayerischen Kliniken ermittelt werden und die Frage geprüft werden, ob den Patientinnen die Wunschsektio wirklich verwehrt wird. Außerdem galt es zu klären, inwieweit eine „Liberalisierung“ der Wunschsektio Anteil an der seit Jahren ständig ansteigenden Sektiorate in Bayern hat.

### **3. Methoden**

#### **3.1 Fragebogen**

Um die aktuelle Situation in Bayern zu untersuchen, wurden alle bei der deutschen Ärztekammer registrierten niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen Bayerns (1502), sowie sämtliche Leiterinnen und Leiter geburtshilflicher Abteilungen Bayerns (164) angeschrieben und um Beantwortung eines anonymen Fragebogens gebeten (Seite 79-81). Dem Anschreiben wurde, um die Anonymität zu gewährleisten, ein frankiertes, adressiertes Rücksendekouvert beigelegt.

Der Fragebogen bestand aus einem einfachen Frageteil entsprechend dem „Multiple Choice-System“ und einem Abschnitt mit Skalierungen.

Im Frageteil wurde um Beantwortung von sieben (niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte), bzw elf Fragen (Klinikleiterinnen und Klinikleiter) gebeten.

Im Skalierungsteil sollten zehn Kriterien auf einer Skala von 0 bis 10 hinsichtlich der Entscheidungsrelevanz für den persönlich bevorzugten Geburtsmodus durch ein Kreuz bei beiden Geburtswegen (elektive Sektio und vaginale bzw vaginal-operative Geburt) markiert werden.

#### **3.2. Statistik**

Zur Datenerfassung und Auswertung der zurückgesandten Fragebögen wurde eine Eingabemaske im Programm „MS Access“ (Microsoft Windows) erstellt. Zur Erstellung der Abbildungen und weiteren Auswertungen wurden die Daten in das Programm „Excel“ (Microsoft Windows) transferiert.

Die statistische Auswertung erfolgte durch Übertragung der Daten in das Programm SPSS.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1. Akzeptanz der Fragebogenaktion**

Mitte Januar 2002 wurden 1666 Fragebögen versandt. 164 davon gingen an Klinikleiterinnen und Klinikleiter, 1502 an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Bis Ende April 02 wurden 594 der Fragebögen zurückgesandt (35,7 %). Es antworteten 525 (35,0 %) der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und 69 (42,1 %) der Klinikleiterinnen und Klinikleiter.

### **4.2. Auswertung der Fragebögen an die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte**

Von den 525 Rückantworten kamen 198 von Frauenärztinnen und 327 von Frauenärzten. Der Anteil der Kolleginnen lag bei etwas mehr als einem Drittel (37,7 %), der der Kollegen bei etwas weniger als zwei Drittel (62,3 %). Alle machten Angaben zu ihrem Geschlecht.

292 (55,6 %) befürworteten grundsätzlich die Möglichkeit zur Wunschsektio. 223 (42,5 %) waren dagegen. Zehn (1,9 %) wollten sich nicht eindeutig festlegen.

484 (92,4 %) wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die vaginale Geburt und 40 (7,6 %) die elektive Sektio. Eine Gynäkologin beantwortete diese Frage nicht.

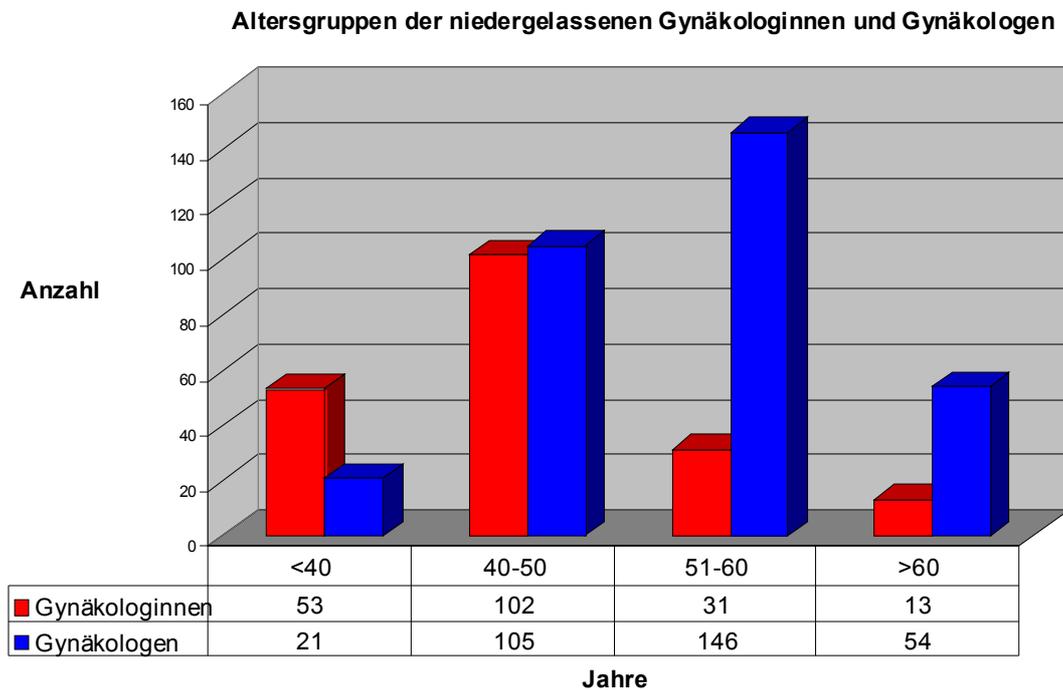
149 (28,4 %) waren zum Zeitpunkt der Erhebung des Fragebogens selbst geburtshilflich aktiv und 375 (71,6 %) nicht. Bei den geburtshilflich aktiven handelte es sich um 29 Gynäkologinnen (19,5 %) und 120 Gynäkologen (80,5 %). Ein Gynäkologe (0,2 %) beantwortete diese Frage nicht. Somit waren zum Zeitpunkt der Erhebung des Fragebogens 14,6 % der Gynäkologinnen und 36,8 % der Gynäkologen geburtshilflich aktiv.

#### **4.2.1 Altersgruppen**

Die meisten (51,3%) der Gynäkologinnen, die geantwortet hatten, waren zwischen 40 und 50 Jahre alt (146 Frauenärztinnen). Bei den Gynäkologen liegt der Altersgipfel zwischen 51 und 60 Jahren (82,4%; 146 Frauenärzte). In der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren antworteten nahezu gleichviel Frauen (102) wie Männer. In den älteren Altersgruppen ist der Frauenanteil deutlich geringer (weniger als ein Viertel)

in der jüngsten Altersgruppe deutlich höher (mehr als doppelt so hoch).

**(Abbildung 1)**

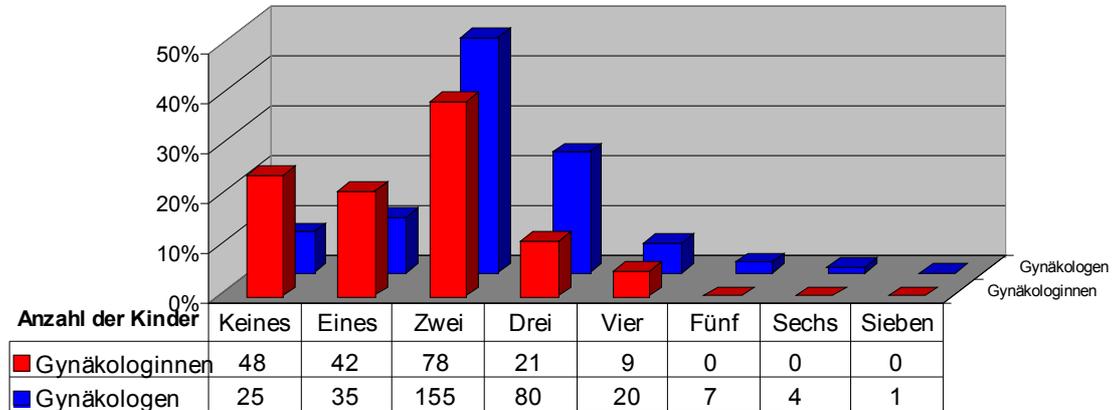


**Abbildung 1:** Altersgruppen der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte.

#### 4.2.2 Anzahl der Kinder

Die niedergelassenen Frauenärztinnen, die auf die Fragebogenaktion antworteten, haben durchschnittlich 1,5 Kinder, die niedergelassenen Frauenärzte durchschnittlich 2,2 Kinder. Die meisten Gynäkologen haben zwei (47,4 % der Gynäkologen) oder drei (24,5 %) Kinder. Die meisten Gynäkologinnen haben zwei (39,4 % der Gynäkologinnen) oder kein (24,2 %) Kind. 8 % der niedergelassenen Gynäkologen und fast 25 % der niedergelassenen Gynäkologinnen haben keine Kinder.

**(Abbildung 2)**

**Anzahl der Kinder der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte****Abbildung 2:** Anzahl der Kinder der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte.

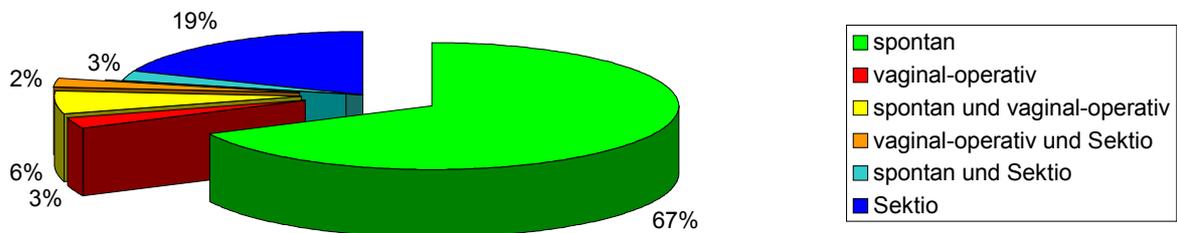
#### 4.2.3 Selbst praktizierte Geburtsmodi

67 % der Gynäkologinnen (101), die geboren haben, hatten ausschließlich Spontangeburt und 71 % der Gynäkologen (218) hatten Partnerinnen die ausschließlich spontan entbunden worden waren. 19 % der Gynäkologinnen (28) hatten ausschließlich durch Sektio geboren und 8 % der Gynäkologen (24) hatten Partnerinnen, die ausschließlich durch Sektio entbunden worden waren. 14 % der Gynäkologen hatten Partnerinnen mit vaginal-operativen Entbindungen (3 % nur vaginal-operativ, 8 % spontan und vaginal-operativ, 2 % vaginal-operativ und durch Sektio und 1 % spontan, vaginal-operativ und durch Sektio). Die restlichen 7 % wurden sowohl spontan als auch durch Sektio entbunden. Bei den Gynäkologinnen hatten 11 % persönliche Erfahrungen mit vaginal-operativen Entbindungen (3% nur vaginal-operativ, 6 % spontan und vaginal-operativ und 2 % vaginal-operativ und durch Sektio). 3 % hatten sowohl spontan als auch durch Sektio geboren.

**(Tabelle1 und Abbildungen 3 a und 3 b)**

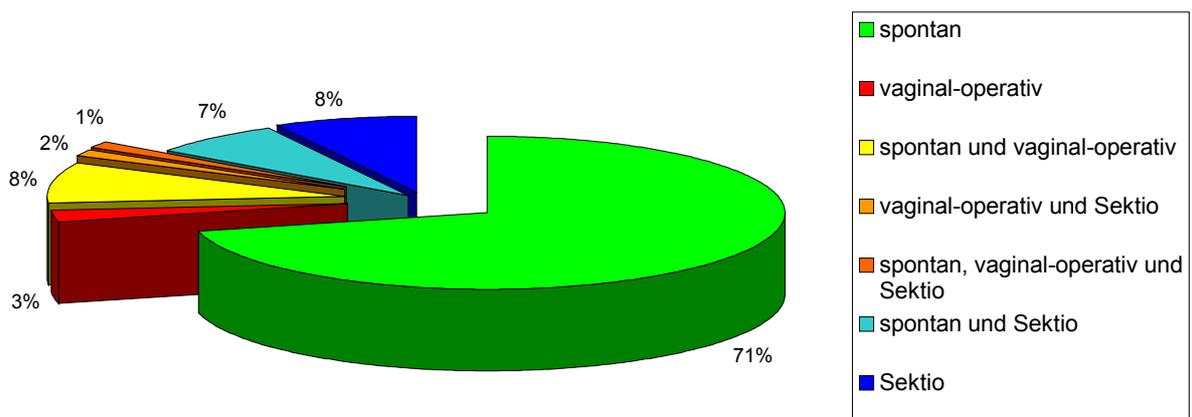
Fünf beantworteten die Frage nicht.

**Selbst praktizierte Geburtsmodi der niedergelassenen Frauenärztinnen  
(n=149)**



**Abbildung 3 a:** Selbst praktizierte Geburtsmodi der niedergelassenen Frauenärztinnen

**Geburtsmodi der Partnerinnen der niedergelassenen Frauenärzte (n=307)**



**Abbildung 3 b:** Geburtsmodi, welche die niedergelassenen Frauenärzte bei ihren Partnerinnen miterlebt hatten

<b>Geburtsmodus</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Gynäkologinnen</b>	<b>Partnerinnen</b>
Spontan	319	101	218
Vaginal operativ	12	4	8
Sektio	52	28	24
Spontan und vaginal operativ	35	9	26
Spontan und Sektio	26	4	22
Spontan, vaginal-operativ und Sektio	4	0	4
Vaginal-operativ und Sektio	8	3	5

**Tabelle 1:** Geburtsmodi der niedergelassenen Gynäkologinnen und der Partnerinnen der niedergelassenen Gynäkologen

Zur Ermittlung der Sektiorate der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen ist es nötig, die Anzahl der Kinder, die unter dem jeweiligen Entbindungsmodus geboren wurden, zu berücksichtigen (siehe **Tabelle 2**). Man erhält dann eine Sektiorate von 14% +/- 4 %.

Geburtsmodus	Gynäkologinnen		Partnerinnen		Auswertung		
		Kinder		Kinder	vag	Sektio	unklar
spontan			4	0	728		
	23	1	28	1			
	55	2	106	2			
	15	3	60	3			
	8	4	11	4			
			5	5			
			3	6			
			1	7			
vag-operativ	2	1	3	1	21		
	2	2	3	2			
			2	3			
Sektio			1	0	88		
	17	1	4	1			
	8	2	16	2			
	3	3	3	3			
spontan und vag-operativ	7	2	15	2	89		
	2	3	6	3			
			4	4			
			1	5			
spontan und Sektio	2	2	10	2	20	21	19
	1	3	8	3			
	1	4	4	4			
spontan und Sektio und vag-operativ			1	3	10	5	6
			1	4			
			1	5			
			1	6			
vag-operativ und Sektio	3	2	4	2	8	8	1
			1	3			
<b>Gesamt</b>					<b>876</b>	<b>122</b>	<b>26</b>

**Tabelle 2:** Geburtsmodi der niedergelassenen Gynäkologinnen und der Partnerinnen der niedergelassenen Gynäkologen unter Berücksichtigung der Anzahl der Kinder

#### **4.2.4 Niedergelassene Frauenärzte und Frauenärztinnen, welche die vaginale Geburt als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Skala der Durchschnittswerte der Wichtung der entscheidungsrelevanten Kriterien**

In dieser Studie wurde versucht, die Hintergründe für die Entscheidung zum jeweiligen persönlich bevorzugten Geburtsmodus zu erhellen. Diese Aufgabe sollte der zweite Teil des Fragebogens ermöglichen. Er bestand aus Skalierungen von 0 bis 10. Anhand von zehn Kriterien sollte beantwortet werden, wie sehr das jeweilige Kriterien bei der Entscheidung für die vaginale bzw vaginal-operative und für die elektive Sektio, zu der die Wunschsektio ja zählt, entscheidungsrelevant war. Bei der Auswertung des Skalierungsteiles wurden zunächst die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien bei beiden Geburtsmodi des Skalierungsteiles des Fragebogens getrennt nach dem jeweilig bevorzugten Geburtsmodus ermittelt. 484 (92,2 %) der niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die vaginale Geburt. Von diesen Fragebögen waren 15 nicht vollständig auswertbar, da dieser Abschnitt nicht oder nur unkomplett ausgefüllt war. Somit verblieben 469 vollständig auswertbare Fragebögen.

#### **Argumente für die vaginale Geburt**

Betrachtet man die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien, so zeigt sich, daß das Bonding (Festigung der Mutter-Kind-Bindung) durch die vaginalen Geburt als das mit Abstand wichtigste Kriterium für die Entscheidung zur vaginalen Geburt von den Frauenärzten und Frauenärztinnen, die für sich selbst oder ihre Partnerinnen die vaginale Geburt bevorzugen, bewertet wird.

Bedenken wegen forensischer Probleme bei der elektiven Sektio erhalten noch einen relativ hohen Stellenwert, ebenso wie die mütterliche Morbidität und Mortalität bei der elektiven Sektio.

Der positive Effekt auf das fetal outcome bei der vaginalen Geburt steht deutlich unter dem des Kaiserschnittes auf Wunsch und gilt daher nicht mehr als Argument für die vaginale Geburt.

**(Abbildung 4)**

### **Argumente gegen die vaginale Geburt**

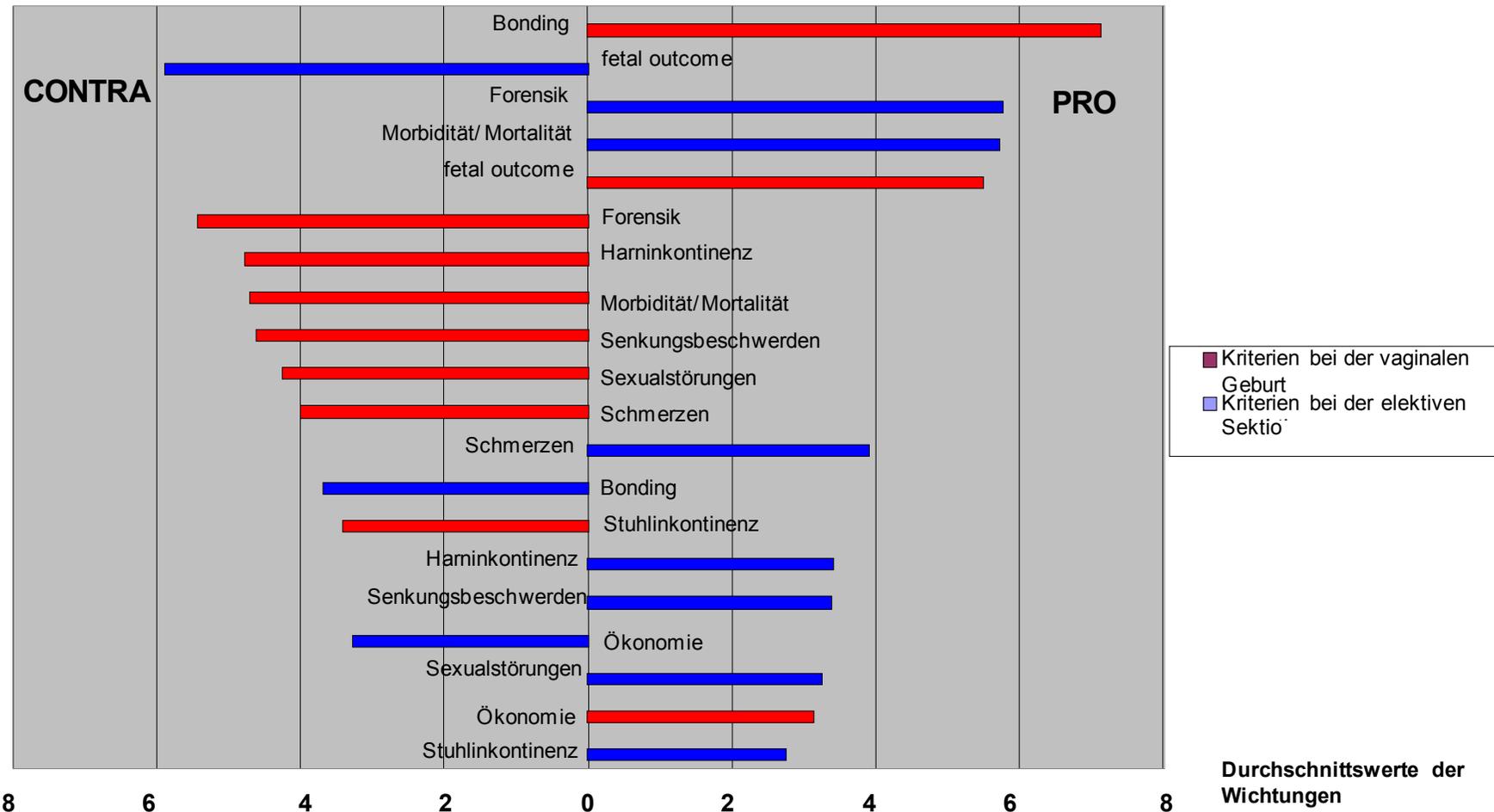
Errechnet man die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien beider Geburtsmodi anhand des Skalierungsteils der Fragebögen, so wird der positive Effekt auf das fetal outcome bei der elektiven Sektio als einziges Gegenargument hinsichtlich der Entscheidung der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte zur vaginalen Geburt ermittelt.

Die Angst vor forensischen Problemen im Zusammenhang mit der vaginalen Geburt, das als nächstes in der Hierarchie folgende Kriterium, ist bereits nicht mehr als Argument gegen die vaginale Geburt zu werten, da der errechnete Durchschnittswert unter dem der Angst vor forensischen Problemen bei der elektiven Sektio liegt.

#### **(Abbildung 4)**

Abbildung 4 (folgende Seite) soll die Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden, veranschaulichen. Da nicht nur nach dem Gewicht der entscheidungsrelevanten Kriterien für die vaginale, bzw. vaginal-operative Geburt (rote Balken), sondern auch nach dem Gewicht der entscheidungsrelevanten Kriterien für die elektive Sektio (blaue Balken) befragt wurde, erscheint jedes Kriterium zweimal, einmal als Argument für („pro“), einmal als Argument gegen („contra“) die vaginale Geburt. Argumente gegen die vaginale Geburt entsprechen den von der Nullachse nach links weisenden Balken, Argumente für die vaginale Geburt entsprechen den von der Nullachse nach rechts weisenden Balken.

**Entscheidungsrelevante Kriterien der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, welche die vaginale Geburt als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen (n=469)**



**Abbildung 4:** Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden

#### **4.2.5 Niedergelassene Frauenärzte und Frauenärztinnen, welche die Wunschsektio als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Skala der Durchschnittswerte der Wichtung von entscheidungsrelevanten Kriterien**

40 (7,6 %) der niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die Wunschsektio.

Von diesen Fragebögen waren zwei in diesem Abschnitt nicht völlig auswertbar, da der Skalierungsteil nicht oder nur unkomplett ausgefüllt worden war.

Somit verbleiben 38 auswertbare Fragebögen. Auch von diesen wurden, zur Untersuchung der Gründe für diese Entscheidung, die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien bei beiden Geburtswegen getrennt nach dem jeweilig persönlich bevorzugten Geburtsmodus berechnet.

#### **Argumente für die Wunschsektio**

Stützt man sich auf die Berechnung der Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien, ist der positive Effekt auf das fetal outcome das ausschlaggebende Argument der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, die für sich selbst oder ihre Partnerinnen die elektive Sektio bevorzugen.

Die Angst vor Harninkontinenz, Senkungsbeschwerden und Sexualstörungen nach vaginaler Geburt sind ebenfalls wichtige Gründe.

**(Abbildung 5)**

#### **Argumente gegen die elektive Sektio**

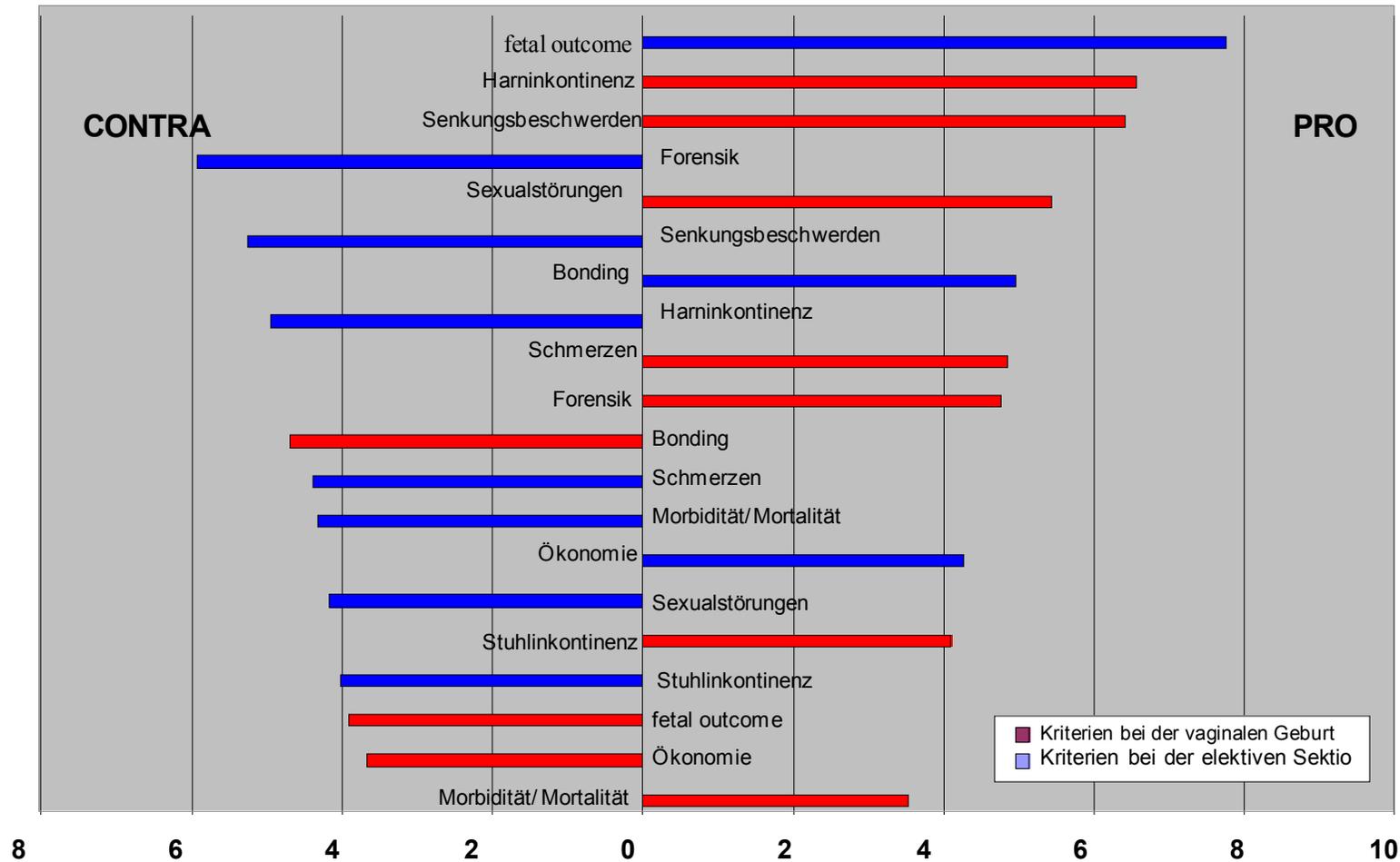
Betrachtet man die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien so sind die forensischen Probleme bei der elektiven Sektio das wichtigste Gegenargument, das die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, die für sich selbst oder ihre Partnerinnen die elektive Sektio bevorzugen, gelten lassen. Für das Bonding bei der vaginalen Geburt wurde bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich selbst oder ihre Partnerinnen die elektive Sektio bevorzugen, ein niedrigerer Durchschnittswert errechnet als für das Bonding bei elektiver Sektio, in der Hierarchie noch unter der nicht nachvollziehbaren Angst vor Senkungsbeschwerden und Harninkontinenz nach elektiver Sektio. Diese beiden Kriterien sind auch nicht als Argumente gegen die elektive Sektio zu werten,

da sie in der Hierarchie unter den Durchschnittswerten der Angst vor Senkungsbeschwerden und Harninkontinenz bei der vaginalen Geburt stehen.

**(Abbildung 5).**

Abbildung 5 (folgende Seite) veranschaulicht die Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen würden. Auch hier sind die Kriterien bei der vaginalen Geburt als rote Balken und die Kriterien bei der elektiven Sektio als blaue Balken dargestellt. Da auch hier sowohl nach der Wichtung für die vaginale, bzw. vaginal-operative Geburt, als auch bei der elektiven Sektio befragt wurde, erscheint jedes Kriterium zweimal, einmal als Argument für („pro“), einmal als Argument gegen („contra“) die Wunschsektio. Argumente gegen die Wunschsektio entsprechen den von der Nullachse nach links weisenden Balken, Argumente für die Wunschsektio entsprechen den von der Nullachse nach rechts weisenden Balken.

**Entscheidungsrelevante Kriterien der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte, die die Wunschsektio als persönlichen Gebutsmodus bevorzugen (n=38)**



**Abbildung 5:** Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die elektive Sektio bevorzugen würden

#### **4.2.6 Vergleich der Wunschsektio-Gegner mit den Wunschsektio-Befürwortern bei den niedergelassenen Frauenärzten Bayerns**

In **Tabelle 3** werden die Gegner der Wunschsektio mit den Befürwortern verglichen. Bei beiden Geschlechtern, etwas deutlicher bei den männlichen Kollegen, zeigt sich ein Trend für die Wunschsektio je jünger und gegen die Wunschsektio je älter die Altersgruppe ist. Insgesamt befürworten fast ebenso viele Gynäkologinnen die Wunschsektio (53,8 %) wie Gynäkologen (58,6 %).

Bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen insgesamt befürworten nur 55,6 % die Möglichkeit der Wunschsektio. Die niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen, die als Belegärzte geburtshilflich tätig sind, stimmen zu 68,2 % der Möglichkeit der Wunschsektio zu. Diejenigen, die geburtshilflich nicht, oder nicht mehr tätig sind, befürworten nur zu 52 % die Wunschsektio.

Die persönliche Sektiorate ist bei den Wunschsektio-Befürworterinnen und den Partnerinnen der Wunschsektio-Befürworter höher als bei den Wunschsektio-Gegnern und den Partnerinnen der Wunschsektio-Gegner.

Die persönliche Spontangeburtensrate ist bei den Wunschsektio-Gegnerinnen etwas höher als bei den Befürworterinnen. Bei den Partnerinnen der Gynäkologen zeigt sich kein Unterschied.

Etwas mehr Partnerinnen von Wunschsektio-Gegnern hatten eine vaginal operative Entbindung als Partnerinnen der Wunschsektio-Befürworter. Allerdings sind hier die Fallzahlen relativ klein. Bei den Gynäkologinnen gibt es zwischen beiden Gruppen fast keinen Unterschied.

Wunschsektio Gegnerinnen haben etwas mehr Kinder (bei den Gynäkologen ist der Unterschied gering).

14,6 % der die Wunschsektio befürwortenden Gynäkologinnen und 13,2 % der die Wunschsektio befürwortenden Gynäkologen würden auch für sich selbst oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen.

Altersgruppe	Wunschsektio-Befürworter			Wunschsektio-Gegner		
	gesamt	Gynäko- loginnen	Gynäko- logen	gesamt	Gynäko- loginnen	Gynäko- logen
< 40 Jahre	48 66,7 %	31 60,8 %	17 81,0 %	24 33,3 %	20 39,2 %	4 19,0 %
40-50 Jahre	122 59,8 %	55 55%	67 64,4 %	82 40,2 %	45 45%	37 35,6 %
51-60 Jahre	90 52,0 %	13 44,8 %	77 53,5 %	83 48,0 %	16 55,2 %	67 46,5 %
> 60 Jahre	33 50%	5 38,5 %	28 52,8 %	33 50%	8 61,5 %	25 47,2 %
<b>Geburtshilflich aktiv</b>	101 68,2 %	19 67,9 %	82 68,3 %	47 31,7	9 32,1 %	38 31,8 %
<b>Geburtshilflich nicht aktiv</b>	191 52,0 %	84 51,2 %	107 52,7 %	176 48,9	80 48,7 %	96 47,3 %
<b>Selbst praktizierter Geburtsmodus</b>		<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Partnerinnen</b>	<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Partnerinnen</b>	
Spontan	45 60,0%	125 71,0%	51 73,9%	92 71,3%		
Vaginal operativ	4 5,3%	5 2,8%	0 0%	3 2,3%		
Sektio	18 24,0%	18 10,2%	10 14,5%	6 4,7%		
Spontan und vaginal operativ	3 4,0%	12 6,8%	6 8,7%	14 10,9%		
Spontan und Sektio	3 4,05	13 7,4%	1 1,45%	9 7,0%		
Spontan, vaginal operativ und Sektio	0 0%	1 0,6%	0 0%	2 1,5%		
Vaginal operativ und Sektio	2 21,7%	2 1,2%	1 1,45%	3 2,3%		
Vaginal operativ gesamt	9 12%	20 11,4%	8 11,4%	22 17,0%		
<b>Anzahl der Kinder</b>		<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Gynäkologen</b>	<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Gynäkologen</b>	
Keine	28 27,2%	16 8,5%	19 21,3%	7 5,2%		
Eines	25 24,3%	22 11,6%	16 18,0%	13 9,7%		
Zwei	39 37,9%	94 49,7%	35 39,3%	60 44,8%		
Drei	8 7,8%	40 21,2%	13 14,6%	40 29,9%		
Vier	3 2,8%	11 5,8%	6 6,8%	8 6,0%		
Fünf	0 0%	3 1,6%	0 0%	4 3,0%		
Sechs	0 0%	3 1,6%	0 0%	1 0,7%		
Sieben	0 0%	0 0%	0 0%	1 0,7%		
<b>durchschnittlich</b>	1,3	2,1	1,8	2,3		
<b>bevorzugter eigener Geburtsmodus</b>		<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Partnerinnen</b>	<b>Gynäkolo- ginnen</b>	<b>Partnerinnen</b>	
Vaginal	88 85,4%	164 86,8%	88 100%	134 100%		
Sectio	15 14,6%	25 13,2%	0 0%	0 0%		

(10 Frauenärzte und Frauenärztinnen entschieden sich nicht eindeutig für oder gegen die Wunschsektio, somit konnten hier 515 Fragebögen ausgewertet werden).

**Tabelle 3:** Vergleich Wunschsektio-Gegner und Wunschsektio-Befürworter bei den niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde

#### 4.2.7 Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten

7,6 % der Niedergelassenen wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin im Falle einer unkomplizierten ersten Schwangerschaft in Schädellage die elektive Sektio. Weder in den Altersgruppen noch geschlechtsspezifisch findet sich hierbei ein signifikanter Unterschied.

Die Analyse der persönlich erfahrenen Geburtsmodi bringt unterschiedliche Ergebnisse:

Keine, bzw. keiner der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die persönlich mit vaginal-operativen Geburten konfrontiert worden waren (n = 59), wünschen für sich die Wunschsektio.

Lediglich 3,8 % derjenigen, welche ausschließlich spontan geboren hatten, bzw. bei ihrer Partnerin Spontangeburt miterlebt hatten (12 von 319), bevorzugen die Wunschsektio.

11,5 % der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die sowohl Spontangeburt als auch Sektion erlebt hatten, bzw. bei ihrer Partnerin miterlebt hatten (3 von 26), entscheiden sich für die Wunschsektio.

Die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die persönlich keine Geburt erfahren hatten, würden zu 14,7 % die Wunschsektio wählen (10 von 68).

Gynäkologen und Gynäkologinnen, die persönlich ausschließlich Sektion erlebt hatten, wünschen zu 28,8 % die Wunschsektio (15 von 52).

##### (Tabelle 4 a)

Persönlich erfahrener Geburtsmodus		Bevorzugter eigener Geburtsmodus		Prozent
Ausschließlich Spontangeburt	319	Vaginale Geburt	307	96,2 %
		Wunschsektio	12	3,8 %
Ausschließlich Sektio	52	Vaginale Geburt	34	71,2 %
		Wunschsektio	15	28,8 %
Vaginal-operative Geburt	59	Vaginale Geburt	59	100 %
		Wunschsektio	0	0 %
Spontangeburt und Sektio	26	Vaginale Geburt	23	88,5 %
		Wunschsektio	3	11,5 %
Keine Geburt	68	Vaginale Geburt	58	85,3 %
		Wunschsektio	10	14,70 %

(1 Gynäkologin beantwortete diese Fragen nicht)

**Tabelle 4 a:** Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten Bayerns

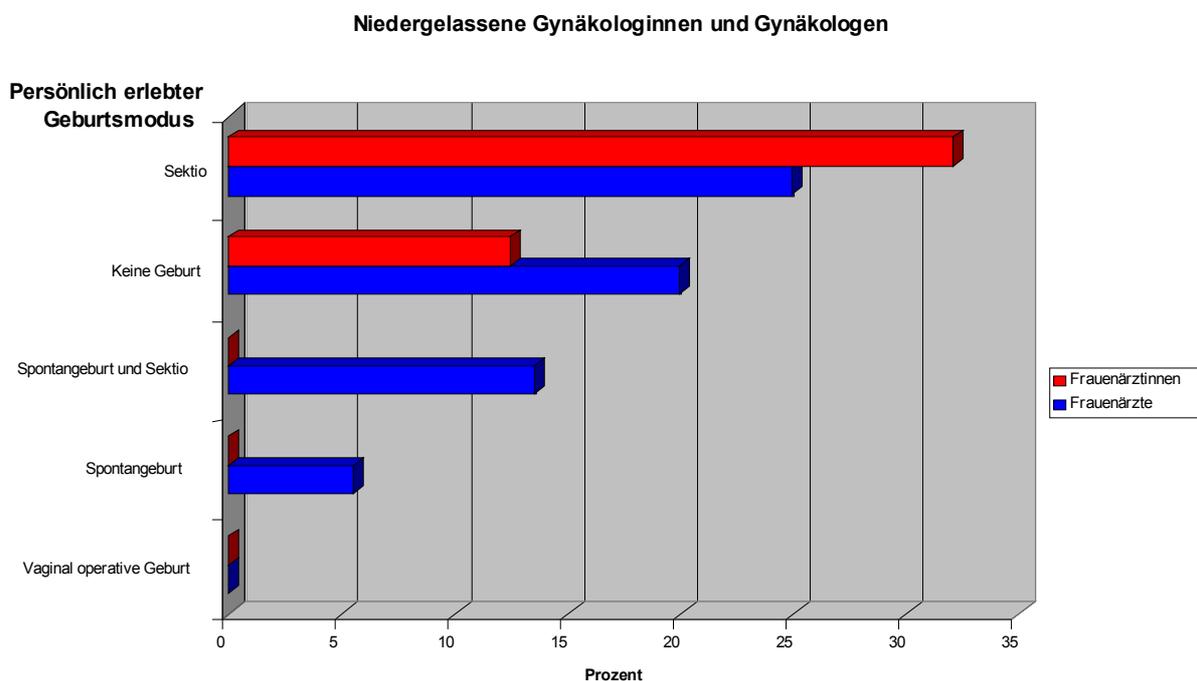
Bei der geschlechtsdifferenzierten Betrachtung gibt es Unterschiede.

Außer den Gynäkologinnen mit Z.n. vaginal-operativen Entbindungen, würden auch die Gynäkologinnen, die ausschließlich Spontangeburt(en) und auch die, mit Z.n. Spontangeburt(en) und Sektio(nes) alle ausnahmslos zu 100 % für sich die vaginale Geburt bevorzugen. Bei den Gynäkologen, deren Partnerinnen ausschließlich Spontangeburt(en) hatten, bevorzugten hingegen 6 % die elektive Sektio ohne medizinische Indikation, und bei den Gynäkologen, deren Partnerinnen Spontangeburt(en) und Sektio(nes) hatten, waren es 14 %, welche die Wunschsektio bevorzugten.

Auch bei den Gynäkologinnen ohne eigene Geburtserfahrung liegt die „persönliche Wunschsektiorate“ mit 10,6 % unter derjenigen ihrer männlichen Kollegen (20 %). Hingegen würden 34,6 % der Gynäkologinnen (im Vergleich zu 26,1% der Gynäkologen) mit Z.n. Sektio für sich selbst die Wunschsektio bevorzugen.

**(Abbildung 6 und Tabellen 4 b und 4 c)**

### Die Wunschsektio als bevorzugter persönlicher Geburtsmodus



**Abbildung 6:** Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten

Persönlich erfahrener Geburtsmodus		Bevorzugter eigener Geburtsmodus		Prozent
Ausschließlich Spontangeburt	101	Vaginale Geburt	101	100%
		Wunschsektio	0	0%
Ausschließlich Sektio	28	Vaginale Geburt	19	67,9 %
		Wunschsektio	9	32,1 %
Vaginal-operative Geburt	16	Vaginale Geburt	16	100%
		Wunschsektio	0	0%
Spontangeburt und Sektio	4	Vaginale Geburt	4	100%
		Wunschsektio	0	0%
Keine Geburt	48	Vaginale Geburt	42	87,5 %
		Wunschsektio	6	12,5 %

(1 Gynäkologin beantwortete diese Fragen nicht)

**Tabelle 4 b:** Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen Bayerns

Persönlich erfahrener Geburtsmodus		Bevorzugter eigener Geburtsmodus		Prozent
Ausschließlich Spontangeburt	218	Vaginale Geburt	206	94,5 %
		Wunschsektio	12	5,5 %
Ausschließlich Sektio	24	Vaginale Geburt	18	75,0 %
		Wunschsektio	6	25,0 %
Vaginal-operative Geburt	43	Vaginale Geburt	43	100%
		Wunschsektio	0	0%
Spontangeburt und Sektio	22	Vaginale Geburt	19	86,4 %
		Wunschsektio	3	13,6 %
Keine Geburt	20	Vaginale Geburt	16	80%
		Wunschsektio	4	20%

**Tabelle 4 c:** Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus der niedergelassenen Frauenärzte Bayerns bei ihren Partnerinnen

#### 4.3. Auswertung der Fragebögen an die Chefärztinnen und Chefärzte bzw. Leiterinnen und Leiter geburtshilflicher Abteilungen

Es antworteten 69 (42,1 Prozent) von 164 angeschriebenen Klinikleitern. Darunter waren 6 Frauen (8,7 Prozent) und 63 Männern (91,3 Prozent). Alle machten Angaben zu ihrem Geschlecht.

Zwei Klinikleiter von Kreiskrankenhäusern machten keine Angaben bei der Frage nach der Sektiorate und wurden deshalb bei den Auswertungen bezüglich Sektiorate, Geburtenzahl und Wunschsektiorate nicht mitberücksichtigt. Es handelte sich um eine Klinik die Wunschsektionen durchführt mit überdurchschnittlich hoher

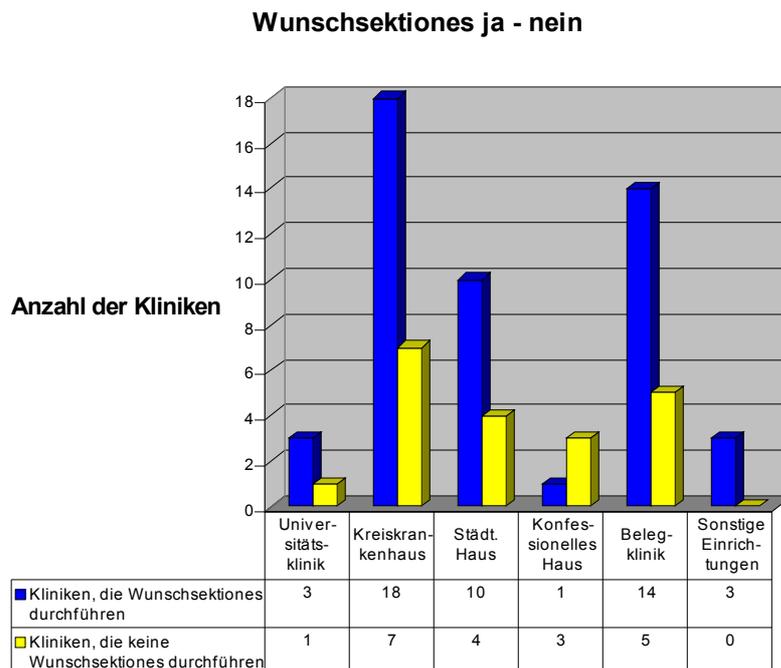
Geburtenzahl (2109) im Jahr 2000 und um eine Klinik, die Wunschsektionen nicht durchführt mit niedrigerer, dem Durchschnitt entsprechender, Geburtenzahl (760) im Jahr 2000.

Die Summe der Geburten aller Kliniken (außer der beiden oben erwähnten) mit beantworteten Fragebogen im Jahr 2001 beträgt 46.585. Die durchschnittliche Geburtenzahl liegt bei 728 und variiert zwischen 100 und 2618 Geburten.

Die durchschnittliche Sektiorate aller Kliniken mit beantworteten Fragebogen im Jahr 2001 (außer der beiden oben erwähnten), gemittelt über die Geburtenzahl, liegt bei 22.0% und variiert zwischen 9 und 40 Prozent.

49 Kliniken (71,0 Prozent) führen die Wunschsektionen durch, 20 (29,0 Prozent) führen keine Wunschsektionen durch.

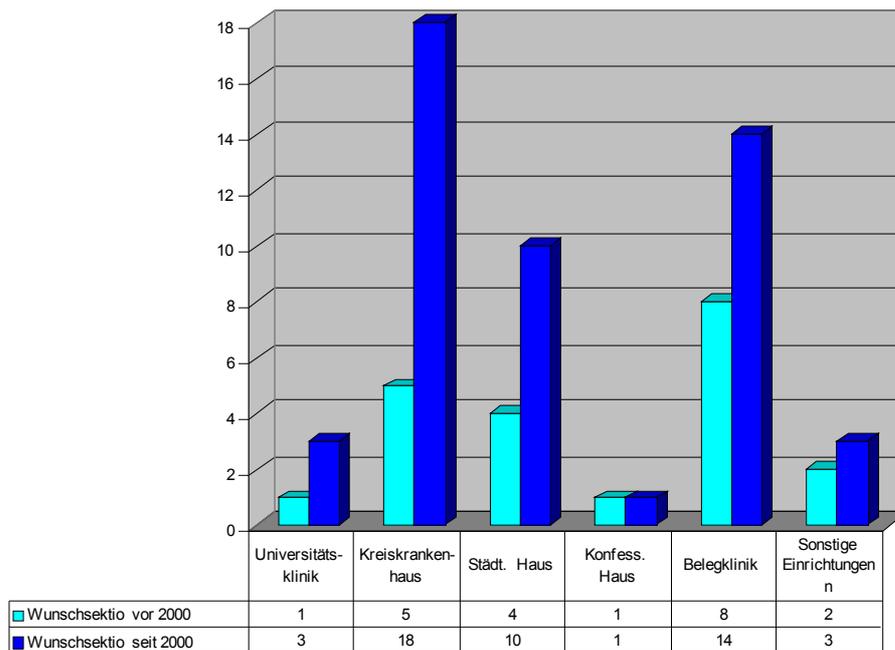
Bei jedem Kliniktyp, außer dem konfessionellem Krankenhaus, führt die große Mehrheit die Wunschsektionen durch (siehe **Abbildung 7**).



**Abbildung 7:** Art und Anzahl der in den Fragebögen repräsentierten Einrichtungen und die Einstellung zur Wunschsektion

#### 4.3.1 Kliniken, die Wunschsektionen durchführen

Von den 49 Kliniken, die Wunschsektionen durchführen erfolgte in 28 Häusern dieser Eingriff erst seit dem Jahr 2000, während vor dem Jahr 2000 21 Kliniken die Wunschsektionen durchführten. (siehe **Abbildung 8**)



**Abbildung 8:** Wunschsektionen vor und seit 2000 in den verschiedenen Einrichtungen

Die durchschnittliche Geburtenzahl der Kliniken, welche die Wunschsektion im Jahr 2001 durchführten liegt bei 648 und variiert zwischen 100 und 1800 Geburten. Insgesamt wurden 28.877 Mütter in Häusern, die Wunschsektionen durchführen, entbunden.

Wie bereits oben erwähnt, wurde hierbei wurde ein Kreiskrankenhaus nicht mit ausgewertet, da sein Klinikleiter keine Angaben zur Sektiorate machte (Geburtenzahl: 2109).

Die durchschnittliche Sektiorate der Kliniken, die im Jahr 2001 die Wunschsektion durchführten, gemittelt über die Geburtenzahlen (d.h. die Sektioraten gingen anteilmäßig entsprechend der Geburtenzahl der jeweiligen Einrichtung in die Berechnung ein) liegt bei 21,8 Prozent und variiert zwischen 13 und 40 Prozent. Der durchschnittliche geschätzte Anteil an Wunschsektionen bezogen auf alle Sektionen, ebenfalls gemittelt über die Geburtenzahlen, liegt bei 6,2 % Prozent und variiert zwischen 1 und 20 Prozent.

#### 4.3.2 Kliniken, die keine Wunschsektionen durchführen

Die durchschnittliche Geburtenzahl aller Kliniken, die keine Wunschsektion durchführen mit beantworteten Fragebogen im Jahr 2001 liegt bei 932 und variiert zwischen 213 und 2618 Geburten. Insgesamt wurden 17.708 Patientinnen in Kliniken entbunden, die keine Wunschsektionen durchführen.

Auch hier wurde, wie bereits oben erwähnt, ein Kreiskrankenhaus nicht mit ausgewertet, da sein Klinikleiter keine Angaben zur Sektiorate gemacht hatte (Geburtenzahl: 760).

Die durchschnittliche Sektiorate der Einrichtungen, die keine Wunschsektionen durchführen, gemittelt über die Geburtenzahlen, liegt bei 22,3 Prozent und variiert zwischen 9 und 35 Prozent.

#### **4.3.3 Vergleich der Sektioraten zwischen den Kliniken, die Wunschsektionen durchführen und denen, die keine Wunschsektionen durchführen.**

Die durchschnittliche Sektiorate aller Kliniken mit beantworteten Fragebogen im Jahr 2001 (außer der beiden oben erwähnten), gemittelt über die Geburtenzahl (Sektioraten gingen anteilmäßig entsprechend der Geburtenzahl der jeweiligen Einrichtung in die Berechnung ein), liegt bei 22,0%.

Die durchschnittliche Sektiorate der Kliniken, die im Jahr 2001 die Wunschsektionen durchführten, gemittelt über die Geburtenzahlen liegt bei 21,8 %.

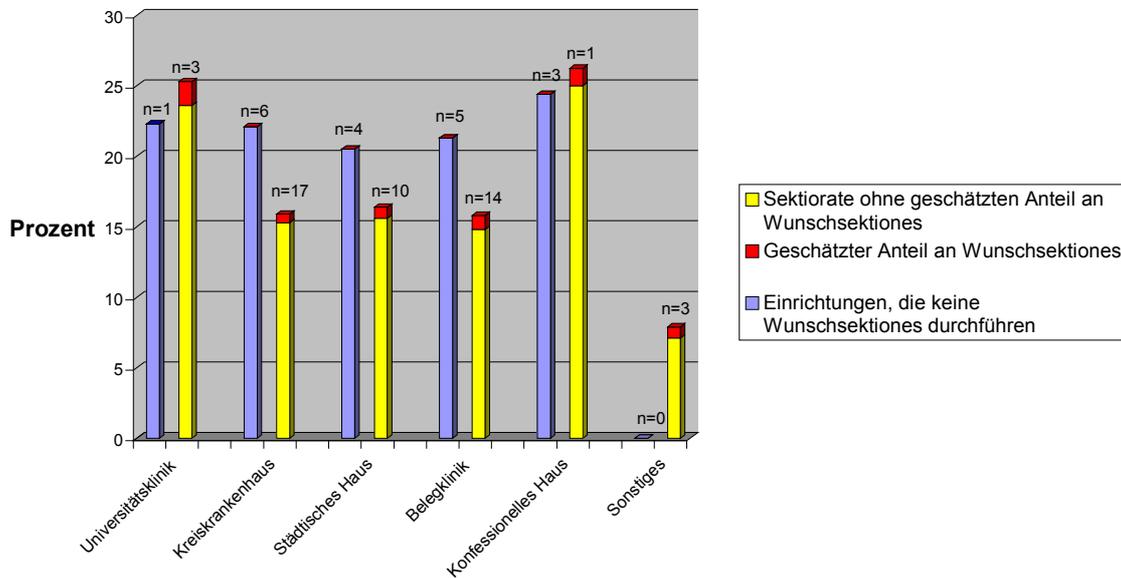
Die durchschnittliche Sektiorate der Einrichtungen, die keine Wunschsektionen durchführen, gemittelt über die Geburtenzahlen, liegt bei 22,3 % und variiert zwischen 9 und 40 %.

Somit ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Klinikeinrichtungen, die Wunschsektionen durchführen und denen, die sie ablehnen.

Die Leiterinnen und Leiter der geburtshilflichen Abteilungen wurden im oberen Teil des Fragebogens gefragt, wie hoch sie den Anteil an Wunschsektionen an der Sektiorate in ihrer Klinik einschätzten. Der durchschnittliche geschätzte Anteil von Sektionen auf Wunsch an der Sektiorate in den Wunschsektionen-Häusern, liegt bei 6,2 %. Demnach ist etwa jeder 16. Kaiserschnitt, der in den „Wunschsektionen-Häusern“ durchgeführt wird, ein Kaiserschnitt auf Wunsch.

Auch ein Vergleich innerhalb der einzelnen Klinikspezies zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Sektioraten der „Wunschsektionen-Häusern“ und denen, die sie offiziell nicht durchführen (siehe **Abbildung 9**).

### Sektoriaten zusammen mit geschätztem Wunschsektioanteil

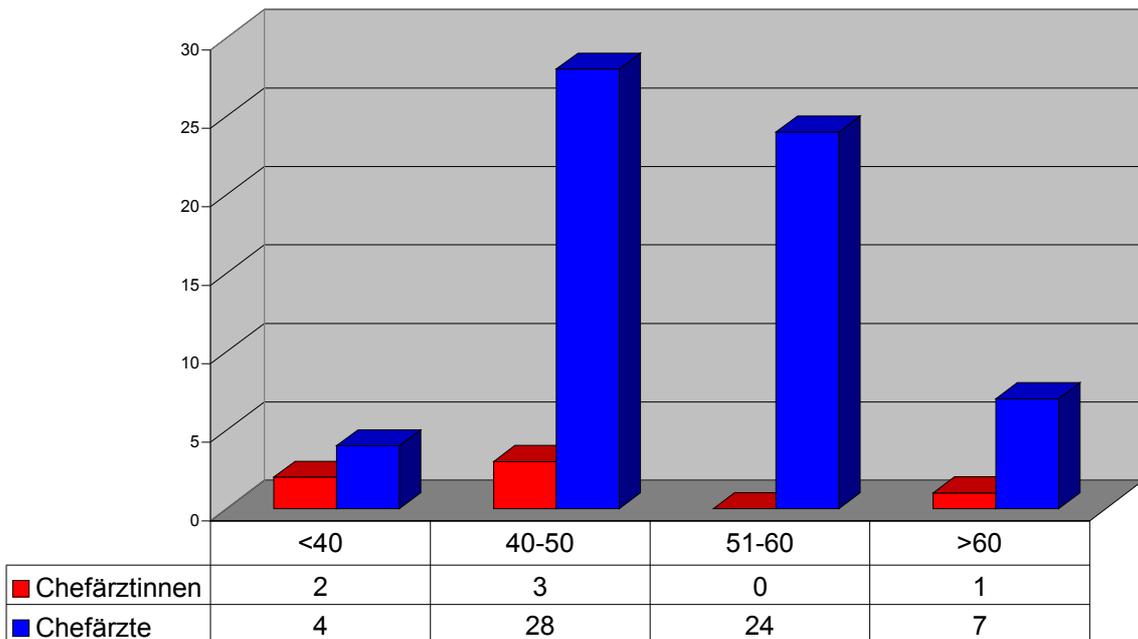


**Abbildung 9:** Vergleich der Sektoriaten der Kliniken die Wunschsektionen durchführen, mit denen, die sie ablehnen, innerhalb der einzelnen Kliniktypen

#### 4.3.4 Altersgruppen

Die meisten Chefärzte, die antworteten sind männlich und zwischen 40 und 60 Jahre alt. Der Altersgipfel liegt bei 40 bis 50 Jahre (siehe **Abbildung 10**).

#### Altersgruppen der Chefärztinnen und Chefärzte

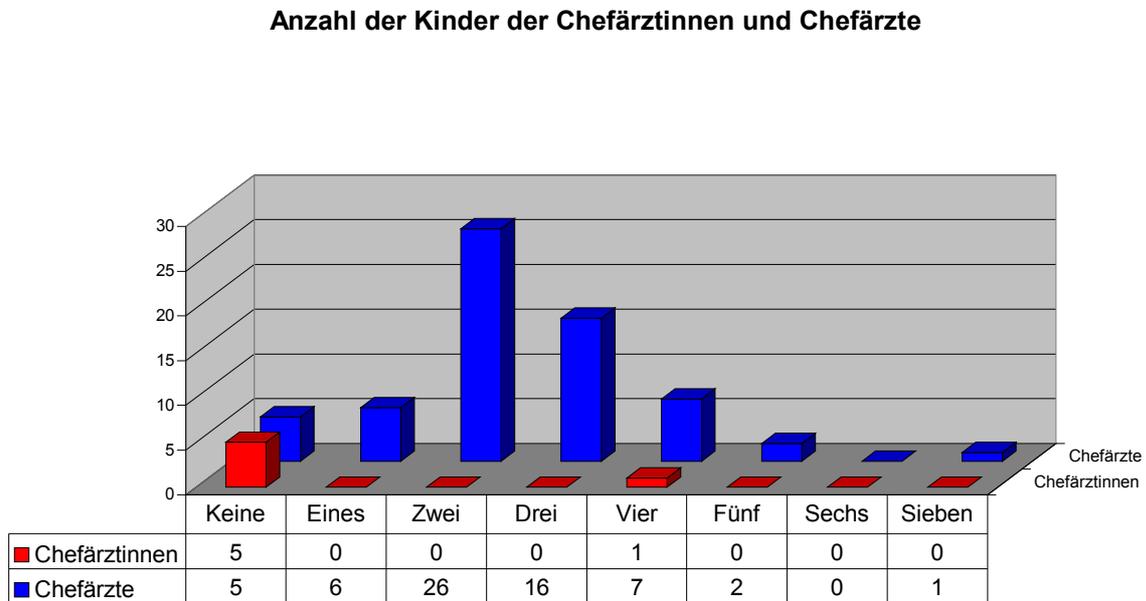


**Abbildung 10:** Altersgruppen der Chefärztinnen und Chefärzte

#### 4.3.5 Anzahl der Kinder

Von den sechs Chefärztinnen haben fünf keine Kinder. Die Chefärztinnen und Chefärzte, welche auf die Fragebogenaktion antworteten, haben durchschnittlich 2,4 Kinder. 8 % der Chefärzte sind kinderlos.

Siehe hierzu **Abbildung 11**



**Abbildung 11:** Anzahl der Kinder der Chefärztinnen und Chefärzte

#### 4.3.6 Selbst praktizierte Geburtsmodi

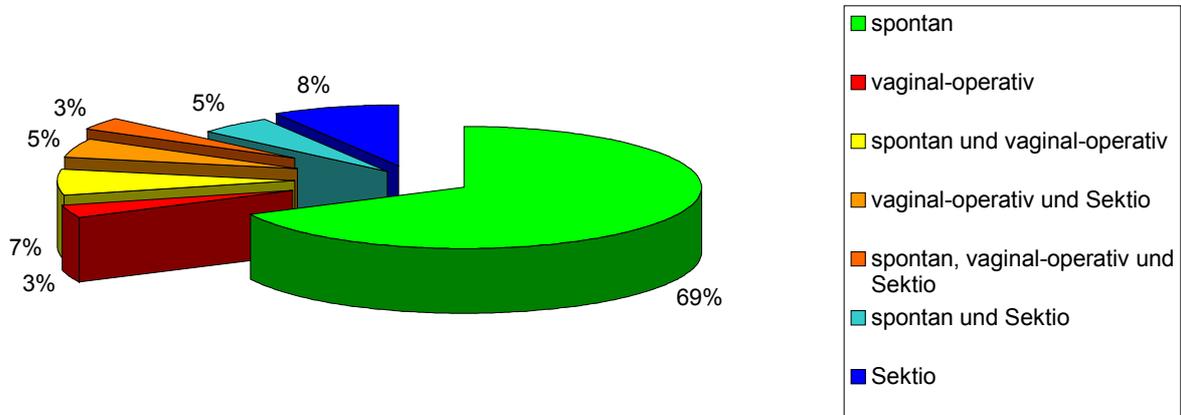
Fünf von den sechs Leiterinnen der geburtshilflichen Abteilungen hatten keine Kinder. Die einzige Chefärztin mit persönlicher Geburtserfahrung wurde sowohl spontan als auch vaginal-operativ entbunden.

69 % der Chefärzte hatten Partnerinnen welche ausschließlich spontan geboren hatten. Bei 8 % der Lebensgefährtinnen waren die Schwangerschaften ausschließlich durch Sektionen beendet worden, während weitere 5 % sowohl durch Sektio als auch durch Spontangeburt entbunden hatten. Die restlichen 18 % hatten vaginal-operative Entbindungen bei ihren Partnerinnen miterlebt (3 % ausschließlich vaginal-operativ, 7 % vaginal-operativ und spontan, 5 % vaginal-operativ und Sektio und 3 % spontan, vaginal-operativ und Sektio).

Siehe hierzu **Abbildung 12** und **Tabelle 2**

**Abbildung 12:** Geburtsmodi, die die Chefärzte bei ihren Partnerinnen miterlebt hatten

### Partnerinnen der Chefärzte (n=59)



Geburtsmodus	Gesamt	Chefärztinnen	Chefärzte bei ihren Partnerinnen
<b>Spontan</b>	40	0	40
<b>Vaginal-operativ</b>	2	0	2
<b>Sektio</b>	5	0	5
<b>Spontan und vaginal-operativ</b>	5	1	4
<b>Spontan und Sektio</b>	3	0	3
<b>Spontan, vaginal-operativ und Sektio</b>	2	0	2
<b>Vaginal-operativ und Sektio</b>	2	0	2

**Tabelle 5:** Geburtsmodi der Chefärztinnen und der Partnerinnen der Chefärzte

62 Klinikleiterinnen und Klinikleiter (91,2 %) wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die vaginale Geburt, wobei 44 die Sektio auf Wunsch an dem jeweiligen Haus praktizieren.

Sechs Klinikleiterinnen und Klinikleiter (8,8 %) favorisieren die Wunschsektio, wobei ein Klinikleiter sie an seinem Haus nicht anbietet.

Ein Klinikleiter beantwortete diese Frage nicht mit der Begründung, dies müsse die Partnerin selbst entscheiden.

#### **4.3.7 Chefärztinnen und Chefärzte, welche die vaginale Geburt als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Auswertung der Durchschnittswerte der Bewertungen der entscheidungsrelevanten Kriterien**

Auch bei den Chefärztinnen und Chefärzten wurde versucht, die Gründe für die Entscheidung zum jeweiligen Geburtsmodus genauer zu analysieren. Wie bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten wurden dazu die Durchschnittswerte der entscheidungsrelevanten Kriterien beider Geburtsmodi des Skalierungsteiles der Fragebögen getrennt nach jeweilig persönlich bevorzugtem Geburtsmodus ermittelt.

62 Klinikleiter (91,2 %) wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die vaginale Geburt. Von diesen Fragebögen waren 3 nicht auswertbar, da der Abschnitt mit der Skalierung nicht oder nur unkomplett ausgefüllt war. Somit verbleiben 59 auswertbare Fragebögen.

#### **Argumente für die vaginale Geburt**

Geht man von den Durchschnittswerten der entscheidungsrelevanten Kriterien aus, so ist bei den Chefärztinnen und Chefärzten, die für sich selbst oder ihre Partnerinnen die vaginale Geburt bevorzugen, wie bei ihren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, das Bonding (Festigung der Mutter-Kind-Bindung) bei der vaginalen Geburt das mit Abstand wichtigste Kriterium. Es folgt die Angst vor forensischen Problemen bei der elektiven Sektio. Dieses Kriterium wurde jedoch auch hier nicht mehr als Argument für die vaginale Geburt gewertet, da es in der Skala der entscheidungsrelevanten Kriterien unter der Angst vor forensischen Problemen bei der vaginalen Geburt steht.

#### **(Abbildung 13)**

#### **Argumente gegen die vaginale Geburt**

Das wichtigste Argument gegen die vaginale Geburt, das die Klinikleiterinnen und Klinikleiter, die eigentlich die vaginale Geburt bevorzugen, einräumen, stützt man sich auf die Berechnung der Durchschnittswerte, ist, ebenso wie bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, der positive Einfluß auf das fetal outcome bei der elektiven Sektio. Auch die Angst vor forensischen Problemen

bei der vaginalen Geburt ist noch als Argument gegen die vaginale Geburt zu werten.

**(Abbildung 13)**

Abbildung 13 (folgende Seite) soll die Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Chefärztinnen und Chefärzten, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden, veranschaulichen. Da nicht nur nach dem Gewicht der entscheidungsrelevanten Kriterien für die vaginale, bzw. vaginal-operative Geburt (rote Balken), sondern auch nach dem Gewicht der entscheidungsrelevanten Kriterien für die elektive Sektio (blaue Balken) befragt wurde, erscheint jedes Kriterium zweimal, einmal als Argument für („pro“), einmal als Argument gegen („contra“) die vaginale Geburt. Argumente gegen die vaginale Geburt entsprechen den von der Nullachse nach links weisenden Balken, Argumente für die vaginale Geburt entsprechen den von der Nullachse nach rechts weisenden Balken.

Entscheidungsrelevante Kriterien der Chefärztinnen und Chefärzte, die die vaginale Geburt als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen (n=59)

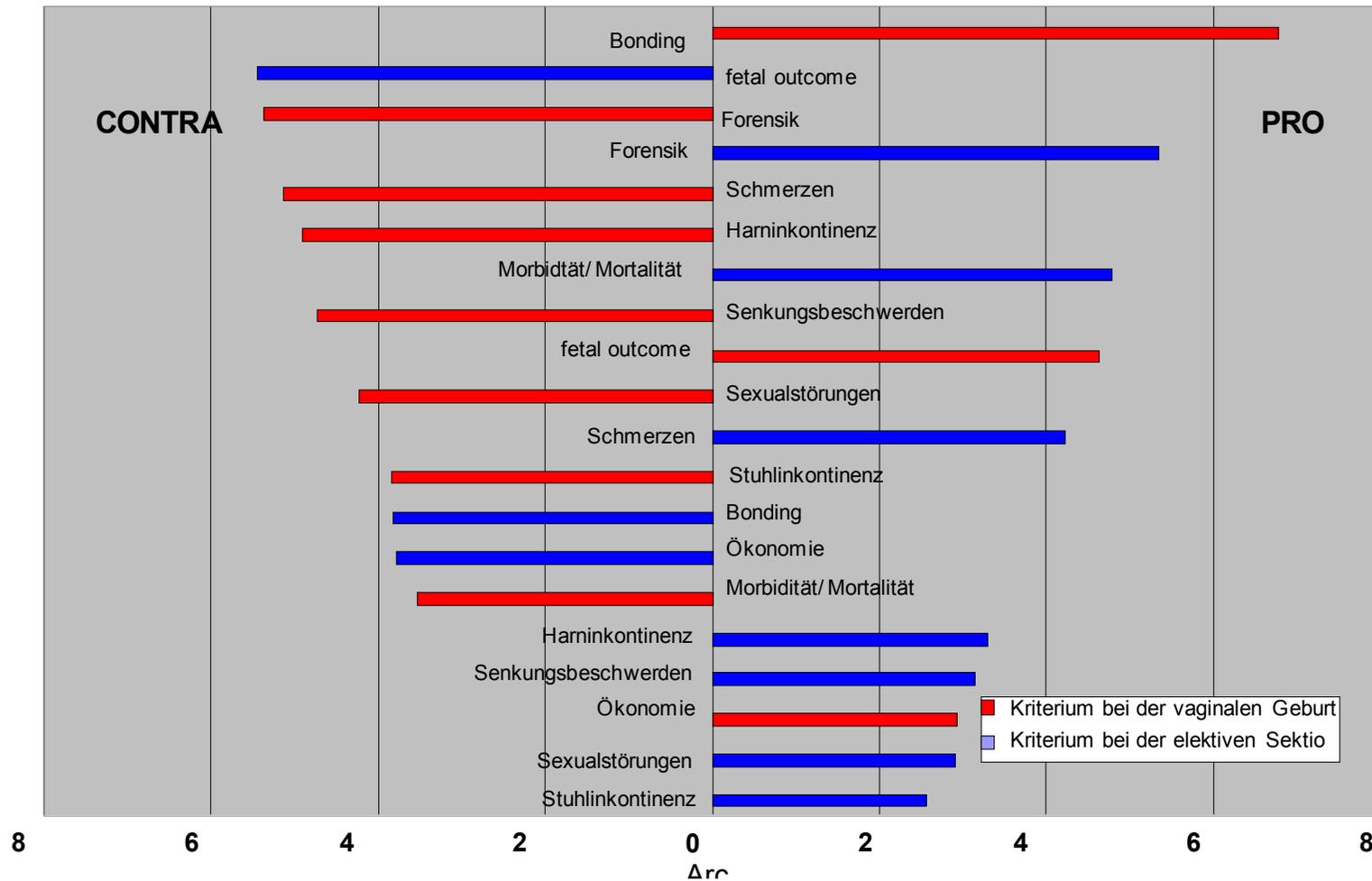


Abbildung 13: Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Klinikleiterinnen und Klinikleitern, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden.

#### **4.3.8 Chefärztinnen und Chefärzte, welche die Wunschsektio als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen: Auswertung der Durchschnittswerte der Bewertungen entscheidungsrelevanter Kriterien**

Sechs Klinikleiterinnen und Klinikleiter (8,7 %) wählten als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die elektive Sektio. Von diesen Fragebögen waren alle auswertbar, wobei berücksichtigt werden sollte, daß die Zahl hier sehr gering ist.

##### **Argumente für die elektive Sektio**

Anders als bei den niedergelassenen Kollegen, für die der positive Effekt auf das fetal outcome das wichtigste Argument für die elektive Sektio war, wurden bei den Chefärztinnen und Chefärzten, die für sich selbst oder ihre Partnerin eine Wunschsektio bevorzugen, die Furcht vor Harninkontinenz, Senkungsbeschwerden und Sexualstörungen als Folgen der vaginalen Geburt als die drei wichtigsten entscheidungsrelevanten Kriterien ermittelt.

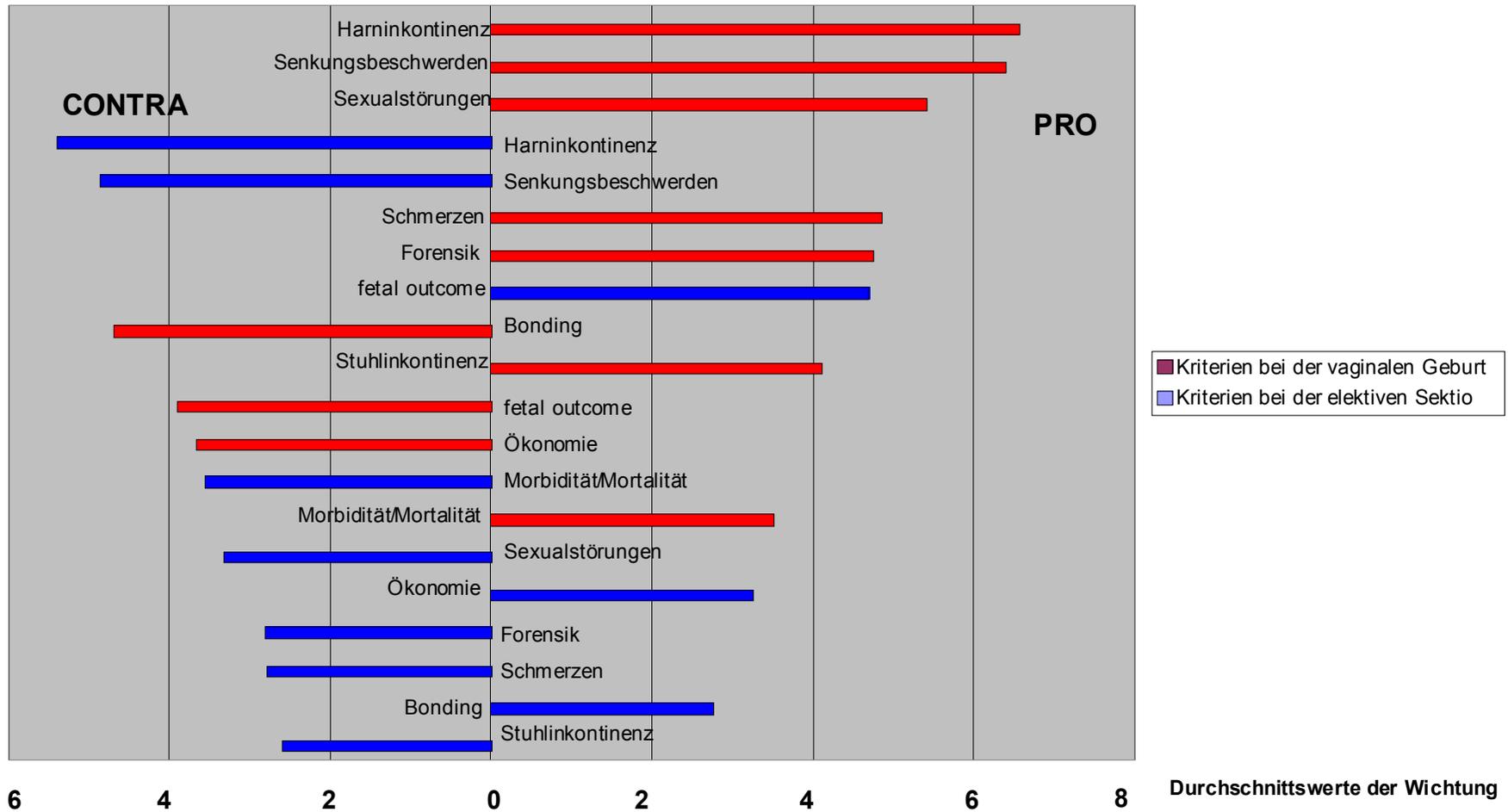
**(Abbildung 14)**

##### **Argumente gegen die elektive Sektio**

Bei den Chefärztinnen und Chefärzten, die als bevorzugten Geburtsmodus für sich selbst oder ihre Partnerin die Wunschsektio wählten, erhielten die Angst vor Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden nach elektiver Sektio bei den Kriterien, die gegen die elektive Sektio sprechen würden, die höchsten Durchschnittswerte. Diese beiden Kriterien sind jedoch nicht als Gegenargumente zu werten, da sie in der Hierarchie aller Durchschnittswerte unter der Angst vor Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden nach vaginaler Geburt liegen. Anders als bei den niedergelassenen Kollegen liegt der Durchschnittswert für das Bonding bei der vaginalen Geburt, obgleich er ebenfalls im Vergleich zu allen Kriterien niedrig ist und nicht als Gegenargument zu werten ist, in der Hierarchie aller Durchschnittswerte deutlich über dem der elektiven Sektio.

**(Abbildung 14)**

**Entscheidungsrelevante Kriterien der Chefärztinnen und Chefärzte, welche die Wunschsektio als persönlichen Geburtsmodus bevorzugen (n=6)**



**Abbildung 14:** Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Klinkleiterinnen und Klinkleitern, die für sich oder ihre Partnerin die elektive Sektio bevorzugen würden

Legende zu **Abbildung 14** (vorherige Seite):

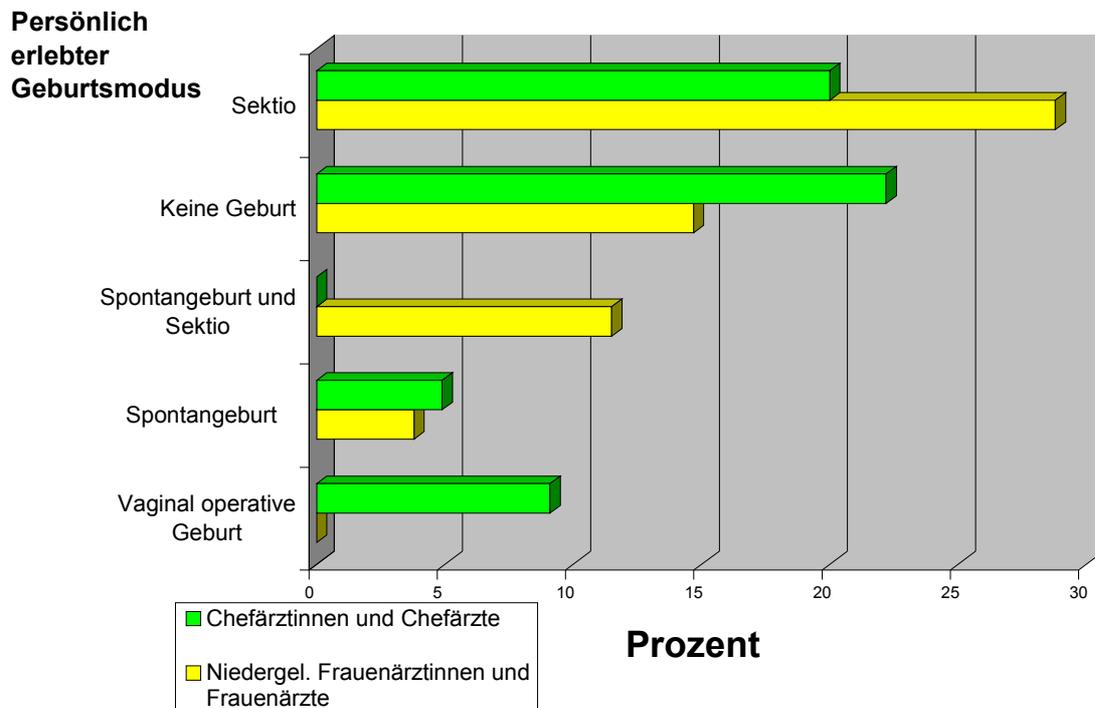
Abbildung 14 veranschaulicht die Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Chefärztinnen und Chefarzten, die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen würden. Auch hier sind die Kriterien bei der vaginalen Geburt als rote Balken und die Kriterien bei der elektiven Sektio als blaue Balken dargestellt. Da auch hier sowohl nach der Wichtung für die vaginale, bzw. vaginal-operative Geburt, als auch bei der elektiven Sektio befragt wurde, erscheint jedes Kriterium zweimal, einmal als Argument für („pro“), einmal als Argument gegen („contra“) die Wunschsektio. Argumente gegen die Wunschsektio entsprechen den von der Nullachse nach links weisenden Balken, Argumente für die Wunschsektio entsprechen den von der Nullachse nach rechts weisenden Balken.

#### **4.3.9 Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefarzten Bayerns**

Die Ergebnisse der Untersuchung der Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefarzten entsprechen im Wesentlichen denen, welche bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen gefunden wurden (siehe hierzu auch **Tabelle 6** und **Abbildung 15**).

Persönlich erfahrener Geburtsmodus		Bevorzugter eigener Geburtsmodus		Prozent
Ausschließlich Spontangeburt	41	Vaginale Geburt	39	95,1%
		Wunschsektio	2	4,9%
Ausschließlich Sektio	5	Vaginale Geburt	4	80%
		Wunschsektio	1	20%
Vaginal-operative Geburt	11	Vaginale Geburt	10	90,9%
		Wunschsektio	1	9,1%
Spontangeburt und Sektio	3	Vaginale Geburt	3	100%
		Wunschsektio	0	
Keine Geburt	9	Vaginale Geburt	7	77,8%
		Wunschsektio	2	22,2%

**Tabelle 6:** Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefärzten



### Die Wunschsektio als bevorzugter persönlicher Geburtsmodus

**Abbildung 15:** Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefärzten und den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten

Auf eine Gegenüberstellung von Chefärzten und Chefärztinnen wurde aufgrund der niedrigen Fallzahl der Chefärztinnen (n= 6) verzichtet. Von den sechs Chefärztinnen, bzw. Leiterinnen der geburtshilflichen Abteilungen hatte nur eine geboren. Diese

hatte sowohl spontan als auch vaginal - operativ entbunden und gab die vaginale Geburt als persönlich bevorzugten Geburtsmodus an. Von den restlichen fünf kinderlosen Klinikleiterinnen würde eine die Wunschsektio bevorzugen.

#### **4.4 Weitere statistische Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien insgesamt (Chefärztinnen und Chefarzte und niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte zusammen)**

##### **4.4.1 Der entscheidungsrelevante Unterschied: Berechnung des Mittelwertes der Differenzen der gepaarten Kriterien für die vaginale Geburt und für die elektive Sektio**

Von jedem Fragebogen wurde für jedes der zehn gewerteten Kriterien einzeln die Differenz zwischen der Wichtung bei der vaginalen Geburt und der Wichtung bei der elektiven Sektio gebildet. Ein positives Vorzeichen bedeutete, daß die Wichtung bei dem jeweiligen Kriterium zugunsten der vaginalen Geburt ausfiel, ein negatives Vorzeichen bedeutete, daß die Wichtung zugunsten der elektiven Sektio ausfiel. Aus den so ermittelten Differenzen wurde für jedes der zehn Kriterien der Mittelwert aus allen beantworteten Fragebögen, die für das jeweilige Kriterium auswertbar waren, berechnet und hinsichtlich Signifikanz überprüft. (**Tabelle 7**)

Es ergaben sich für die Wichtigkeit hinsichtlich Entscheidungsrelevanz in absteigender Reihenfolge hochsignifikante Werte ( $p < 0,01$ ) zugunsten des Bondings bei der vaginalen Geburt, der Harninkontinenz durch die vaginale Geburt, Senkungsbeschwerden durch die vaginale Geburt, Sexualstörungen durch die vaginale Geburt, der mütterliche Morbidität und Mortalität bei der elektiven Sektio, der Stuhlinkontinenz bei der vaginalen Geburt und des fetal outcomes bei der elektiven Sektio.

Statistisch noch signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ) ergaben sich zugunsten forensischer Probleme bei der elektiven Sektio und Geburtsschmerzen bei der vaginalen Geburt.

Statistisch nicht mehr signifikante Unterschiede ( $p < 0,10$ ) ergaben sich zugunsten ökonomischer Aspekte bei der elektiven Sektio.

Da die jeweiligen Kriterien an sich positive (Bonding, fetal outcome, ökonomische Aspekte) oder negative Argumente (Harninkontinenz, Sexualstörungen, Senkungsbeschwerden, mütterliche Mobidität und Mortalität, Stuhlinkontinenz und Geburtsschmerzen) für den einen oder gegen den anderen Geburtsmodus

darstellen, ergeben sich folglich drei Argumente für die vaginale Geburt (**Abbildung 16**) und sieben Argumente für die Wunschsektio (**Abbildung 17**).

Obwohl es zahlenmäßig mehr Argumente für die Wunschsektio gibt (fünf signifikante Argumente für die Wunschsektio versus zwei signifikante Argumente für die vaginale Geburt) erzielt das Argument des Bondings bei der vaginalen Geburt mit Abstand den größten entscheidungsrelevanten Unterschied (**Tabelle 7**) und erklärt damit das gute Abschneiden der vaginalen Geburt als bevorzugten persönlichen Geburtsmodus.

Differenz der gepaarten Kriterien (Vaginale Geburt – Elektive Sektio)	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95 % Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Signifikanz (2-seitig)
				Untere	Obere			
				Bonding	3,19			
Harninkontinenz	1,41	3,30	,14	1,14	1,68	10,328	582	,000
Senkungsbeschwerden	1,27	3,36	,14	1,00	1,55	9,138	582	,000
Sexualstörungen	1,14	2,87	,12	,91	1,38	9,547	579	,000
Morbidität und Mortalität	-,90	3,29	,14	-1,17	-,64	-6,607	579	,000
Stuhlinkontinenz	,74	2,95	,12	,50	,99	6,077	580	,000
Fetal outcome	-,54	3,33	,14	-,81	-,27	-3,894	579	,000
Forensische Probleme	-,26	3,04	,13	-,51	-7,92E-03	-2,027	577	,043
Schmerzen	,24	2,95	,12	4,08E-03	,49	1,997	580	,046
Ökonomische Aspekte	-,23	3,12	,13	-,48	2,68E-02	-1,758	575	,079

**Tabelle 7:** Statistische Auswertung der gepaarten Differenzen (=Differenz zwischen der Wichtung bei der vaginalen Geburt und der Wichtung bei der elektiven Sektio) mittels SPSS

\*) positiv: vaginale Geburt > Sektio ; negativ: Sektio > vaginale Geburt

## Rangordnung der entscheidungsrelevanten Unterschiede

---

### Argumente für die vaginale Geburt

- Bonding bei der vaginalen Geburt
- Mütterliche Morbidität und Mortalität bei der Sektio
- Forensische Probleme bei der elektiven Sektio

p < 0,01   p < 0,05

**Abbildung 16:** Argumente für die vaginale Geburt nach Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien

## Rangordnung der entscheidungsrelevanten Unterschiede

---

### Argumente für die Wunschsektio

- Harninkontinenz bei der vaginalen Geburt
- Sexualstörungen bei der vaginalen Geburt
- Senkungsbeschwerden bei der vaginalen Geburt
- Stuhlinkontinenz bei der vaginalen Geburt
- Fetal outcome bei der elektiven Sektio
- Geburtsschmerzen bei der vaginalen Geburt
- Ökonomische Aspekte der elektiven Sektio

p < 0,01   p < 0,05   n.s.

**Abbildung 17:** Argumente für die Wunschsektio nach Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien

#### **4.4.2. Paarweiser Vergleich der entscheidungsrelevanten**

##### **Wichtungsunterschiede in Abhängigkeit vom persönlich bevorzugten Geburtsmodus**

Die ermittelten entscheidungsrelevanten Wichtungsunterschiede (siehe unter 4.4.1) wurden hinsichtlich möglicher Zusammenhänge mit dem persönlich bevorzugten Geburtsmodus untersucht:

Die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Chefärztinnen und Chefärzte, die für sich oder ihre Partnerin persönlich die Wunschsektio bevorzugen würden (=WS-Präferenten) wichten die folgenden entscheidungsrelevanten Kriterien hoch signifikant verschieden von denen, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden (=VG-Präferenten):

Die Unterschiede zwischen den Wichtungen der Kriterien für die vaginale Geburt und die elektiver Sektio sind bezüglich Senkungsbeschwerden, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz und Sexualstörungen bei den WS-Präferenten hoch signifikant höher als bei den VG-Präferenten.

Ebenso gibt es einen hoch signifikanten Wichtungsunterschied zwischen den beiden Gruppen für das Kriterium „Mütterliche Morbidität und Mortalität“. Dieses wurde von den VG-Präferenten hochsignifikant höher bei der elektiven Sektio bewertet. Die WS-Präferenten sahen für dieses Kriterium keinen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Geburtsmodi.

Deutlich geringer, aber noch signifikant sind die Wichtungsunterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich fetal outcome, bonding und forensischen Problemen: WS Präferenten gaben dem fetal outcome bei der elektiven Sektio eine höhere Bewertung. VG-Präferenten bewerteten das Bonding bei der vaginalen Geburt und die forensischen Probleme bei der elektiven Sektio höher.

**(Tabelle 8)**

Wichtungs- unterschied [vaginale Geburt- Sektio]*	Bevorzugter Entbindungs- modus	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittelwertes
Bonding	Wunschsektio	537	3,3791	3,5976	,1552
	Vag. Geburt	44	,8932	3,3790	,5094
Harninkontinenz	Wunschsektio	539	1,3824	3,1631	,1362
	Vag. Geburt	44	1,7477	4,6634	,7030
Senkungs- beschwerden	Wunschsektio	539	1,2553	3,2646	,1406
	Vag. Geburt	44	1,4932	4,4495	,6708
Morbidity und Mortalität	Wunschsektio	537	-,9957	3,3593	,1450
	Vag. Geburt	43	,2442	2,0359	,3105
Stuhlinkontinenz	Wunschsektio	538	,7197	2,8555	,1231
	Vag. Geburt	43	1,0581	4,0163	,6125
Fetal outcome	Wunschsektio	537	-,3978	3,2678	,1410
	Vag. Geburt	43	-2,2993	3,6252	,5570
Forensische Probleme	Wunschsektio	535	-,3157	2,9972	,1296
	Vag. Geburt	43	,4791	3,5300	,5383
Schmerzen	Wunschsektio	538	,2117	2,9608	,1276
	Vag. Geburt	43	,6558	2,8345	,4323
Ökonomische Aspekte	Wunschsektio	532	-,2248	3,1422	,1362
	Vag. Geburt	44	-,2716	2,8392	,4280
Sexualstörungen	Wunschsektio	537	1,0490	2,7468	,1185
	Vag. Geburt	43	2,3000	3,9923	,6088

**Tabelle 8:** Die entscheidungsrelevanten Wichtungsunterschiede in Abhängigkeit vom persönlich bevorzugten Geburtsmodus

\*) positiv: vaginale Geburt > Sektio ; negativ: Sektio > vaginale Geburt

#### **4.4.3 Paarweiser Vergleich des entscheidungsrelevanten Unterschiedes der Kriterien in Abhängigkeit vom persönlich erlebten Geburtsmodus (niedergelassene Frauenärzte und Frauenärztinnen und Chefärzte und Chefärztinnen zusammen)**

Um die Wichtungsunterschiede auf Zusammenhänge mit dem persönlich erlebten Geburtsmodus zu untersuchen, wurde folgende Gruppierung vorgenommen:

Gruppe 1 : Niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte und Chefärztinnen und Chefärzte ohne Kinder

Gruppe 2: Niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte und Chefärztinnen und Chefärzte mit ausschließlich Spontangeburt

Gruppe 3: Niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte und Chefärztinnen und Chefärzte mit persönlich erlebter Sektio

Gruppe 4: Niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte und Chefärztinnen und Chefärzte mit persönlich erlebter vaginal-operativer Entbindung

Bei zwei Kriterien ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede:

Der Wichtigkeitsunterschied der Sexualstörungen bei der vaginalen Geburt im Vergleich zur elektiven Sektio wurden von den Frauenärzten und Frauenärztinnen, die ausschließlich Spontangeburt hatten (Gruppe 2) hoch signifikant niedriger bewertet als von den anderen drei Gruppen. Die Mittelwerte der anderen drei Gruppen waren in etwa gleich, jedoch am höchsten bei der Gruppe mit persönlich erlebter vaginal-operativer Entbindung.

Der Unterschied des Bondings bei der vaginalen Geburt im Vergleich zu elektiver Geburt wurde von den Frauenärzten und Frauenärztinnen mit ausschließlicher Sektioerfahrung signifikant niedriger gewertet als bei den drei anderen Gruppen. Die Mittelwerte der anderen drei Gruppen waren alle etwa gleich hoch, am höchsten jedoch bei der Gruppe ohne Kinder. (**Tabelle 8**)

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittel- wertes	95 % Konfidenzintervall der Differenz		Minimum	Maximum
					Untere	Obere		
<b>Bonding</b>								
Keine Geburt	77	3,5506	3,59816	,41005	2,7340	4,3673	-6,00	10,00
Ausschl.Spontangeburt	355	3,3699	3,51062	,18632	3,0034	3,7363	-7,70	10,00
Erfahrung mit Sektio	83	2,0771	3,74551	,41112	1,2593	2,8950	-10,00	9,00
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	3,2091	4,034551	,49667	2,2172	4,2010	-7,00	10,00
Gesamt	581	3,1909	3,63881	,15096	2,8944	3,4874	-10,00	10,00
<b>Harninkontinenz</b>								
Keine Geburt	77	1,9182	3,03027	,34533	1,2304	2,6060	-7,20	9,00
Ausschl.Spontangeburt	356	1,2140	3,18589	,16885	,8820	1,5461	-9,70	10,00
Erfahrung mit Sektio	84	1,2560	3,89109	,42455	,4115	2,1004	-6,90	9,20
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	2,0697	3,28470	,40432	1,2622	2,8772	-7,00	9,10
Gesamt	583	1,4099	3,29618	,13651	1,1418	1,6781	-9,70	10,00
<b>Senkungsbeschwerden</b>								
Keine Geburt	77	1,8844	3,01261	,34332	1,2006	2,5682	-8,00	9,00
Ausschl.Spontangeburt	356	1,0494	3,34000	,17702	,7013	1,3976	-9,90	10,00
Erfahrung mit Sektio	84	1,2286	3,75841	,41008	,4129	2,0442	-8,00	9,30
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	1,8242	3,27715	,40339	1,0186	2,6299	-7,00	8,20
Gesamt	583	1,2732	3,36428	,13933	,9996	1,5469	-9,90	10,00
<b>Sexualstörungen</b>								
Keine Geburt	77	1,6117	2,84485	,32420	,9660	2,2574	-7,00	9,00
Ausschl.Spontangeburt	355	,8465	2,75552	,14625	,5589	1,1341	-9,80	10,00
Erfahrung mit Sektio	82	1,5488	3,35306	,37028	,8120	2,2855	-7,00	9,80
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	1,6758	2,72216	,33508	1,0066	2,3449	-5,00	8,00
Gesamt	580	1,1417	2,87196	,11925	,9076	1,3759	-9,80	10,00
<b>Morbidität und Mortalität</b>								
Keine Geburt	77	-,8636	2,91267	,33193	-1,5247	-,2025	-9,20	9,00
Ausschl.Spontangeburt	355	-,8980	3,41532	,18127	-1,2545	-,5415	-10,00	10,00
Erfahrung mit Sektio	82	-,7805	2,89834	,32007	1,4173	-,1437	-9,00	6,90
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	-1,1348	3,56230	,43849	-2,0106	-,2591	-10,00	8,00
Gesamt	580	-,9038	3,29446	,13679	-1,1725	-,6351	-10,00	10,00

**Tabelle 9/1:** Der entscheidungsrelevante Unterschied in Abhängigkeit vom persönlich erlebten Geburtsmodus

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittel- wertes	95 % Konfidenzintervall der Differenz		Minimum	Maximum
					Untere	Obere		
<b>Stuhlinkontinenz</b>								
Keine Geburt	77	1,4519	2,68302	,30576	,8430	2,0609	-5,20	9,00
Ausschl.Spontangeburt	355	,5276	2,82411	,14989	,2328	,8224	-8,00	10,00
Erfahrung mit Sektio	83	,6012	3,43009	,37650	-,1478	1,3502	-8,10	9,00
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	1,2682	3,16321	,38936	,4906	2,0458	-7,00	8,50
Gesamt	581	,7448	2,95386	,12255	,5041	,9854	-8,10	10,00
<b>Fetal outcome</b>								
Keine Geburt	77	-,2961	3,38407	,38565	-1,0642	,4720	-8,00	10,00
Ausschl.Spontangeburt	354	-,4839	3,27693	,17417	-,8264	-,1414	-10,00	10,00
Erfahrung mit Sektio	83	-1,1141	3,37400	,37034	-1,8508	-,3774	-10,00	8,70
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	-,3924	3,50640	,43161	-1,2544	,4696	-8,10	9,00
Gesamt	580	-,5387	3,33197	,13835	-,8105	-,2670	-10,00	10,00
<b>Forensische Probleme</b>								
Keine Geburt	77	,2390	3,16112	,36024	-,4785	,9564	-9,80	8,00
Ausschl.Spontangeburt	353	-,4935	2,97269	,15822	-,8047	-,1823	-10,00	10,00
Erfahrung mit Sektio	83	-,1060	3,16822	,34776	-,7978	,5858	-10,00	9,10
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	65	,2508	3,04908	,37819	-,5048	1,0063	-9,00	9,00
Gesamt	578	-,2566	3,04371	,12660	-,5052	-,0079	-10,00	10,00
<b>Schmerzen</b>								
Keine Geburt	77	,5429	2,86845	,32689	-,1082	1,1939	-7,00	7,50
Ausschl.Spontangeburt	355	,1355	2,94424	,15626	-,1718	,4428	-9,70	10,00
Erfahrung mit Sektio	83	,2470	2,90875	,31928	-,3882	,8821	-8,00	7,00
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	66	,4803	3,16268	,38930	-,2972	1,2578	-7,00	9,50
Gesamt	581	,2446	2,95153	,12245	-0041	,4851	-9,70	10,00
<b>Ökonomische Aspekte</b>								
Keine Geburt	77	-,3786	3,16112	,35378	-1,0832	,3260	-9,00	9,80
Ausschl.Spontangeburt	352	-,2230	2,97269	,16721	-,5519	,1058	-10,00	10,00
Erfahrung mit Sektio	82	-,1354	3,16822	,30789	-,7480	,4772	-8,00	8,00
Erfahrung mit vag.-op.Geburt	65	-,1969	3,04908	,43040	-1,0567	,6629	-10,00	8,10
Gesamt	576	-,2284	3,04371	,12991	-,4835	,0268,	-10,00	10,00

**Tabelle 9/2:** Der entscheidungsrelevante Unterschied in Abhängigkeit vom persönlich erlebten Geburtsmodus

## 5. Diskussion

### 5.1 Die relevanten Studien

Die 1997 von Al Mufti und Kollegen [3] durchgeführte anonyme Umfrage unter 282 geburtshilflich tätigen Ärzten in London ergab bei einer hohen Rücklaufquote von 73 %, daß 17 % der Befragten für sich im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage die primäre Schnittentbindung ohne Indikation bevorzugen würden. Es entschieden sich signifikant mehr Frauen (31%), vor allem in den jüngeren Altersgruppen, als Männer (8 %) für eine Wunschsektio. Alle begründeten ihre Wahl mit der Angst vor Langzeitschäden, wie Urin- und/ oder Stuhlinkontinenz, als Folgen der vaginalen Geburt. 88 % befürchteten Verletzungen des Damms. 58 % äußerten sich besorgt bezüglich langfristiger Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion. 39% brachten zusätzliche Begründungen vor, wie die Angst vor kindlicher Schädigung durch die vaginale Geburt und 27 % äußerten den Wunsch nach zeitlicher Planung. 60 % der befragten Kolleginnen waren unter 40 Jahre.

Ganz im Gegensatz hierzu stehen die Resultate einer Untersuchung aus den Niederlanden. Van Rosmaalen [76] veröffentlichte 1999 Ergebnisse einer anonymen Befragung aller Geburtshelfer Hollands mit einer Rücklaufquote von 67 %. Nur 1,4 Prozent von 567 wünschten eine Sektio ohne medizinische Indikation.

Land et al. [40] führten 1999 eine Studie in Australien und Neuseeland durch. 1824 anonyme Fragebögen wurden an die Leser des New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology versandt. 478 (26 %) antworteten. Dabei handelte es sich zu über drei Viertel um Fachärzte (76,8%). Der Rest setzte sich hauptsächlich aus Ärzten in Weiterbildung und zu einem geringeren Teil (5,6 %) aus pensionierten Fachärzten zusammen. Drei Viertel der Leser waren männlich, ein Viertel weiblich. Die verschiedenen Altersgruppen zwischen 30 und 60 Jahre waren alle relativ gleich stark vertreten. 11 % der Befragten wünschten für sich oder ihre Partnerin im Falle einer unkomplizierten Erstlingsschwangerschaft in Schädellage die elektive Sektio. Mehr Männer (12,7 %) als Frauen (7,7 %) bevorzugten die Wunschsektio. Als Hauptgrund wurde die Angst vor Stuhl- (83,3%) und Harninkontinenz (81,5 %) angegeben. Weitere Motive waren die Angst vor Dammverletzungen (68,5 %), der funktionelle Erhalt der Sexualität (59%), die Angst vor kindlicher Schädigung (24 %),

die zeitliche Planbarkeit (16,6 %) und die Vermeidung von Geburtsschmerzen (7,4 %). Zwei Drittel befürworteten die Möglichkeit der Wunschsektio für ihre Patientinnen. Die in den Hauptstädten tätigen Geburtshelfer stimmten der Wunschsektio eher zu (69%) als die in den ländlichen Gebieten tätigen Geburtshelfer (57 %). Bereits pensionierte Geburtshelfer stimmten der Wunschsektio nur zu 40 % zu.

Bei einem Meeting in Washington über Risiken und Vorteile der vaginalen Geburt nach Sektio, führten Gabbe et al. [24] im August 2000 eine Umfrage unter 117 amerikanischen Geburtshelfern aus verschiedener US Staaten durch. Es entschieden sich sogar 46,2 % durch Handzeichen für die Wunschsektio als persönlich bevorzugten Geburtsmodus. Bei dieser Umfrage wählten 56,6 % der männlichen und 32,6 % der weiblichen Geburtshelfer die elektive Sektio ohne Indikation (=Wunschsektio).

Mehr als 70 % der Befragten waren älter als 40 Jahre, die Hauptaltersgruppe lag zwischen 51-59 Jahre.

Mc Gurgan et al. [44] veröffentlichten 2001 Ergebnisse einer Umfrage unter allen 234 tätigen Geburtshelfern Irlands. Es antworteten 71 % der Befragten. 7 % der irischen Geburtshelfer wählten für sich oder Ihre Partnerin im Falle einer unkomplizierten Erstschwangerschaft in Schädellage die Wunschsektio. Die Autoren stellten keinen signifikanten Einfluß auf den bevorzugten eigenen Geburtsmodus hinsichtlich des Geschlechts oder des Kliniktyps der Gynäkologen fest. Aber sie beobachteten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Kliniken mit „höherer“ Sektiorate (die Autoren definierten Raten ab 16 % als höher) und einer Affinität zur Wunschsektio als bevorzugten eigenen Geburtsmodus der dort tätigen Geburtshelfer.

Auch Wright et al. [87] veröffentlichten 2001 eine Studie zu diesem Thema. 365 Facharztanwärter und –anwärterinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe in ganz Großbritannien wurden befragt, 279 antworteten. Ohne signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bevorzugten 16 Prozent für sich selbst den Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation als persönlichen Geburtsmodus. 93 % begründeten ihre Entscheidung mit der Angst vor Schädigung des Damms und der

Organe des Beckens, 39 % aus Bequemlichkeit, 39 % mit dem Gefühl, die Kontrolle behalten zu können und 27 % aus Furcht vor den Wehenschmerzen.

84 % bevorzugten die vaginale Geburt. 46 % gaben an, daß sie sich das Naturerlebnis nicht entgehen lassen wollten. 42 % wollten eine Operation vermeiden, 38 % wollten Langzeitschäden durch die Sektio entgehen und 13 % meinten, bei der vaginalen Geburt besser die Kontrolle behalten zu können.

**(Tabelle 10)**

Außer den Befragungen geburtshilflich tätiger Ärzte gibt es auch Untersuchungen bei Hebammen und schwangeren Frauen bezüglich des persönlich bevorzugten Geburtsmodus und über den Anteil der Wunschsektionen an der Sektiorate: 1999 führten Dickson et al. [12] eine Umfrage unter 135 Hebammen in England durch. Die überwiegende Mehrheit (96 %) bevorzugten die vaginale Geburt. 2000 befragten Groß et al. [30] 3800 Hebammen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Von den 446, die antworteten, entschieden sich 100 % im Falle einer unkomplizierten Einlingsschwangerschaft am Termin für die vaginale Geburt. Hildingsson et al. [33] stellten 2002 Auswertungen ihrer Fragebögen von 3013 schwangeren Frauen in Schweden vor. Von diesen wollten 8,2 % eine Wunschsektio.

Tranquilli et al. [74] berichteten 1997, daß der Anteil der Wunschsektionen an den Sektionen im Jahr zuvor an der Universitätsklinik Anconas 4 % betragen hatte.

### Elektive Sektio als persönlich bevorzugter Geburtsmodus – Vergleich der verschiedenen Studien

	Autoren	Einzugs- gebiet	Studien- design	Er- schei- nungs- jahr	Rekrutierung / Zielgruppe	Rück- lauf	Rück- lauf- quote	elektive Sektio als bevorz. pers. Geburtsmodus			Hauptgrund für elektive Sektio als bevorz. pers. Geburtsmodus	Akzeptanz der Wunsch- sektio
								gesamt	Männer	Frauen		
1	Al Mufti et al.	London	Anonyme Fragebögen	1997	282 Geburtshelfer	206	73 %	33 (17 %)	10 (8 %)	23 (31 %)	Harn- und Stuhl- inkontinenz	
2	Van Ros- maalen	Holland	Anonyme Fragebögen	1999	Alle Geburtshelfer Hollands	567	67 %	1,4 %				
3	Land et al.	Australien und Neu- seeland	Anonyme Fragebögen	1999	1824 Geburtshelfer	478	26 %	54 (11 %)	12,7 %	7,7 %	Stuhl- und Harn- inkontinenz	318 (67 %)
4	Gabbe et al.	USA	Umfrage (Abstim- mung)	2001	117 Geburtshelfer			(46,2 %)	(56,6 %)	(32,6 %)	Verletzungen des Dammes und mögliche Langzeitfolgen	
5	Mc Gurgan et al.	Irland	Anonyme Fragebögen	2001	Alle 234 tätigen Geburtshelfer Irlands	165	71 %	12 (7 %)	5 (4 %)	7 (15 %)		
6	Wright et al.	Groß- britannien	Anonyme Fragebögen	2001	365 Facharzt- anwärter für Gynäkologie	279	76 %	(15,8 %)	21 (16,4 %)	21 (14,6 %)	Schädigung des Beckenbodens und Dammverletzung	
7	Knitza et al.	Bayern	Anonyme Fragebögen	2002*	Alle 1502 niedergelassenen Frauenärzte/-innen 164 Klinikleiter sämtl. geburtshilf. Abteilungen Bayerns	525  69	35,0 %  42,1 %	40 (7,6 %)  6 (8,7 %)	25 (7,6 %)  5	15 (7,6 %)  1	Besseres fetal outcome bei der elektiven Sektio  Sorge vor Harn- inkontinenz bei der vaginalen Geburt	55,6 %  71 %

**Tabelle 10:** Elektive Sektio als persönlich bevorzugter Geburtsmodus – Vergleich der verschiedenen Studien

## **5.2 Wertigkeit der Fragebogenaktion**

Wenngleich die Gesamtrücklaufquote der Umfrage lediglich 36 % beträgt und damit vergleichsweise niedrig liegt (Tabelle 10), erhält die Untersuchung aufgrund der hohen Gesamtzahl der Befragten (1666) repräsentativen Wert. Zudem entspricht die Verteilung der Altersgruppen und die Geschlechtsverteilung innerhalb dieser Gruppen weitgehend den in Bayern tätigen Frauenärztinnen und Frauenärzten. Statistisch problematisch ist bei der Gruppenbildung zum Vergleich der Geburtsmodi, daß die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen, die für sich oder ihre Partnerin die primäre Sektio bevorzugen würden viel kleiner (n=46) ist als die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen, die eine vaginale Geburt wünschen (n=548).

## **5.3 Der persönlich bevorzugte Geburtsmodus**

Der Prozentsatz der Frauenärztinnen und Frauenärzte in Bayern, die im Falle einer unkomplizierten Schwangerschaft in Schädellage für sich selbst oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen würden, ist niedriger als man aufgrund der aktuell breiten Diskussion annehmen möchte. Er beträgt derzeit 7,6 % bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und bei 8,7 % bei den Klinikleiterinnen und Klinikleitern von geburtshilflichen Abteilungen.

## **5.4 Erfahrene Entbindungsmodi**

Die Sektiorate der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen Bayerns liegt mit 14 % deutlich unter den Zahlen welche die bayerische Perinatalerhebung für das Jahr 2001 aufweist. Der Altersgipfel der Einsender liegt jedoch bei 50 Jahren. Die persönliche Geburtserfahrung mußte demnach im Zeitraum der letzten dreißig Jahre stattgefunden haben, mit einem Gipfel vor 20 Jahren. Die Sektiorate der Durchschnittsbevölkerung lag laut bayerischer Perinatalerhebung 1983 bei 13,5 %. Danach steigt sie stetig an und liegt im Jahr 2000 bei 21,6 %. Somit unterscheiden sich die bayerischen Gynäkologinnen und die Partnerinnen der Gynäkologen in ihrem Entbindungsmodus nicht von der Durchschnittsbevölkerung.

## **5.5 Abhängigkeit des bevorzugten eigenen vom persönlich erlebten Entbindungsmodus**

Wie sich die „am eigenen Leib erfahrene Geburtshilfe“ auf die Einstellung zur Wunschsektio auswirkt, wurde erstmals in dieser Studie untersucht. In den letzten Jahren häufen sich die Veröffentlichungen, die sich mit den negativen Auswirkungen

auf den Beckenboden und die Sexualität durch Schwangerschaft und Geburt beschäftigen. Besonders der traumatisierende Effekt vaginal-operativer Entbindungen mit einer konsekutiv erhöhten Prädisposition für eine spätere Stuhl- und/oder Harninkontinenz, Deszensus und funktionellen Sexualstörungen ist Gegenstand zahlreicher Studien. [6; 8; 16; 26; 27; 37; 42; 43; 46; 54; 60; 65; 84] Ein Hauptmotiv für die Wunschsektio ist die Option auf die anatomische Intaktheit des Beckenbodens nach der Geburt. Gerade den Gynäkologen und Gynäkologinnen, die ja Experten auf diesem Gebiet sein sollten, ist dieses Argument hinreichend bekannt. Erstaunlicherweise waren alle Frauenärztinnen, die vaginal-operative Entbindungen erlebt hatten und alle Frauenärzte, die bei ihren Partnerinnen damit konfrontiert worden waren auch retrospektiv mit diesem Entbindungsmodus völlig einverstanden. Keine bzw. keiner dieser Kolleginnen und Kollegen würde im Nachhinein für sich oder seine Partnerin eine Wunschsektio bevorzugen.

Eventuell erworbene Traumatisierungen des Beckenbodens scheinen offensichtlich keinen subjektiven Leidensdruck auch hinsichtlich der funktionellen Sexualität hinterlassen zu haben. Da alle Gynäkologinnen und Gynäkologen, die von vaginal-operativen Entbindungen persönlich betroffen waren, auch im Nachhinein die vaginale Geburt als bevorzugten Entbindungsmodus wählten, ist davon auszugehen, daß für die Betroffenen die Vorteile (z.B. Bonding) der vaginalen Geburt bei weitem die Nachteile (z.B. Traumatisierung des Beckenbodens) übertreffen. Aus dieser Befragung geht also hervor, daß selbst vaginal-operative Geburtsbeendigungen keinesfalls von den Betroffenen zu einer ablehnenden Einstellung zu diesem Entbindungsmodus aufgrund möglicher bleibender Schädigungen bzw. Einschränkungen geführt hat.

Dies ist umso interessanter, als bei dem befragtem Kollektiv, aufgrund der beruflichen Erfahrung, ein überdurchschnittlich gutes Körpergefühl mit differenziertem Empfinden für den eigenen Beckenboden vorausgesetzt werden darf.

Im Gegensatz dazu zeigt sich, daß weniger als ein Drittel aller Frauenärztinnen und Frauenärzte die ausschließlich Kaiserschnittenbindungen erlebt hatten, im Nachhinein mit diesem Vorgehen zufrieden sind. Lediglich 28,8 % derjenigen, die ausschließlich durch Sektio entbunden wurden, bevorzugen für sich selbst (bzw. ihre Partnerinnen) auch im Nachhinein die Wunschsektio. Allerdings wurde bei der Frage nach dem persönlich erlebten Geburtsmodus nicht zwischen Wunschsektionen,

primären oder sekundären Sektionen unterschieden und die Indikationen, die zu diesem Eingriff führten, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Da sekundäre Sektionen und vor allem Notfallkaiserschnitte traumatischer erlebt werden [57] und im Nachhinein zu einer größeren Unzufriedenheit führen, ist dieses Ergebnis nicht so erstaunlich.

Geht man davon aus, daß der Anteil der Wunschsektionen an der Gesamtzahl der Kaiserschnitte auch bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen Bayerns eher niedriger als ein Drittel ist, darf auch angenommen werden, daß diejenigen, die persönlich durch Wunschsektionen entbunden wurden, im Nachhinein wohl doch damit einverstanden waren.

Interessant ist jedoch, daß von denen, die sowohl Sektionen, als auch Spontangeburt erlebt hatten nur 11,5 % die elektive Sektio favorisierten.

Diejenigen, die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen, befinden sich nahezu ausschließlich unter Gynäkologinnen und Gynäkologen mit persönlicher Sektioerfahrung oder ohne eigene Geburtserfahrung. Gynäkologinnen und Gynäkologen, die persönlich ausschließlich Sektionen erlebt hatten, würden zu 30,6 % die elektive Sektio bevorzugen. Hierbei zeigt sich auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied: 34,6 % der Gynäkologinnen (im Vergleich zu 26,1% der Gynäkologen) mit Z.n. ausschließlich Sektio würden für sich selbst (bzw. ihre Partnerinnen) auch im Nachhinein die Wunschsektio bevorzugen.

13,4 % der Gynäkologen und Gynäkologinnen ohne Kinder und somit ohne persönliche Geburtserfahrung würden sich für die Wunschsektio entscheiden. Auch hier zeigt sich wiederum ein geschlechtsspezifischer Unterschied, diesmal zugunsten der Männer: 20% der Gynäkologen ohne Kinder versus 10,6 % der kinderlosen Gynäkologinnen würden für sich selbst bzw ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen.

(siehe auch **Tabelle 4a bis 4c**)

## **5.6 Die entscheidungsrelevanten Kriterien**

In dieser Studie wurde anhand von 10 Kriterien versucht, herauszufinden, welche Gründe für die Bevorzugung des persönlichen Geburtsmodus ausschlaggebend waren. Bezüglich der Entscheidungsrelevanz der verschiedenen Kriterien zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und

zwischen Klinikleiterinnen bzw Klinikleitern und niedergelassenen Gynäkologinnen bzw Gynäkologen.

Beschränkt man sich lediglich auf die Durchschnittswerte der jeweiligen Kriterien, so sind die wichtigsten Argumente für die elektive Sektio bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugten, das durch die elektive Sektio erzielbare bessere fetal outcome. Bei den Klinikleiterinnen und Klinikleitern, die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugten, war es die Angst vor einer Harninkontinenz durch die vaginale Geburt. Bei der Bildung des entscheidungsrelevanten Unterschiedes ergaben sich für die Wichtigkeit hinsichtlich der Entscheidungsrelevanz des jeweiligen Geburtsmodus in absteigender Reihenfolge hochsignifikante Werte ( $p < 0,01$ ) zugunsten des Bondings bei der vaginalen Geburt, der Harninkontinenz durch die vaginale Geburt, Senkungsbeschwerden durch die vaginale Geburt, Sexualstörungen durch die vaginale Geburt, der mütterliche Morbidität und Mortalität bei der elektiven Sektio, der Stuhlinkontinenz bei der vaginalen Geburt und des fetal outcomes bei der elektiven Sektio.

Statistisch noch signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ) ergaben sich zugunsten forensischer Probleme bei der elektiven Sektio und Geburtsschmerzen bei der vaginalen Geburt.

Statistisch nicht mehr signifikante Unterschiede ( $p < 0,10$ ) ergaben sich zugunsten ökonomischer Aspekte bei der elektiven Sektio.

Beim statistischen Gruppenvergleich des persönlich erfahrenen Geburtsmodus waren die einzigen statistisch auffälligen Variablen der entscheidungsrelevanten Kriterien die Sexualstörungen und das Bonding bei der vaginalen Geburt. Dies sind die zwei am wenigsten objektivierbare Kriterien mit dem höchsten emotionalen Input. Auch für die Gynäkologen und Gynäkologinnen als Experten auf diesem Gebiet sind also ganz offensichtlich eher subjektive Motive bei der Entscheidungsfindung für den einen oder anderen Geburtsmodus ausschlaggebend.

### **5.6.1 Das Bonding**

Bei der statistischen Auswertung des entscheidungsrelevanten Unterschiedes kristallisierte sich das Bonding bei der vaginalen Geburt als das wichtigste Kriterium heraus. Es galt als ein hochsignifikantes ( $p < 0,01$ ) Argument für die vaginale Geburt. Nicht überraschend werteten die Frauenärztinnen und Frauenärzte, die für sich bzw. ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugten (VG-Präferenten) das Bonding bei

der vaginalen Geburt signifikant höher als diejenigen, welche die elektive Sektio bevorzugten (ES-Präferenten).

Von den Frauenärztinnen und Frauenärzten mit ausschließlicher Sektioerfahrung wurde das Bonding bei der vaginalen Geburt im Vergleich zu elektiven Sektio signifikant niedriger gewertet als von den drei anderen Gruppen (Z.n. nur Spontangeburt, Z.n. vaginal-operativen Entbindungen, keine Kinder). Die Mittelwerte der anderen Gruppen waren alle etwa gleich hoch, am höchsten jedoch bei der Gruppe ohne Kinder. Ausgerechnet die beiden Gruppen, die dieses Phänomen gar nicht selbst erlebt haben, nämlich die Gruppe mit Z.n. ausschließlich Sektionen und die kinderlose Gruppe, beurteilen das Bonding also völlig konträr. Erstere bewerten es im Vergleich mit den anderen Gruppen am niedrigsten, letztere bewerten es am höchsten.

Auch in der Literatur wird ein eher negativer psychosozialer Einfluß des Kaiserschnittes auf die Mutter-Kind-Beziehung, die elterliche Beziehung und die Vater-Kind-Beziehung im Vergleich zur vaginalen Geburt beschrieben [25; 50]. Dies scheint unter anderem vor allem von der Länge der postpartalen Trennungsphase von Mutter und Kind abzuhängen und häufiger zu sein, bei Müttern mit großen Erwartungen an die natürliche Geburt [50]. Wenn von der Bewältigung des Naturerlebnisses einer vaginalen Geburt soviel Positives für die spätere Mutter-Kind-Beziehung erwartet wird, muß allerdings auch davon ausgegangen werden, daß eine besonders traumatisch verlaufene Geburt, egal ob als Kaiserschnitt oder als vaginale Geburt endend, negative Auswirkungen haben kann. Beim Kaiserschnitt auf Wunsch bestehen diese Erwartungen nicht. Außerdem kommt es beim Einsatz der regionalen Anästhesieverfahren, der neueren Operationstechniken und der veränderten postoperativen Nachbetreuung mit einer verstärkten Einbeziehung des Vaters im Idealfall zu keiner postpartalen, bzw. postoperativen Trennung zwischen Mutter und Kind.

Jede Form der Geburt hat einen signifikanten Einfluß auf die elterliche Beziehung. Beim Kaiserschnitt, insbesondere wenn er nicht geplant war, werden eher negative Auswirkungen beschrieben [58]. Dies trifft jedoch für den geplanten Kaiserschnitt nicht zu. Außerdem erfährt die Vater-Kind-Beziehung beim geplanten Kaiserschnitt durch die stärkere Einbindung des Vaters, zum Beispiel durch die Anwesenheit beim Kaiserschnitt, eine deutliche Aufwertung und kann sich positiv auf die spätere Vater-Kind-Beziehung auswirken [50].

### 5.6.2 Die Harninkontinenz

Die Harninkontinenz durch die vaginale Geburt war ein sehr wichtiges und hochsignifikantes Argument für die elektive Sektio.

Von den Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich persönlich die elektive Sektio bevorzugen würden (=ES-Präferenten) wurde sie erwartungsgemäß hoch signifikant wichtiger eingeschätzt als von denjenigen, welche die vaginale Geburt bevorzugen würden (=VG-Präferenten).

Die Ergebnisse bezüglich Prävalenz und Risikofaktoren sind jedoch sehr unterschiedlich. So variieren in der Literatur die Prävalenzen für eine Harninkontinenz nach vaginaler Geburt zwischen 0,7% und 40 % (**Tabelle 11**). Diese beträchtlichen Abweichungen sind möglicherweise bedingt durch unterschiedliche Erhebungszeitpunkte nach der Geburt, verschiedene Studienkollektive, unterschiedliche Ansätze zu einer Objektivierung des Symptoms Harninkontinenz und eine interindividuell sehr variable subjektive Einschätzung der Harninkontinenz.

### Prävalenz der Harninkontinenz nach vaginaler Geburt

Autor	Untersuchte Kriterien	Prävalenz der Harninkontinenz	Zeitpunkt nach der Geburt	Kollektiv	Weitere Risikofaktoren
Riedl 2001 [56]	Fragebogen	38,0 % (Spp)	Direkt nach Entbindung	279 Erstgebärende	Alter > 30 Jahre
Groutz 1999 [31]	Fragebogen	11,0 % (Erst-) 21 % (Mehrgebärende)	2-3 Tage	100 Nulliparae 100 Erstgebärende 100 Mehrgebärende	Multiparität > 4
Dimpfl 1992 [13]	Fragebogen	6,2 % (6 % Primi-, 7,0 % Multiparae)	6 Wochen	350 Erst- und Mehrgebärende	Vaginal operative Entbindung Pudendusblock (versus PDA)
Morkved 1999 [48]	Fragebogen Klinische Untersuchung Padtest Beckenbodenmuskulatur	14,6 % (lt Padtest und Fragebogen) 38 % (lt. Fragebogen, nicht lt. Padtest )	8 Wochen	144 Erst- und Mehrgebärende	
Meyer 1998 [46]	Fragebogen Urethradruckprofil Perinealsonographie	21 % ( Spp) 36% (Forzepts)	9 Wochen	149 Erstgebärende	
Wilson 1996 [84]	Fragebogen	24,6 % (Erstgebärende)	3 Monate	1505 Erst- und Mehrgebärende	Übergewicht Multiparität > 4
Viktrup 1993 [78]	Fragebogen	0,7 %	3 Monate	305 Erstgebärende	
Chaliha 1999 [9]	Fragebogen	13,1 % (Spp) 15,3 % (vag.op.)	3 Monate	549 Erst- und Mehrgebärende	
Riedl 2001 [56]	Fragebogen	17,6%	1 Jahr	279 Erstgebärende nach Spontangeburt	Alter > 30 Jahre
Viktrup 1992 [79]	Fragebogen	3,0 %	1 Jahr	305 Erstgebärende, 56 mit Z.n. Sektio, 41 mit Z.n. VE, 208 Spontang.	
Viktrup 2001 [77]	Fragebogen	30 %	5 Jahre	278 Erstgebärende	Episiotomie Vakuumextraktion
Faridi 1999 [14]	Fragebogen	40 %	> 5 Jahre	287 Erst-und Mehrgebärende	

**Tabelle 11:** Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Harninkontinenz nach vaginaler Geburt

Viktrup et al. berichteten 1993 [78] über eine Prävalenz der Harninkontinenz von nur 0,7 % bei den Erstgebärenden ein Jahr nach vaginaler Geburt und vermuteten daraufhin, daß die meisten Fälle nur vorübergehender Natur seien. 2001 mußten sie jedoch ihre optimistische Einschätzung von damals revidieren [77]. Fünf Jahre nach vaginaler Geburt stellten sie bei 30 % der Erstgebärenden eine Harninkontinenz fest. Die Autoren erklärten sich ihre Ergebnisse mit einer allmählich voranschreitenden Verschlechterung einer bei der vaginalen Geburt erlittenen Schädigung des N. pudendus, wie sie 1990 von Snooks [68] beschrieben wurde.

**(Tabelle 13).**

Obwohl die Prävalenzen der postpartalen Harninkontinenz studienabhängig deutlich variieren, zeigt sich in allen Untersuchungen eine Erhöhung durch die vaginale und vor allem auch durch die vaginal-operative Geburt. Diese ist größer als bei Z.n. Sectio caesarea. Riedl et al. [56] fanden bei Patientinnen mit Z.n. Sectio caesarea noch nach einem Jahr bei 5,2 % eine, erst postpartal erworbene, Harninkontinenz (versus 17,6 % nach vaginaler Geburt). Allerdings wurde in dieser Studie nicht nach primärer und sekundärer Sectio unterschieden. Auch Wilson et al. [84] fanden in einer Studie von 1505 Patientinnen drei Monate nach Geburt bei den Erstgebärenden nach Kaiserschnittentbindung, bei denen vor Beginn der Schwangerschaft keine Inkontinenz bestand, in 5,2 % eine erst postpartal erworbenene Harninkontinenz. Interessanterweise stellten sie bei Frauen mit Z.n. drei oder mehr Sektionen eine etwa gleich hohe Prävalenz der Harninkontinenz (38,9 %) wie bei Frauen mit Z.n. drei oder mehr vaginalen Geburten (37,7%) fest. Jedoch kam es in keinem Fall nach elektiver Sectio, bei 6,1 % nach Sectio in der Eröffnungsphase und bei 8,3 % nach Sectio in der Austreibungsperiode zur Harninkontinenz (**Tabelle 12**).

### Die Harninkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

Autor	Zeitpunkt nach Geburt	gesamt	Vaginale Geburt			gesamt	Sektio	
			Spontan- geburt	Vakuum	Forzeps		Primäre Sektio	Sekundäre Sektio
Dimpfl 1992 [13]	6 Wochen		6,2 % (18/290)			0 % (0/60)		
Meyer 1998 [46]	9 Wochen		21 % (19/91)			8,4 % (7/131)		
Wilson 1996 [84]	3 Monate		24,5 %			5,2 %	0 % (0/13)	6,1 % (2/33) EP 8,3 % (1/12) AP
Chaliha 1999 [9]	3 Monate					8,4 %		
Viktrup 1992 [79]	1 Jahr		3 %			0 % (0/60)		
Riedl 2001 [56]	1 Jahr		17,6 % (49/279)			5,2 % (5/97)		
Iosif 1982 [36]	1 bis 5 Jahre					9 % (18/204)	9 % (18/204)	
Faundes 2001 [17]	Postmenopausale Frauen		58 % (84/144)			48 % (11/23)		

**Tabelle 12:** Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Harninkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

Diese Ergebnisse passen gut zu Wissers Konzept des Paravaginaldefektes [85; 86]. Bei seiner Beschreibung der sonomorphologischen Veränderungen des anterioren Beckenbodenkompartimentes nach vaginaler Geburt geht J. Wisser auf die Bedeutsamkeit des Paravaginaldefektes und dessen Begünstigung der Harninkontinenz ein. Nach seinen Ausführungen nimmt die Häufigkeit für einen Paravaginaldefekt mit zunehmender Muttermundsweite zu, und dieser wiederum prädisponiert zur Harninkontinenz. Daher schlug er vor, die Entscheidung für die sekundäre Sektio möglichst früh zu stellen, um eine spätere Harninkontinenz nach Sektio zu vermeiden.

Dies könnte sich auch günstig im Hinblick auf die Prävention einer Stuhlinkontinenz auswirken.

Fynes et al. folgerten aus ihren Untersuchungen an 234 Erstgebärenden [22; 23], von denen 34 durch Sektio in verschiedenen Geburtsstadien entbunden wurden und 200 spontan geboren hatten, daß es auch beim Kaiserschnitt ab der späten Eröffnungsperiode zu einer neuralen Schädigung des Beckenbodens kommen kann, während bei der vaginalen Geburt zunächst mehr die mechanische Schädigung der Sphinkteren im Vordergrund steht. Letztere manifestiert sich eher. (**Tabelle 13**) Möglicherweise sind damit die sich wieder annähernden Prävalenzen bezüglich Harn- u- Stuhlinkontinenz postmenopausaler Frauen, die vaginal geboren hatten mit denen die per Sektio entbunden wurden erklärbar.

Kohortenstudien zeigen ein Ansteigen der Prävalenz für die Harn- und Stuhlinkontinenz mit zunehmenden Alter und zunehmender Parität auch bei Patientinnen, die ausschließlich durch Kaiserschnitte entbunden wurden [17; 36; 43; 51].

Alternativ könnte man auch den postmenopausal einsetzenden Hormonmangel verantwortlich machen für die sich mit zunehmendem Alter wieder annähernden Prävalenzen der Entbindungsmodi für Harn- und Stuhlinkontinenz.

Milsom et al. [47] stellten jedoch 1993 in ihrer Kohortenstudie an 10000 Frauen in Göteborg keinen Anstieg der Harninkontinenz mit Einsatz der Menopause fest. Auch Nygaard et al. [52] stellten keine Unterschiede bezüglich Menopausenstatus, Hormonsubstitutionstherapie oder Entbindungsmodus fest.

### 5.6.3 Sexualstörungen

Sexualstörungen als Folge einer vaginalen Geburt waren ein hochsignifikantes Argument für die elektive Sektio und wurden von den Frauenärzten, die für sich persönlich die elektive Sektio bevorzugen würden (=ES-Präferenten) hoch signifikant wichtiger eingeschätzt als von denen, die die vaginale Geburt bevorzugen würden (=VG-Präferenten).

Bei der nach dem persönlich erlebten Entbindungsmodus gruppierten Untersuchung der Wichtigkeitsunterschiede (Gruppe 1: kinderlos; Gruppe 2: Z.n. ausschließlich Spontangeburt; Gruppe 3: Z.n. Sektio; Gruppe 4: Z.n. vaginal-operativer Entbindung) wurden die Sexualstörungen bei der vaginalen Geburt im Vergleich zur elektiven Sektio von der Gruppe mit Z.n. ausschließlich Spontangeburt (Gruppe 2) hoch signifikant niedriger bewertet als von den anderen drei Gruppen. Die Mittelwerte der anderen drei Gruppen waren in etwa gleich, jedoch am höchsten bei der Gruppe mit persönlich erlebter vaginal-operativer Entbindung (Gruppe 4).

#### (Tabelle 9)

Somit ist sich Gruppe 4 dieses möglichen Nachteiles am ehesten bewußt, die Vorteile der vaginalen Geburt scheinen jedoch eindeutig zu überwiegen.

Glatzener et al. [27] berichteten 1995, daß von 1249 Frauen, 10 % noch zwei Monate nach Geburt über Schmerzen am Damm klagten. Bei denjenigen, die vaginal-operative Geburten hatten, waren es 30 %.

Eine detaillierte Umfrage von Barret et al. [6] über postpartale Sexualstörungen unter 484 Erstgebärenden stellte drei Monate nach der Geburt für den Faktor Dysparunie ein signifikant schlechteres Ergebnis bei Patientinnen mit Zustand nach vaginal-operativen Geburten im Vergleich zur Gruppe der Patientinnen mit Spontangeburt und der Sektiogruppe fest. Die Sektiogruppe schnitt signifikant am besten ab. Nach sechs Monaten bestanden diese Unterschiede noch, aber sie waren nicht mehr signifikant.

Auch Brown und Lumley [8] fanden bei einer Umfrage bei 1336 Erst- und Mehrgebärenden sechs bis sieben Monaten postpartal eine erhöhte Prävalenz für sexuelle Probleme bei den Patientinnen mit vaginal-operativen Geburten (Odds Ratio 2.06) und eine niedrigere Prävalenz für Patientinnen mit Zustand nach Sektio im Vergleich zur Gruppe der Patientinnen die spontan geboren hatten.

Signorello et al. [65] befragten 626 vaginal entbundene Erstgebärende sechs Monate postpartal. Knapp ein Viertel davon berichteten über ein Defizit an sexueller Erregbarkeit, sexueller Zufriedenheit und Orgasmusfähigkeit. Mehr als ein fünftel

hatten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Diese Beschwerden waren abhängig vom Grad des Dammrißes und bei vaginal-operativen Entbindungen um den Faktor 2,5 mal häufiger.

Offenbar stehen die Ergebnisse der zitierten Untersuchung im Kontrast zu den hier vorgestellten Ergebnissen. Die ausschließlich spontan entbundenen Gynäkologinnen (und Gynäkologen mit spontan entbundenen Partnerinnen) schätzen Sexualstörungen infolge vaginaler Geburten signifikant niedriger ein als kinderlose, durch Sektio entbundene, oder vaginal operativ entbundene Gynäkologinnen (und Gynäkologen mit kinderlosen, durch Sektio entbundenen, oder vaginal operativ entbundenen Partnerinnen). Die Gruppe der vaginal-operativ Entbundenen werten Sexualstörungen zwar am höchsten von allen Gruppen; dies ist aber ohne statistische Signifikanz. (**Tabelle 9**)

#### **5.6.4 Senkungsbeschwerden**

Senkungsbeschwerden als Folge der vaginalen Geburt waren ein hochsignifikantes, entscheidungsrelevantes Kriterium. Sie wurden von den Frauenärzten, die für sich persönlich die elektive Sektio bevorzugen würden (=ES-Präferenten) hochsignifikant wichtiger eingeschätzt als von denen, die die vaginale Geburt bevorzugen würden (=VG-Präferenten).

Die vaginale Geburt und insbesondere die vaginal-operative Geburt gilt als Risikofaktor für Deszensusprobleme.

Snooks et al. [67] stellten bei einer Untersuchung an 71 Frauen zwei Monate nach Geburt bei allen, die vaginal geboren hatten (58) eine abnorme Senkung des Beckenbodens bei Belastung fest, aber bei keiner, die durch Kaiserschnitt entbunden worden war. Dies war besonders ausgeprägt bei Mehrgebärenden und korrelierte am stärksten mit einer verlängerten Austreibungsperiode und mit Zangenentbindungen. (**Tabelle 13**).

In der Kohortenstudie von Mac Lennan [43] wurden 3010 Einwohnerinnen zwischen 15 und 97 Jahren in Australien und Neuseeland befragt. In der Kaiserschnittgruppe befanden sich signifikant weniger mit Blasensuspensionsoperationen, und es klagten signifikant weniger über Prolapssymptome, oder eine zu weite Scheide während des Geschlechtsverkehrs.

<b>Postpartale Schädigung der Beckenbodens in Abhängigkeit vom Geburtsmodus</b>								
Autor	Untersuchte Strukturen		Vaginale Geburt			Sektio		
			Spp	VE	Forzeps	primär	sekundär	
Smith et al. [66]	Frequenz polyphasischer Elektromyographien als Zeichen einer vorangegangenen partiellen Denervierung	<b>Antenatal</b>	9,6			3,2	3,6	
		<b>Postnatal</b>	36,3			3,4	5,1	
Snooks et al. [67]	Senkung des Beckenbodens	<b>Ohne Belastung</b>				0 (0/14)		
	Verdickte Muskelfasern im M. spincter anus ext. als Zeichen einer Schädigung der Denervation Pudenduslatenzzeit verlängert	<b>Mit Belastung</b>	100 %					
Sultan et al [69]	Analsonographisch nachweisbare Verletzungen des internen und/oder externen Sphincters			48 %	82 %	0 (0/14)		
Karoui et al [38]	Analsonographisch nachweisbare Verletzungen des internen und/oder externen Sphincters	<b>Kontinent</b>	41 % keine proktol VorOP 92 % proktol Vor Op			0 (0/14)		
		<b>Inkontinent</b>	62 % keine proktol VorOP 88% proktol Vor Op					
Faridi et al [15]	Analsonographisch nachweisbare Verletzungen des internen und/oder externen Sphincters		17,9 % (5/28)			0/10		
	Pudenduslatenzzeit verlängert		3,6 % (1/28)			0/10		
	Anale Inkontinenzstörungen (Interview)		19,7 %			0/10		
Fynes et al [23]	Frequenz polyphasischer Elektromyographien als Zeichen einer vorangegangenen partiellen Denervierung		29 % (57/200)			–	<8cm –	>8cm 9 % (3/34)
	Anale Inkontinenzstörungen (Interview)		19 %			0/34		

**Tabelle 13** : Postpartale Schädigung der Beckenbodens in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

### 5.6.5 Mütterliche Morbidität und Mortalität

Bei der Auswertung aller Fragebögen schnitt die mütterliche Morbidität und Mortalität bei der elektiven Sektio als ein sehr wichtiges und hochsignifikantes Argument für die vaginale Geburt ab.

Allerdings gilt dies nur für diejenigen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich selbst die vaginale Geburt als bevorzugten Geburtsmodus gewählt hatten.

Diejenigen, welche die Wunschsektio für sich, bzw. ihre Partnerin bevorzugen würden, fielen aufgrund ihrer zahlenmäßigen Unterlegenheit bei der Gesamtauswertung nicht ins Gewicht. Von ihnen wurde dieses Kriterium sogar höher bei der vaginalen Geburt als bei der elektiven Sektio bewertet. Das bedeutet, daß dieses Kollektiv die mütterliche Morbidität und Mortalität bei der vaginalen Geburt höher einschätzt als bei der elektiven Sektio.

Tatsächlich gibt es stark divergierende Aussagen bezüglich Früh- und Spätmorbidität und Mortalität bei der elektiven Sektio.

Welsch, konnte anhand seiner Zusammenstellung der mütterlichen Letalität zwischen 1995 bis 1998 in Bayern im Vergleich zu früheren Jahresstatistiken ein kontinuierliches Absinken der mütterlichen Mortalität nach Kaiserschnitt aufzeigen [82; 83]. Nach seinen Ausführungen beträgt heutzutage die mütterliche Letalität bei Sektionen insgesamt das dreifache einer vaginalen Geburt.

Lilford et al [41] verglichen 1995 in einer ebenfalls detaillierten Untersuchung mütterlicher Todesfälle zwischen 1975 bis 1986 in Kapstadt die Mortalität bei vaginaler Geburt und elektiver Sektio sowie sekundärer Sektio. Sie ermittelten für Frauen aus einem Niedrigrisikokollektiv ein relatives Risiko zwischen sekundärer Sektio und vaginaler Geburt von 5 : 1 und zwischen elektiver Sektio und sekundärer Sektio von 1 : 2. Die Autoren kamen aufgrund ihrer Untersuchungen zu dem Schluß, daß für vorher gesunde Frauen das Risiko einer sekundären Sektio etwa doppelt so hoch ist wie bei der elektiven Sektio.

Da bei den Untersuchungen von Welsch nicht zwischen primärer (elektiver) und sekundärer Sektio unterschieden wurde, ist von einer weiteren Annäherung der mütterlichen Letalität der elektiven Sektio in den Bereich der vaginalen Geburt auszugehen, falls die Ergebnisse von Lilford et al. bezüglich einer niedrigeren Mortalität der elektiven Sektio im Vergleich zur sekundären Sektio allgemein gültig sind.

Diese Einschätzungen stehen im Kontrast zu den Ergebnissen der hessischen Perinatalerhebung [39; 63]. Dort war die mütterliche Letalität beim Kaiserschnitt in

den Jahren 1990 bis 1998 neunmal höher als bei der vaginalen Geburt und bei der primären Sektio sogar doppelt so hoch wie bei der sekundären Sektio. Tiefe Thrombosen und Embolien waren die Haupttodesursachen. Allerdings sind in der hessischen Perinatalerhebung mütterliche Vorerkrankungen nicht eindeutig eruierbar. Somit ist die exakte Unterscheidung zwischen Sektiomortalität (Tod in zeitlichem Zusammenhang mit der Sektio) und Sektioletalität (Tod aufgrund der Sektio), wie sie die Analysen von Welsch und Lilford auszeichnen, nicht möglich. Auch wenn die mütterliche Morbidität vor allem nach elektiver Sektio durch Verbesserung der Operationstechniken, dem breiten Einsatz der Regionalanästhesie und die medikamentöse Thrombose- und Antibiotikaphylaxe deutlich gesenkt werden konnte, wird insgesamt von einer höheren Morbidität bei der elektiven Sektio im Vergleich zur vaginalen Geburt ausgegangen [39; 63; 71]. Dem widerspricht eine ausführliche Analyse aus den von der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung erhobenen Daten durch K.T.M. Schneider [64]. Er ermittelte für ein Niedrigrisikokollektiv von 331 212 Fällen aus den Jahren 1987-1990 und 1995-1998 eine niedrigere Rate von leichten und schweren Komplikationen bei der primären Sektio (11,8 % bzw 1,3 %) als bei der vaginalen Geburt (13,7 % bzw 3,4 %). Allerdings erfaßt diese Erhebung nur die kurz- und mittelfristig nach Sektio aufgetretenen Komplikationen.

Die langfristige, eventuell erst nach Jahren, bei späteren Schwangerschaften aktuell werdende Morbidität nach Sektio, die mit dem erhöhten Risiko für eine Resektio hinsichtlich Placenta praevia, Placenta accreta, Uterusruptur, höherem Blutverlust, Notwendigkeit zur Hysterektomie, Verletzungsrisiko von Nachbarorganen einhergeht, geht in diese Studie nicht mit ein.

Greene et al. [29] stellten bei einem Kollektiv von 65 488 Entbindungen ein 18 fach erhöhtes Risiko für eine Notfallhysterektomie postpartum infolge von Placenta accreta bei Patientinnen mit Zustand nach Sektio in der geburthilflichen Anamnese fest.

### **5.6.6 Stuhlinkontinenz**

Die Stuhlinkontinenz bei der vaginalen Geburt war ein sehr wichtiges und hochsignifikantes Argument für die elektive Sektio. Sie wurde von den Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich persönlich die elektive Sektio bevorzugen würden hoch signifikant wichtiger eingeschätzt als von denen, die die vaginale Geburt bevorzugen würden.

Auch die Zahlen über die geburtsbedingte Stuhlinkontinenz variieren, ähnlich wie bei der Harninkontinenz. Die Gründe dafür, entsprechen im wesentlichen denen der Harninkontinenz. Auch hier wurden verschiedene Studienkollektive untersucht, die Erhebungszeitpunkte nach der Geburt sind unterschiedlich und das Symptom Stuhlinkontinenz wird unterschiedlich definiert. Insgesamt muß wohl nach einer vaginale Geburt in 6-10 % mit Symptomen einer Stuhlinkontinenz, wie Stuhldrang, Stuhlschmierer, Windinkontinenz und Inkontinenz für flüssigen und festen Stuhl, gerechnet werden [42; 60; 62]. In über einem Drittel der Fälle ist ein okkultes Sphinkterdefekt zu erwarten [70], von dem wiederum nur ein Drittel gleich symptomatisch wird. Die anderen beiden Drittel prädisponieren, vor allem, wenn andere Faktoren wie weitere vaginale Geburten [69], Infektionen, Adipositas oder anorektale Operationen [38] hinzukommen, zu einer Stuhlinkontinenz. (siehe hierzu auch **Tabelle 14**).

### Stuhlinkontinenz nach vaginaler Geburt

Autor	Zeitpunkt nach vaginaler Geburt	Kriterien der Stuhlinkontinenz	Prävalenz der Stuhlinkontinenz	Kollektiv
Sultan et al. 1993 [69]	6 Wochen	Stuhldrang Stuhlinkontinenz Windinkontinenz	13 % der Erstgebärenden (13/79) 23 % der Mehrgebärenden (11/48)	79 Erstgebärende 48 Mehrgebärende
Morkved et al. 1999 [48]	8 Wochen	Stuhlinkontinenz	4,2 % (6/144)	144 Erst- und Mehrgebärende
Meyer et al. 1998 [46]	9 Wochen	Stuhlinkontinenz	5,5 % (5/91) Spp 4 % (1/25) Forzepps	149 Erstgebärende
Chaliha et al. 1999 [9]	3 Monate (sp-v-op)	Stuhldrang	7,3 %	549 Erstgebärende
Zetterström et al. 1999 [89]	9 Monate	Stuhlinkontinenz Windinkontinenz	1 % Stuhlinkontinenz 26 % Windinkontinenz	349 Erstgebärende
Mac Arthur et al. 1997 [42]	10 Monate	Inkontinenz für flüssigen und festen Stuhl Stuhldrang	4 % nach dieser Geburt 6 % nach dieser oder einer vorherigen Geburt 21 % nach VE 6 % nach Forzepps	906 Erst- und Mehrgebärende
Ryhammer et al. 1995 [60]	>12 Monate	Windinkontinenz Stuhlinkontinenz	5 %	242 Erst- und Mehrgebärende
Faridi et al. 1999 [14]	> 5 Jahre	Windinkontinenz Stuhldrang	10 % (20/287) Windinkontinenz 14,4 % (27/287) Stuhldrang und/oder Stuhlschmierer	287 Erst- und Mehrgebärende,

**Tabelle 14:** Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Stuhlinkontinenz nach vaginaler Geburt

Hinweise auf einen durch geburtshilfliche Traumen gemeinsamen, beiden Inkontinenzformen zugrunde liegenden Pathomechanismus, ergeben sich aus der Studie von Tetzschner et al. [73]. Die Autoren stellten 1996 bei ihren Untersuchungen an 72 Frauen mit peripartal erworbenem Dammriß III. bis IV. Grades zwei bis vier Jahre später bei 42 % eine Wind- oder Stuhlinkontinenz, bei 32 % eine Harninkontinenz und bei 18 % eine Harn-, Wind-, und Stuhlinkontinenz fest. Die Prävalenz der Harninkontinenz war vom Grad des Dammrißes abhängig, die der Stuhlinkontinenz nicht. Außerdem hatten sich die Prävalenzen im Vergleich zur Erstuntersuchung drei Monate nach Geburt nahezu verdoppelt. Die Prävalenzen für sämtliche Formen der Stuhlinkontinenz sind nach Kaiserschnittentbindungen seltener als nach vaginaler Geburt (siehe hierzu **Tabelle 15**). Mac Arthur et al. [42] stellten in ihrer Studie bei sechs Patientinnen nach Notfallsektio, aber bei keiner nach elektiver Sektio eine postpartal erworbene Stuhlinkontinenz fest.

### Die Stuhlinkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

Autor	Zeitpunkt nach Geburt	Vaginale Geburt				Sektio		
		insgesamt	Spontan- geburt	Vakuum	Forzeps	insgesamt	Primäre Sektio	Sekundäre Sektio
Riedl et al. 2002 [56]	Direkt nach Entbindung		6,5 % (windinkontinent) 2,2 % (stuhlinkontinent)			2,1 % (windinkontinent) 0 % (stuhlinkontinent)		
Sultan et al. 1993 [69]	6 Wochen	13 % (Erstg.) 23 % (Mehrg.)				0 % (0/23)		
Fynes et al. 1998 [22; 23]	6 Wochen	19 % (38/200)				0 % (0/34)		
Meyer et al. 1998 [45]	9 Wochen		5,5 % (5/99)		4 % (1/25)	0 % (0/33)		
Chaliha et al. 1999 [9]	3 Monate	7,3 % (dranginkontinent)	5,9 % (dranginkontinent)	10,5 % (dranginkontinent)		3,1 % (dranginkontinent) 4,6 % (Wind)		
Mac Arthur et al. 1997 [42]	10 Monate	4 % (Erstg) 6 % (Mehrg.)					0 % (Erstg) 0 % Mehrg)	8 % (Erstg) 2 % (Mehrg)
Riedl et al. 2002 [56]	1 Jahr		2,2 % (windinkontinent) 0,4 % (stuhlinkontinent)			0 % (windinkontinent) 0 % (stuhlinkontinent)		

**Tabelle 15:** Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Stuhlinkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

### 5.6.7 Fetal outcome

Der positive Effekt auf das fetal outcome durch die elektive Sektio wurde wiederum als sehr wichtiges Kriterium und hochsignifikantes Argument für die elektive Sektio gewertet. Bei den ES-Präferenten erhielt das fetal outcome bei der elektiven Sektio einen signifikant höheren Stellenwert als bei den VG-Präferenten.

Laut Cotzias, Paterson-Brown und Fisk [10] liegt in der 38.-42.SSW das Risiko für einen intrauterinen Fruchttod bei ca 1:600. In mehr als 70 Prozent der Fälle war die Ursache nicht zu klären. Ob diese Todesfälle durch eine elektive Sektio verhindert werden könnten kann derzeit nur spekulativ erörtert werden.

Paterson-Brown und Fisk [53] errechneten in ihrer Zusammenstellung seltener Katastrophen, wie zum Beispiel intrapartalem Tod, intrapartal erworbener hypoxischer Enzephalopathie, intrapartal erworbener Zerebralparese und Totgeburt vor dem Termin ein kumulatives Risiko von 1 : 500 katastrophaler Ereignisse bei vaginaler Geburt, die nur durch die elektive Sektio hätte verhindert werden können. Im Vergleich zur vaginalen Geburt ist das Risiko, daß das Kind bei einer erschwerten Entwicklung bei der primären Sektio einen Schaden erleidet deutlich geringer. Das etwas erhöhte Risiko einer vorübergehenden, reversiblen Adaptationsstörung durch die elektive Sektio („respiratory distress syndrom“) läßt sich deutlich reduzieren, wenn man sich an die allgemeinen Richtlinien hält, die Sektio erst ab 38+0 SSW durchzuführen. Morrison et al. [49] empfehlen aufgrund ihrer Untersuchungen sogar, die elektive Sektio erst ab 39+0 SSW durchzuführen. Allerdings stellten Schneider et al. [64] in ihrer bereits erwähnten Analyse aus dem Niedrigrisikokollektiv eine, wenn zwar mit 0,2 % geringe, aber doppelt so hohe Rate frühkindlicher Krämpfe und Enzephalopathien nach primärer Sektio fest, als nach vaginaler Geburt. Ob dies, wie das Atemnotsyndrom, ebenfalls durch die niedrigere Cortisolausschüttung des Säuglings, infolge der fehlende Wehentätigkeit während der elektiven Sektio im Vergleich zur vaginalen Geburt erklärbar ist, erörterten die Autoren nicht.

### 5.6.8 Forensische Probleme

Forensische Probleme bei der elektiven Sektio wurden signifikant als wichtiges Argument für die vaginale Geburt gewertet. VG-Präferenten bewerteten forensische Probleme bei der elektiven Sektio signifikant höher als die ES-Präferenten.

Bei der elektiven Sektio werden also eher forensische Probleme befürchtet als bei der vaginalen Geburt.

Tatsächlich handelt es sich nach deutscher Rechtsprechung bei der reinen Wunschsektio um Körperverletzung. Allerdings ist die reine Wunschsektio im juristischen Sinne wesentlich enger definiert. Es handelt sich hierbei um eine Sektio ohne jegliche medizinische Indikation, die ausschließlich auf Wunsch der Frau durchgeführt wird. Diese Konstellation dürfte, wie Ulsenheimer bereits ausführte [75], sehr selten sein, da doch meistens zumindest psychische Gründe wie Angst oder Unsicherheit angegeben werden können. In einer ausführlichen Stellungnahme geht Ulsenheimer davon aus, daß der die Wunschsektio durchführende Geburtshelfer nicht mit straf-, zivil- oder berufsrechtlichen Sanktionen rechnen muß, sofern der Wunsch der Patientin in freier Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, nach ordnungsgemäßer Aufklärung geäußert wurde, und nicht gegen die guten Sitten verstößt.

Schlund, vorsitzender Richter am OLG im Ruhestand bezweifelt allerdings die eingehende Risikoauflärung bezüglich der Wunschsektio durch die geburtshilflich tätigen Gynäkologen [61]. Seiner Meinung nach ist in diesem Fall die Patienteneinwilligung unwirksam, da der Wunsch der Patientin unsinnig sei, und damit die Wunschsektio rechtswidrig.

### **5.6.9 Geburtsschmerzen**

Geburtsschmerzen bei der vaginalen Geburt wurden als noch signifikantes Argument für die elektive Sektio gewichtet.

Eine schwedische Studie von Ryding et al. [59] untersuchte 33 Frauen, die einen primären Kaiserschnitt wünschten. Keine der 5 Erstgebärenden aber 10 der 28 Frauen, die schon geboren hatten, gaben Angst vor Schmerzen als Hauptgrund an. Alle hatten bei den vorausgegangen Geburten das Gefühl gehabt, vor Schmerzen sterben zu müssen oder sich den Tod herbeigesehnt, um die Schmerzen zu beenden.

Vor dem Hintergrund der heutigen Möglichkeiten der Analgesie während der Geburt, vor allem der Periduralanästhesie, ist dies irritierend und macht deren breiteren Einsatz wünschenswert.

### **5.6.10 Ökonomische Aspekte**

Das in der Hierarchie am wenigsten wichtige und nicht mehr signifikante Kriterium waren die ökonomischen Aspekte bei der elektiven Sektio. Hierbei war kein signifikanter Unterschied zwischen Klinikleitern und niedergelassenen Frauenärzten

erkennbar. Aus der Sicht der Klinikleiter ist, zumindest in Bayern, die elektive Sektio sicherlich die kostengünstigste Geburtsvariante. Derzeit erfolgt in Bayern die Vergütung geburtshilflicher Leistungen an Kassenpatientinnen über die Fallpauschale. Diese liegt sowohl in reinen Belegkliniken (mit Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme) als auch in den Hauptabteilungen (Operator, Anästhesist und Hebamme angestellt) für die Sektio in etwa doppelt so hoch wie für die vaginale Geburt. Zwischen primärer und sekundärer Sektio wird nicht unterschieden. Bei der elektiven Sektio sind jedoch die anfallenden Unkosten deutlich geringer als bei der sekundären, da im wesentlichen lediglich die Bereitstellung des Operationssaales und die postoperative Überwachung abgedeckt werden müssen. Bei der sekundären Sektio fallen zusätzlich noch Unkosten wie bei der vaginalen Geburt an. Die bei der vaginalen Geburt anfallenden Kosten hängen ab von der Geburtsdauer. Eine Geburtseinheit ist ähnlich kostenintensiv wie eine Intensivstation, somit kann eine protrahierte vaginale Geburt sogar höhere Kosten als eine geplante Schnittentbindung für die Institutionen verursachen [72]. Umso teurer ist dann sekundäre Sektio. Laut Feige [18] liegen in den Hauptabteilungen die Vorhaltekosten aufgrund der hohen Personalbindungskosten und auch Sachkosten bei der Spontangeburt über den Erstattungskosten. So wurde im Jahr 1998 in der Frauenklinik II in Nürnberg für jede Spontangeburt ein Defizit (-88,90 DM) erwirtschaftet. Für die Sektionen am Termin insgesamt ergab sich ein geringer Gewinn (+54 DM). Dieser fällt jedoch durch die Kostenreduktion der Personalbindungszeiten bei der elektiven Sektio deutlich günstiger aus. Aufgrund der momentanen Kostenerstattung sind also, aus der Sicht der Krankenhausträger, elektive Sektionen am ökonomischsten, Spontangeburt erwirtschaften ein geringes Defizit, am verlustreichsten sind jedoch die sekundären Sektionen.

Nach Feiges Berechnungen würde sich aus volkswirtschaftlicher Sicht für die Bundesrepublik Deutschland durch eine Erhöhung der Sektiofrequenz um 1% mehr am Termin eine zusätzliche Belastung der Solidargemeinschaft um ca. 22 Millionen DM ergeben. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Kosten nicht durch eine niedrigere Rate an später nötigen Folgeoperationen, nivelliert werden können. Laut Fisk [20] hat eine Frau in den USA mit vaginaler Geburt ein Risiko von 11 %, im späteren Leben eine Prolaps- oder Inkontinenzoperation zu benötigen. In den USA werden die Langzeitkosten der geburtstraumatisch bedingten Stuhlinkontinenz pro Patient auf 17 166 US Dollar geschätzt. Wagner und Hu [80] berechneten die die

Allgemeinheit betreffenden Kosten für Harninkontinenz-Patienten über 65 Jahre im Jahr 1995. Sie kamen auf insgesamt 26.3 Milliarden Dollar, 3565 Dollar pro Patient mit Harninkontinenz.

Interessante Resultate erbrachte eine Untersuchung von Finkler und Wirtschafter [19] 1991 an acht Entbindungskliniken in Kalifornien. Die Autoren legten dar, daß in Häusern mit großen Entbindungszahlen (über 2500 pro Jahr) die medizinisch besten und kostengünstigsten Ergebnisse durch eine effiziente Zusammensetzung eines gut ausgebildeten medizinischen Teams aus Ärzten, Hebammen und Schwestern unabhängig von der Sektorate erzielt wurden.

## 5.7 Akzeptanz der Wunschsektio

**Al Mufti et al.** [4] unterstellten 1997 den Geburtshelfern, für sich selbst Möglichkeiten der Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, die für ihre schwangeren Patientinnen normalerweise nicht zur Verfügung stehen. Dies trifft zum heutigen Zeitpunkt für die ganz überwiegende Zahl der Kliniken in Bayern nicht zu. Über zwei Drittel aller Kliniken (71 %) führen Wunschsektionen durch (siehe **Abbildung 7**). Allerdings erfolgt in mehr als zwei Dritteln (68,3 %) der Kliniken diese Vorgehensweise des Kaiserschnittes auf Wunsch erst seit dem Jahr 2000 (siehe **Abbildung 8**). Darum ist nicht ganz auszuschliessen, daß im Jahr 1997 dieser Vorwurf auch in Bayern seine Berechtigung hatte.

Beim Vergleich der Wunschsektio-Befürworter mit den Wunschsektio-Gegnern fallen einige Unterschiede auf: Bei beiden Geschlechtern aber etwas deutlicher bei den Gynäkologen zeigt sich ein Trend für die Wunschsektio je jünger und gegen die Wunschsektio je älter die Altersgruppe ist. Insgesamt befürworten aber fast ebenso viele Gynäkologinnen die Wunschsektio (53,8 %) wie Gynäkologen (58,6 %).

Wunschsektio-Befürworter sind tendenziell enger geburtshilflich involviert.

So bieten 71 % der Klinikleiter und Klinikleiterinnen der geburtshilflichen Abteilungen Bayerns die Wunschsektio an. Bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen insgesamt befürworten aber nur 55,6 % die Möglichkeit der Wunschsektio. Die niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen, die als Belegärzte geburtshilflich tätig sind, stimmen zu 68,2 % der Möglichkeit der Wunschsektio zu. Diejenigen, die geburtshilflich nicht, oder nicht mehr tätig sind, befürworten nur zu 52 % die Wunschsektio.

Wie zu erwarten, ist die Sektiorate bei den Wunschsektio-Befürworterinnen und den Partnerinnen der Wunschsektio-Befürworter höher als bei den Wunschsektio-Gegnern und den Partnerinnen der Wunschsektio-Gegner.

Analog dazu ist die persönliche Spontangeburtensrate bei den Wunschsektio-Gegnerinnen etwas höher als bei den Befürworterinnen. Bei den Partnerinnen der Gynäkologen zeigt sich kein Unterschied.

Etwas mehr Partnerinnen von Wunschsektio-Gegnern hatten eine vaginal operative Entbindung als Partnerinnen der Wunschsektio-Befürworter. Allerdings sind hier die Fallzahlen relativ klein. Bei den Gynäkologinnen gibt es zwischen beiden Gruppen keinen faßbaren Unterschied.

Wunschsektio Gegnerinnen haben etwas mehr Kinder (bei den Gynäkologen ist der Unterschied gering).

Konsequenterweise würde von den Wunschsektio-Gegnerinnen und Gegnern keiner für sich oder seine Partnerin im Falle einer unkomplizierten Erstschwangerschaft in Schädellage die primäre Schnittentbindung bevorzugen. Hingegen würden 14,6 % der die Wunschsektio befürwortenden Gynäkologinnen und 13,2 % der die Wunschsektio befürwortenden Gynäkologen auch für sich selbst oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen.

(siehe hierzu **Tabelle 4a**)

### **5.8 Effekt der Wunschsektio auf die Gesamtsektiorate**

Die Wunschsektio wird häufig im Zusammenhang mit der weltweit ansteigenden Sektiorate erwähnt. Auch in Bayern ist dieser Trend unverkennbar, zeigt doch die bayerische Perinatalstatistik in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Anstieg von 13,5 % (1983) auf 21,6% (2000).

Im Jahre 2000 lag die durchschnittliche Sektiorate der Kliniken, die sich an dieser Befragung beteiligten, bei 22% und entsprach damit der Bayerischen Perinatalstatistik.

Die durchschnittliche Sektiorate im Jahr 2000 der Kliniken mit beantworteten Fragebogen, welche die Wunschsektio durchführten, gewichtet mit den Geburtenzahlen liegt knapp darunter, bei 21,8 Prozent.

Nach den Ergebnissen dieser Umfrage liegt der durchschnittliche geschätzte Anteil an Wunschsektionen, bezogen auf alle Sektionen, bei 6,2 % Prozent. Dies bedeutet, daß es sich bei nur etwa jeder 16. Sektio, die in „Wunschsektio-Häusern“ durchgeführt wird, um eine Wunschsektio handeln dürfte und somit dieser von Patientinnen gewünschte Entbindungsmodus in Bayern bisher (noch) beim Anstieg der Sektiorate keine wesentliche Rolle spielt. (Siehe hierzu auch **Abbildung 9**) Insofern ist anzunehmen, daß in Bayern die Wunschsektio bisher beim Anstieg der Sektiorate keine wesentliche Rolle spielt.

## 5.9 Diskussion und Vergleich der Ergebnisse mit den relevanten Studien

### 5.9.1 Diskussion der relevanten Studien

Auf den ersten Blick variieren die Ergebnisse bezüglich des bevorzugten persönlichen Geburtsmodus der Gynäkologen in den entwickelten Länder in den letzten fünf Jahren stark. Nur 1,4 % der Geburtshelfer in den Niederlanden [76], aber 46,2 % der befragten Geburtshelfer der USA [24] würden sich für einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation entscheiden.

Bei der Umfrage von Gabbe et al. [24] handelt es sich allerdings nicht um eine anonyme Umfrage, sondern eine öffentliche Abstimmung durch Handzeichen. Auch die Fallzahl ist mit 117 Geburtshelfern sehr gering und sicherlich nicht für die gesamten Vereinten Staaten repräsentativ. Zudem wurde die Abstimmung während einer Diskussion über über Risiken und Vorteile der vaginalen Geburt nach vorangegangenem Kaiserschnitt durchgeführt. Es ist nicht ganz auszuschliessen, daß die Befragten noch unter dem Einfluß des Diskussionsinhaltes standen, nicht genügend Zeit hatten, ihre Entscheidung zu überdenken, und diese aus einer momentanen Stimmung gegen die vaginale Geburt fällten. In den USA wird momentan jedes vierte Kind durch Kaiserschnitt geboren. Dennoch erscheint die Rate von 46,2 % aller Geburtshelfer dort, die für sich oder ihre Partnerin im Falle einer unkomplizierten Erstschwangerschaft in Schädellage die elektive Sektio bevorzugen würden unrealistisch hoch.

Die 1999 veröffentlichte, anonyme Umfrage in den Niederlanden unter allen Geburtshelfer Hollands [76] ist mit einer Rücklaufquote von 67 % und einer Fallzahl von 567 sicherlich repräsentativ. Die Sektioraten der Niederlanden gelten zusammen mit der Tschechoslowakei und Irland als besonders niedrig. Zudem handelt es sich hier um ein Land mit einer extrem hohen Rate an Hausgeburten. Vermutlich ist die niedrige Rate von 1,4 % Wunschsektio-Interessenten unter den niederländischen Geburtshelfern vor allem durch den sozioökonomischen Hintergrund zu erklären.

Eine signifikante Anhäufung bestimmter Meinungen in entsprechenden Altersklassen oder eine geschlechtsspezifische Gruppierung konnte in unserer Befragung nicht festgestellt werden.

Im Gegensatz dazu besteht ein eklatanter Geschlechtsunterschied in der Londoner Studie [3]. Der hohen Rate der Wunschsektiobefürworterinnen (31 % der befragten Gynäkologinnen) verdankt diese Publikation wohl auch ihre Popularität, wobei nur 8

% der Londoner Gynäkologen für ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen, sodass die Gesamtrate der Wunschsektiobefürworter auf 17 % sinkt.

Über die möglichen Hintergründe dieser Diskrepanz zwischen den männlichen Gynäkologen und weiblichen Gynäkologinnen Londons fehlen bislang Erklärungen. Eine Umfrage von Wright et al [86] unter 279 Facharztanwärtern in ganz Großbritannien brachte mit einer Rate von 15,8 % Wunschsektio-Präferenz zwar ein mit der Londoner Studie vergleichbares Gesamtergebnis, zwischen den weiblichen (14,6 %) und männlichen (16,4 %) Geburtshelfern gab es jedoch fast keinen Unterschied.

Mc Gurgan et al [44] konnten in einer Untersuchung in Irland zeigen, daß mehr Frauen (15 %) als Männer (4 %) die elektive Sektio bevorzugen. Der Unterschied ist aufgrund der niedrigen Fallzahl (insgesamt 12) jedoch nicht signifikant.

Studien von Land et al. [40] in Australien und Neuseeland und Gabbe et al. [24] in den USA zeigen, dass tendenziell etwas mehr Männer für ihre Partnerinnen die elektive Sektio bevorzugen.

Auch die 2001 veröffentlichten gewonnenen Daten aus der anonymen Umfrage in Irland [44] an alle 234 Geburtshelfer mit einer Rücklaufquote von 71 % sind repräsentativ. Obwohl es sich hier um ein Land mit niedriger Sektiorate handelt, liegt die Rate der Geburtshelfer, die einen Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation bevorzugen würden mit 7 % deutlich über dem holländischen Ergebnis.

Gerade von 1997 bis 2001 häuften sich die Veröffentlichungen über mögliche Traumatisierungen des weiblichen Beckenbodens durch die vaginale Geburt. Gleichzeitig fanden Regionalanästhesieverfahren und modifizierte Operationstechniken aufgrund der geringeren mütterlichen Morbidität und Mortalität immer breiteren Zuspruch. Möglicherweise bedingten diese Veränderungen weltweit bei allen Geburtshelfern und Geburtshelferinnen ein Umdenken zugunsten der Wunschsektio für die eigene Person.

Die Befragungsergebnisse der übrigen drei Studien variieren nicht so stark.

Die Rate von 11 % Wunschsektio-Interessenten unter den Geburtshelfern der australisch- neuseeländischen Studie von Land et al. [40] aus dem Jahr 1999 liegt zwar etwas unter den Raten 17 % bei Al Mufti et al. [3] und 15,8 % bei Wright et al. [87]. Dennoch kommt sie diesen erstaunlich nahe, wenn man den soziokulturellen

Hintergrund mit der dort praktizierten eher ursprünglicheren Geburtshilfe, und den großen Anteil ländlicher Gebiete bedenkt. Allerdings liegt bei dieser Erhebung auch die Rücklaufquote nur bei 26 %.

Beim Vergleich der Umfrage von Al Mufti et al. in London [3] bevorzugten im Jahr 1997 17% der befragten Geburtshelfer die Wunschsektio für sich selbst, bei Wright et al. [87] im Jahr 2001 16 %. Allerdings wurden bei diesen beiden Studien, die zwar beide in Großbritannien durchgeführt wurden, unterschiedliche Zielgruppen rekrutiert. Bei der Londoner Studie wurden Gynäkologen aller Altersstufen befragt und zu über 50 % handelte es sich um Fachärzte. Bei Wright et al. handelte es sich ausschließlich um Facharztanwärter. Gerade in dieser Generation sind die Einstellungen noch häufig vorwiegend durch Lehrbuchwissen geprägt und werden erst allmählich durch erworbene Erfahrungen und die aktuelle Literatur modifiziert. In den Lehrbüchern wird die Wunschsektio jedoch noch kaum erwähnt und eine niedrige Sektiorate gilt noch als geburtshilfliches Qualitätskriterium. Die Einstellung von Facharztanwärtinnen und –anwärtinnen dürfte daher im Vergleich zu den Fachärzten tendenziell eher gegen die Wunschsektio ausfallen. Zudem ist in Betracht zu ziehen, daß, ähnlich wie in Australien und Neuseeland, die Haltung zur Wunschsektio in den ländlichen Bezirken eher zurückhaltender ist als in einer Hauptstadt wie London, und dies auch, wenn es um die eigene Person oder den Partner geht. Somit ist eher erstaunlich, daß bei der Studie von Wright et al. im Jahr 2001 ein so hoher Anteil an Facharztanwärtinnen und –anwärtinnen (15,8 %), nämlich fast so hoch wie bei Al Mufti im Jahr 1997 in London (17 %) für sich oder ihre Partnerin den Kaiserschnitt ohne Indikation als eigenen Geburtsmodus bevorzugen würden.

Die Rate der Wunschsektio-Präferentinnen unter den Hebammen liegt mit 4 % in England [12] und 0 % in Deutschland, Österreich und der Schweiz [30] deutlich unter der ihrer ärztlichen Kollegen. Hebammen erhalten durch die Vor- und Nachsorge mehr Einblick in den Familienalltag vor und nach vaginaler Geburt und Kaiserschnitt. Die große Multicenterstudie von Hildingson et al. [33] unter den Schwangeren Schwedens paßt mit 8,2 % wieder gut in den Bereich der vorgestellten Studien der geburtshilflich tätigen Ärzte. In Schweden wird der Wunsch des Patientin nicht nur aus humanitären Gründen sehr ernstgenommen, er findet auch rechtliche Unterstützung. Daher ist dort auch die Einstellung zur Wunschsektio sehr liberal.

Interessanterweise ist Schweden dennoch ein Land mit niedriger Sektiorate (14 % im Jahr 1999).

### **5.9.2 Vergleich der Ergebnisse mit den relevanten Studien**

Die Rate der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte Bayerns, die für sich selbst die Wunschsektio bevorzugen, erscheint mit 7,6 % vergleichbar niedrig wie bei der irischen Studie aus dem Jahr 2001 (7 %), einem Land mit relativ niedriger Sektiorate [44]. Bayern hat jedoch eine relativ hohe Sektiorate.

Andererseits hat Bayern auch relativ viele ländliche Bezirke.

So stellt sich die Frage, ob Bayern im allgemeinen Trend noch zurückliegt, oder ob sich die Diskussion um die Wunschsektio, wenn auch nicht in der Öffentlichkeit, so doch in Fachkreisen, schon wieder beruhigt hat.

Die Rate der Klinikleiter und Klinikleiterinnen der geburtshilflichen Abteilungen die für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen würden liegt etwas höher als bei den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen (8,4 %). Allerdings ist die Fallzahl, trotz der höheren Rücklaufquote (42,1 %) insgesamt gering (6 von 69 bevorzugen die elektive Sektio für sich selbst oder ihre Partnerin). Klinikleiter und Klinikleiterinnen gynäkologischer Abteilungen sind im geburtshilflichen Geschehen enger involviert als ihre niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen und sind einem gewissen Konkurrenzdruck ausgesetzt. Lehnen sie die Wunschsektio grundsätzlich ab, müssen sie damit rechnen, daß manche Schwangere in anderen Kliniken entbinden.

Das Hauptmotiv für die Wunschsektio ist in allen oben erwähnten Studien die Angst vor einer Traumatisierung des Beckenbodens. Auch bei den Klinikleitern und Klinikleiterinnen der geburtshilflichen Abteilungen Bayerns ist dies so. Den niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen Bayerns allerdings, die für sich selbst, oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen, geht es hauptsächlich um den positiven Effekt auf das fetal outcome durch die Sektio.

## 5.10 Fazit

Die Ergebnisse von Al Mufti et al. [3], nach denen fast ein Drittel aller Geburtshelferinnen Londons für sich im Falle einer unkomplizierten Einlingsschwangerschaft in Schädellage den Kaiserschnitt auf Wunsch bevorzugen würden, erregten großes Aufsehen in der Öffentlichkeit. Eigentlich werfen sie vor allem zwei Fragen auf, die häufig miteinander vermischt werden und deshalb zu Verwirrung und Diskussionen führen:

1. Nachdem ein so hoher Prozentsatz von Gynäkologinnen für sich die Wunschsektio wünscht und wohl auch bekommt, soll man nicht auch den Patientinnen, die sich das wünschen, diesen Wunsch erfüllen?
2. Wenn sich so viele „Expertinnen“ für die Wunschsektio entscheiden, sollte man diese Option dann nicht auch generell allen Schwangeren anbieten?

Die Ergebnisse dieser Studie weisen daraufhin, daß, obwohl die Wunschsektio in der Öffentlichkeit in der letzten Zeit immer attraktiver dargestellt wird, ganz offensichtlich die meisten Frauenärztinnen und Frauenärzte den vaginalen Entbindungsmodus bevorzugen. Dennoch kann einer Patientin, wenn sie ausführlich über die möglichen Spätfolgen und Risiken dieses operativen Eingriffes informiert wurde, dieser Wunsch nicht abgeschlagen werden.

Aufgrund der momentanen Datenlage sollte aber die Wunschsektio nicht generell angeboten werden. Die durch die vaginale Geburt möglicherweise bedingten negativen Spätfolgen wie Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz und Deszensus werden in den allermeisten Fällen kofaktoriell bedingt und die anderen Kofaktoren (Adipositas, Hämorrhoidenprobleme, Asthma) spielen offensichtlich oft eine größere Rolle. Auch ist der positive psychosoziale Effekt einer „erfolgreich gemeisterten“ vaginalen Spontangeburt für das Selbstbewußtsein der Mutter, die Paarbeziehung und die Mutter-Kind-Beziehung schwer evaluierbar und möglicherweise größer als im klinischen Alltag wahrgenommen. Zudem sind die zwar zum Glück insgesamt seltenen, aber eben doch deutlich höheren Risiken einer Resektio hinsichtlich Placenta praevia, Placenta accreta, Uterusruptur, höherem Blutverlust, Notwendigkeit zur Hysterektomie, Verletzungsrisiko von Nachbarorganen nicht zu vernachlässigen.

In der Medizin zeichnet sich ein gesellschaftlicher Wandel ab. Die Patienten und Patientinnen des Informationszeitalters verfügen über bessere Zugangsmöglichkeiten zu medizinischem Wissen. Gleichzeitig erhalten das

Selbstbestimmungsrecht und der Wille des Patienten mehr Gewicht.

Entscheidungsprozesse werden nicht mehr autoritär durch den Arzt, sondern zusammen mit der informierten Patientin getroffen.

Zudem ist äußerst fragwürdig, ob es sinnvoll ist, einer Patientin, welche die vaginale Geburt ganz entschieden ablehnt, die Wunschsektio zu verweigern und sie zur vaginalen Geburt zu zwingen bzw. sie zu überreden. Es ist davon auszugehen, daß sich die fehlende Bereitschaft zur vaginalen Geburt äußerst nachteilhaft auf den Geburtsverlauf auswirkt, und dann doch in einer sekundären Sektio enden könnte. Juristisch und ethisch käme dieses Szenarium wohl viel eher der Körperverletzung nahe.

Einerseits findet der Kaiserschnitt auf Wunsch bei den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Klinikleiterinnen und Klinikleitern zunehmende Akzeptanz, andererseits wirkt sich diese Liberalisierung bisher nicht relevant auf die Sektiorate aus. Dies liegt sicher vor allem an der bislang relativ niedrigen Zahl der „reinen“ Wunschsektionen. Möglicherweise aber spielt auch eine Rolle, daß das „Klientel“, welches sie in Anspruch nimmt, sowieso eine Sektio bekommt, sei es aus relativer, „weicher“ Indikation, weil sich der Geburtshelfer juristisch zu schützen versucht, sei es daß es sich aus dem Geburtsverlauf, aus obengenannten Gründen, eben so ergibt.

Die Wunschsektio wurde schon immer, wenn zumeist auch nicht offen, so doch unter „relativer“ Indikation praktiziert. Erst neuerdings gerät sie aufgrund der weltweit stetig ansteigenden Sektioraten und zahlreicher Veröffentlichungen über mögliche Traumatisierungen des Beckenbodens durch die vaginale Geburt zunehmend in die Diskussion. Die Diskussion dieses Themas in der Öffentlichkeit hat aber, zumindest in Bayern, bislang bei weitem nicht die Auswirkungen auf den Anstieg der Sektiorate wie bisher angenommen.

Die weltweite Zunahme der Sektiorate ist wohl eher auf eine großzügigere Indikationsstellung zurückzuführen. Die niedrigere mütterliche Mortalität und Morbidität bei der elektiven Sektio – letztere ist aufgrund neuerer Untersuchungen eventuell sogar niedriger als bei der vaginalen Geburt [64] – führt gerade bei Befolgung des ärztlichen Leitsatzes des „Nihil Nocere“ zwangsweise zu einer Ausweitung der relativen Indikation für die Sektio.

Sicher wäre es sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht von großem Vorteil, wenn es möglich wäre, durch eine Erhöhung der primären (elektiven) Sektiorate eine Erniedrigung der sekundären Sektiorate und eventuell auch der Rate

vaginal-operativer Entbindungen zu erzielen, ohne die Spontangeburtensrate merklich zu reduzieren.

Gerade in der Geburtshilfe ist bisweilen nicht von vorneherein klar, welcher Entbindungsmodus für Mutter und Kind der bessere ist. Unvorhersehbare Überraschungen mit bisweilen katastrophalen Folgen sind jedoch zum Glück selten. Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin führt zwar scheinbar zu einem Autoritätsverlust, möglicherweise aber auch zu einer Entlastung des Arztes in seiner Verantwortung. Andererseits ist gerade die ausgewogene und objektive Informationsvermittlung und ergebnisoffene Beratung der Patientin bei einer Flut von divergierenden Studienergebnissen und Lehrmeinungen eine sehr schwierige und verantwortungsvolle, herausfordernde, Aufgabe.

Die Patientin wählt zwar den Weg, aber ihr Arzt oder ihre Ärztin beraten und begleiten sie. Dieser scheinbare Autoritätsverlust kann auch als Infragestellung der ärztlichen Kompetenz mißverstanden werden. Der die Wunschsektio durchführende Arzt ist dennoch nicht Erfüllungsgehilfe seiner Patientin. Bei relativ vergleichbarer mütterlicher Morbidität und Mortalität beider Entbindungsmodi und insgesamt wohl doch niedrigerem Risiko für das Kind kommt dem Willen der Patientin eine zunehmend höhere Bedeutung zu.

Die Wunschsektio steht im Brennpunkt der moderneren maternalistischen Geburtshilfe. Sie ist eine Provokation für die traditionelle autoritäre paternalistische Geburtshilfe, die unserer aller noch vorwiegend patriarchalen Denkstrukturen besser entspricht.

Andererseits steht sie aber auch im Kreuzfeuer zwischen der natürlichen und der modernen mechanistisch-technokratischen Medizin. Die Anhänger der natürlichen Medizin wollen sich in einer Zeit der Terminierung und Reglementierung die Konfrontation mit einem der extremsten Naturerlebnissen nicht entgehen lassen. Die vaginale Geburt war von der Natur so vorgesehen und ist daher richtig.

Möglicherweise spielt auch doch noch das Bibelzitat aus dem alten Testament nach der Vertreibung aus dem Paradies „...unter Schmerzen sollst Du Deine Kinder gebären.“ eine Rolle.

Es wird auch befürchtet durch die zu großzügige Indikationsstellung für die Durchführung einer Sektio könnten die geburtshilflich tätigen Ärzte ihre Geschicklichkeit bei schwierigen vaginalen Geburten verlernen. „Die wirkliche Geburtshilfe ist eine große Kunst, und weil diese Kunst schwierig ist, ist es leichter ein guter „Cesarist“ als ein guter Geburtshelfer zu sein.“ dieses Statement von

Zacherl [88] aus dem Jahr 1955 ist auch heute noch ein gut nachvollziehbares Argument der Anhänger der "natürlichen" Geburtshilfe.

Die moderne mechanistisch-technokratische "evidence based" Medizin wirkt in einem so emotionsgeladenen Feld wie der Geburt gerade durch ihre betonte Sachlichkeit und Nüchternheit seelenlos und dadurch für ihre Gegner abstossend. Für ihre Anhänger ist sie die logische Konsequenz einer Gesellschaft die sich nicht unbedingt zu ihrem Nachteil schon längst weit von der Natur entfernt hat.

Der zunehmende Einsatz verlässlicher Überwachungsverfahren wie Pulsoxymetrie und Analgesie mittels PDA machen die theoretischen Unterschiede jedoch auch bei der vaginalen Geburt fließend.

Die Wunschsektio wird – egal wie häufig sie in Wirklichkeit praktiziert wird - weiterhin ein heißes Eisen bleiben und die Gemüter erhitzen. Möglicherweise wird auch gerade die öffentliche Diskussion, je nach Darstellungsweise, zu einer „erhöhten Nachfrage“ nach einer Sektio auf Wunsch in den industrialisierten Ländern führen, weil damit gleichzeitig auch die Nachteile der vaginalen Geburt mehr ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gelangen.

## 6. Zusammenfassung

Im Januar 2002 wurden alle 1502 bei der deutschen Ärztekammer registrierten niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen und alle Leiterinnen und Leiter der 164 geburtshilflichen Abteilungen Bayerns angeschrieben, um deren aktuelle Meinung zur Wunschsektio zu erfragen. Die Rücklaufquote betrug 35 % bei den Niedergelassenen und 42,1 % bei den Klinikleitern.

7,6 % der niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen in Bayern und 8,7 % der Klinikleiter und Klinikleiterinnen würden im Falle einer unkomplizierten Schwangerschaft in Schädellage für sich oder ihre Partnerin die Wunschsektio bevorzugen. Diese Haltung war einheitlich in allen Altersklassen und zeigte keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

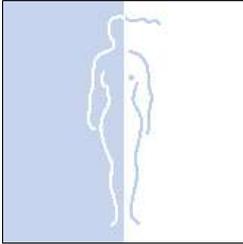
Alle Gynäkologen und Gynäkologinnen, die persönlich mit vaginal-operativen Geburten konfrontiert worden waren, würden auch im Nachhinein für sich selbst die vaginale Geburt bevorzugen.

55,6 % der niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen in Bayern und 71 % der Klinikleiter und Klinikleiterinnen stimmen der Möglichkeit der Wunschsektio grundsätzlich zu.

Die Sektiorate ist in den bayerischen Kliniken, die Wunschsektionen durchführen mit 21,8 % vergleichbar hoch wie in denjenigen Häusern, bei denen kein Kaiserschnitt auf Wunsch erfolgt (22,3 %), wobei der Anteil an Wunschsektionen in diesen Häusern durchschnittlich 6 % aller Kaiserschnitte ausmacht.

## 7. Index

### 7.1 Anschreiben



Prof. Dr. med. R. Knitza  
 Priv.-Doz. Dr. med. M. Kolben  
 Frauenärzte  
 Ruffiniallee 17  
 82166 Gräfelfing  
 ☎ 089 - 89 82 77 77  
 📠 089 - 89 82 77 78  
 www.gyn-zentrum.de

Susanne Eidenschink  
 Frauenärztin  
 Albert-Roßhaupter-Str.2  
 81369 München  
 ☎ 089 - 76 51 17  
 📠 089 - 76 18 77  
 sueid@t-online.de

München, 07. Januar 2001

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wie Sie sicher mitverfolgt haben, gelangt die Diskussion um die Wunschsektio zunehmend ins Interesse der Öffentlichkeit.

Als Frauenärztin/Frauenarzt betreuen Sie Schwangere und sind prägend an deren Meinungsbildung beteiligt. Uns interessiert Ihre persönliche Einstellung zur Wunschsektio. Im Rahmen einer Dissertationsarbeit untersuchen wir die aktuelle Situation in Bayern. Dazu sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Bis vor kurzem galt eine niedrige Sektiorate noch als besonderes Qualitätsmerkmal einer geburtshilflichen Abteilung. Neuerdings wird diese Wertung jedoch immer mehr in Frage gestellt. Verantwortlich dafür ist einerseits die deutliche Reduktion der mütterlichen Morbidität und Mortalität bei elektiven Schnittentbindungen, bedingt unter anderem durch zunehmende Anwendung rückenmarksnaher Anästhesieverfahren (Spinal- bzw. Periduralanästhesie) und die Modifizierung der Operationstechnik („sanfte Sektio“), andererseits aber auch die ins Zentrum der Aufmerksamkeit und Diskussion geratene mögliche Traumatisierung des Beckenbodens durch die vaginale Geburt.

Studien in USA, Australien, England und Irland untersuchten die persönlichen Einstellungen der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer und stellen eine deutliche Tendenz zur Wunschsektio fest. 31 % der Gynäkologinnen in England bevorzugen demnach für sich selbst die elektive Schnittentbindung.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich etwas Zeit nehmen könnten, um den beiliegenden, anonymen Fragebogen auszufüllen und im beiliegenden Freiumschlag an uns zurückzusenden.

Wenn Sie möchten, werden wir Sie gerne über die Ergebnisse der Untersuchung informieren. Für Anregungen und Kritik sind wir offen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

S. Eidenschink

Prof. Dr. R. Knitza

Priv.-Doz. Dr. M. Kolben

Anlage

## 7.2 Fragebögen

### 7.2.1 Fragebögen an die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte

- Seite 1 -

Befürworten Sie die Möglichkeit zur Sektio ohne medizinische Indikation (= Wunschsektio) ?

Ja

Nein

Sind Sie selbst derzeit geburtshilflich ( als Belegärztin/ -arzt) aktiv?

Ja

Nein

Welchen Geburtsmodus würden Sie aufgrund Ihrer persönlichen und beruflichen Erfahrung für sich selbst /Ihre Partnerin bevorzugen (erste unkomplizierte Schwangerschaft, keine Risikofaktoren)?

Vaginale Entbindung

Sektio

Wieviele Kinder haben Sie?

\_\_\_\_\_ Kind(er)

Wie haben Sie bzw. wie hat Ihre Partnerin geboren?

Spontan

Sektio

VE/Forceps

Sie gehören zu der folgenden Altersgruppe

< 40 Jahre

51-60 Jahre

40-50 Jahre

> 60 Jahre

Und sind

weiblich

männlich

Bitte wichten Sie die nachfolgenden Fragen nach Ihrer persönlichen Meinung hinsichtlich der Relevanz für die Entscheidung zur vaginalen Geburt bzw. Sektio durch ein Kreuz auf der Skala. 10 auf der Skala bedeutet, daß Sie diesem Faktor extrem hohe Bedeutung zumessen; 0 steht für keinerlei Bedeutung.

#### Vaginale bzw. vag.- operative Geburt

	0				5					10
Senkungsbeschwerden										
Harninkontinenz										
Stuhlinkontinenz										
Mütterliche Morbidität / Mortalität										
Angst vor Wehen- und Geburtsschmerzen bzw. postpartalem Schmerz										

Bitte wenden

	0				5					10
Positiver Einfluß auf den „fetal outcome“										
Postpartale Sexualstörungen										
Positives Geburtserlebnis (Bonding)										
Positive ökonomische Aspekte (Zeitaufwand, finanzielles Entgelt)										
Forensische Probleme										

**Elektive Sektio caesarea unter rückenmarksnaher Leitungsanästhesie**

	0				5					10
Senkungsbeschwerden										
Harninkontinenz										
Stuhlinkontinenz										
Mütterliche Morbidität / Mortalität										
Angst vor postoperativen Schmerzen										
Postpartale Sexualstörungen										
Positiver Einfluß auf den „fetal outcome“										
Positives Geburtserlebnis (Bonding)										
Positive ökonomische Aspekte (Zeitaufwand, finanzielles Entgelt)										
Forensische Probleme										

## 7.2.2 Fragebögen an die Klinikleiterinnen und Klinikleiter

- Seite 1 -

Werden in Ihrer Klinik "reine"  
(= weder medizinisch, noch psychologisch  
indizierte) Wunschsektionen durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann führen Sie  
Wunschsektionen durch?

Vor dem Jahr 2000

Nach dem Jahr 2000

Wie hoch war die Sektiorate in Ihrer  
geburtshilflichen Abteilung im zurückliegenden  
Jahr?

\_\_\_\_\_ Prozent

Wie hoch schätzen Sie den Anteil an  
Wunschsektionen bezogen auf alle Sektionen?

\_\_\_\_\_ Prozent

Wieviele Geburten hatten Sie im  
Jahre 2001?

\_\_\_\_\_ Geburten

Um was für eine Einrichtung handelt  
es sich?

Universitätsklinik  
 Belegklinik  
 konfessionelles Haus

Kreiskrankenhaus  
 städtisches Haus  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Welchen Geburtsmodus würden Sie aufgrund Ihrer  
persönlichen und beruflichen Erfahrung für sich  
selbst /Ihre Partnerin bevorzugen (erste  
unkompliziert Schwangerschaft, keine  
Risikofaktoren)?

Vaginale Entbindung

Sektio

Wieviele Kinder haben Sie?

\_\_\_\_\_ Kind(er)

Wie haben Sie bzw. wie hat Ihre Partnerin  
geboren?

Spontan  
 Sektio

VE/Forceps

Sie gehören zu der folgenden Altersgruppe

< 40 Jahre  
 51-60 Jahre

40-50 Jahre  
 > 60 Jahre

Und sind

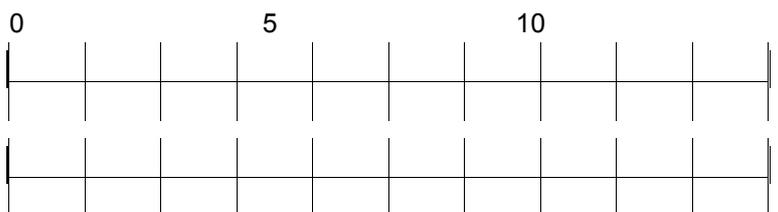
weiblich

männlich

Bitte wichten Sie die nachfolgenden Fragen nach Ihrer persönlichen Meinung hinsichtlich der Relevanz für die Entscheidung zur vaginalen Geburt bzw. Sektio durch ein Kreuz auf der Skala. 10 auf der Skala bedeutet, daß Sie diesem Faktor extrem hohe Bedeutung zumessen; 0 steht für keinerlei Bedeutung.

**Vaginale bzw. vag.- operative Geburt**

Senkungsbeschwerden



Harninkontinenz



0

5

10

Bitte wenden

Stuhlinkontinenz										
Mütterliche Morbidität / Mortalität										
Angst vor Wehen- und Geburtsschmerzen bzw. postpartalem Schmerz										
Postpartale Sexualstörungen										
Positiver Einfluß auf den „fetal outcome“										
Positives Geburtserlebnis (Bonding)										
Positive ökonomische Aspekte (Zeitaufwand, finanzielles Entgelt)										
Forensische Probleme										

**Elektive Sektio caesarea unter rückenmarksnaher Leitungsanästhesie**

	0				5					10
Senkungsbeschwerden										
Harninkontinenz										
Stuhlinkontinenz										
Mütterliche Morbidität / Mortalität										
Angst vor postoperativen Schmerzen										
Postpartale Sexualstörungen										
Positiver Einfluß auf den „fetal outcome“										
Positives Geburtserlebnis (Bonding)										
Positive ökonomische Aspekte (Zeitaufwand, finanzielles Entgelt)										
Forensische Probleme										

### 7.3 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b>	Geburtsmodi der niedergelassenen Gynäkologinnen und der Partnerinnen der niedergelassenen Gynäkologen.....	15
<b>Tabelle 2</b>	Geburtsmodi der niedergelassenen Gynäkologinnen und der Partnerinnen der niedergelassenen Gynäkologen unter Berücksichtigung der Anzahl der Kinder.....	16
<b>Tabelle 3</b>	Vergleich Wunschsektio-Gegner und Wunschsektio-Befürworter bei den niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde.....	24
<b>Tabelle 4a</b>	Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten Bayerns.....	25
<b>Tabelle 4b</b>	Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen Bayerns.....	27
<b>Tabelle 4c</b>	Abhängigkeit des bevorzugten eigenen Geburtsmodus vom persönlich erlebten Geburtsmodus der niedergelassenen Frauenärzte Bayerns bei ihren Partnerinnen.....	27
<b>Tabelle 5</b>	Geburtsmodi der Chefärztinnen und und der Partnerinnen der Chefärzte.....	33
<b>Tabelle 6</b>	Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefärzten.....	39
<b>Tabelle 7</b>	Statistische Auswertung der gepaarten Differenzen (=Differenz zwischen der Wichtung bei der vaginalen Geburt und der Wichtung bei der elektiven Sektio) mittels SPSS.....	42
<b>Tabelle 8</b>	Die entscheidungsrelevanten Wichtungsunterschiede in Abhängigkeit vom persönlich bevorzugten Geburtsmodus.....	45
<b>Tabelle 9</b>	Der entscheidungsrelevante Unterschied in Abhängigkeit vom persönlich erlebten Geburtsmodus.....	47-48
<b>Tabelle 10</b>	Elektive Sektio als persönlich bevorzugter Geburtsmodus von Frauenärztinnen und Frauenärzten– Vergleich der verschiedenen Studien.....	52
<b>Tabelle 11</b>	Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Harninkontinenz nach vaginaler Geburt.....	59

<b>Tabelle 12</b>	Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Harninkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus.....	61
<b>Tabelle 13</b>	Postpartaler Schädigung der Beckenbodens in Abhängigkeit vom Geburtsmodus.....	65
<b>Tabelle 14</b>	Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Stuhlinkontinenz nach vaginaler Geburt.....	69
<b>Tabelle 15</b>	Überblick über die unterschiedlichen Prävalenzen der Stuhlinkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus.....	71

## 7.4 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Altersgruppen der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte.....	12
<b>Abbildung 2</b>	Anzahl der Kinder der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte.....	13
<b>Abbildung 3a</b>	Selbst praktizierte Geburtsmodi der niedergelassenen Frauenärztinnen.....	14
<b>Abbildung 3b</b>	Geburtsmodi, welche die niedergelassenen Frauenärzte bei ihren Partnerinnen miterlebt hatten.....	14
<b>Abbildung 4</b>	Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden.....	19
<b>Abbildung 5</b>	Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten, die für sich oder ihre Partnerin die elektive Sektio bevorzugen würden.....	22
<b>Abbildung 6</b>	Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten.....	26
<b>Abbildung 7</b>	Art und Anzahl der in den Fragebögen repräsentierten Einrichtungen und die jeweilige Einstellung zur Wunschsektio.....	28
<b>Abbildung 8</b>	Wunschsektionen vor und seit 2000 in den verschiedenen Einrichtungen.....	29
<b>Abbildung 9</b>	Vergleich der Sektioraten der Kliniken die Wunschsektionen durchführen, mit denen, die sie ablehnen, innerhalb der einzelnen Kliniktypen.....	31
<b>Abbildung 10</b>	Altersgruppen der Chefärztinnen und Chefärzte.....	31
<b>Abbildung 11</b>	Anzahl der Kinder der Chefärzte und Chefärztinnen.....	32
<b>Abbildung 12</b>	Geburtsmodi, die die Chefärzte bei ihren Partnerinnen miterlebt hatten.....	33
<b>Abbildung 13</b>	Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Klinikleiterinnen und Klinikleitern, die für sich oder ihre Partnerin die vaginale Geburt bevorzugen würden.....	36

<b>Abbildung 14</b>	Hierarchie der entscheidungsrelevanten Kriterien bei den Klinikleiterinnen und Klinikleitern, die für sich oder ihre Partnerin die elektive Sektio bevorzugen würden.....	38
<b>Abbildung 15</b>	Abhängigkeit des bevorzugten vom persönlich erlebten Geburtsmodus bei den Chefärztinnen und Chefarzten und den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten	39
<b>Abbildung 16</b>	Argumente für die vaginale Geburt nach Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	43
<b>Abbildung 17</b>	Argumente für die Wunschsektio nach Auswertung der entscheidungsrelevanten Kriterien.....	43

## 7.5 Literaturverzeichnis

- 1) Albrecht H: Excessive use of caesarean section. *Triangle* 1990; 29/4: 181-187
- 2) Anthuber C: Cesarean section by request. What would Hippocrates say?. *MMW Fortschr Med* 2000; 40: 10
- 3) Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk N M: Obstetricians` personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1997; 349: 544
- 4) Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk N M: Survey of obstetricians` personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73: 1-4
- 5) Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) (AGMEDR): Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Fragen der so genannten Sectio auf Wunsch. *Frauenarzt* 2001; 42: 1311-1317
- 6) Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Macyonda I: Women`s sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107(2): 186-195
- 7) Bernstein P: Elective cesarean section: an acceptable alternative to vaginal delivery? *Medscape Ob/Gyn & Women`s Health* 2002; 7 (2)
- 8) Brown S, Lumley J: Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynecol* 1998; 105: 156-161
- 9) Chaliha C, Kalia V, Stanton L, Sultan A: Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 689-694
- 10) Cotzias C S, Paterson-Brown S, Fisk N M: Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis. *BMJ* 1999; 319: 287-288
- 11) Dannecker C, Anthuber C: The effect of childbirth on the pelvic floor. *J Perinat Med* 2000; 28: 175-184
- 12) Dickson M J, Willet M: Midwives would prefer a vaginal delivery. *BMJ* 1999; 319: 1008
- 13) Dimpfl Th, Hesse U, Schüssler B: Incidence and cause of postpartum urinary stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43: 29-33
- 14) Faridi A, Rath W: Anal incontinence after vaginal delivery. *Br J Obstet Gynecol*, 1999; 106: 1107
- 15) Faridi A, Willis St, Schelzig P, Karusu T, Schumpelick V, Rath W: Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf die Morphologie und Funktion des anorektalen Kontinenzorgans. *Gynäkol Geburtsh Rundsch* 1999; 39:7-51

- 16) Faridi A, Willis St, Schumpelick V, Rath W: Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt. Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? Dtsch Arztebl 2002; 99: A42-48 (Heft 1-2)
- 17) Faundes A, Guarisi T, Pinto-Neto A M: The risk of parous women who delivered only by caesarean section. Int J Gynaecol Obstet 2001;72: 41-46
- 18) Feige A: Sectio caesarea: Wirtschaftliche Aspekte. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): Sectio caesarea. Uni-Med Verlag, Bremen 2001: 36-39
- 19) Finkler M , Wirtschaftfer D: Cost-effectiveness and obstetric services. Med Care 1991; 29: 951-963
- 20) Fisk N: Caesarean section for everyone? In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): Sectio caesarea. Uni-Med Verlag, Bremen 2001: 29-30
- 21) Franz H B G: Anale Inkontinenz post partum. Geburtsh Frauenheilk 2002; 62: 79-81
- 22) Fynes M, Donnelly V, O`Connell, R, O`Herlihy C: Cesarean delivery and anal sphincter injury. Obstet Gynecol 1998: 92: 496-500
- 23) Fynes M, Marshall K, Cassidy M, O`Connell R, O`Herlihy C: Cesarean delivery and anal sphincter injury. Br J Obstet Gynaecol 1998: 105: 1232-1233
- 24) Gabbe St., Holzman G.: Obstetricians`choice of delivery. Lancet; 2001; 357: 722
- 25) Gathwala G, Narayanan I: Influence of cesarean section on mother-baby interaction. Indian Pediatrics 1991; 28: 45-50
- 26) Glazener C, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell I: Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. Br J Obstet Gynaecol 1995; 102: 282-287
- 27) Glazener C: Sexual function after childbirth: women`s experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 330-335
- 28) Gleicher N: Cesarean section rates in the United States. JAMA 1984; 252: 3273-3276,
- 29) Greene R, Gardeil F, Turner M: Long term implications of cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 254-255
- 30) Groß M, Luyben A, Harder U, Reutter R: Welchen Geburtsmodus wählen Hebammen? Ergebnisse einer Umfrage. Hippokratens Verlag 2000; 4: 189-196
- 31) Groutz A, Gordon D: Stress urinary incontinence: prevalence among multiparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. Neurorol Urodyn; 1999; 18: 419-425

- 32) Hickl, E-J: Kaiserschnitt auf Wunsch. *Geburtsh Frauenheilk* 2002; 62: 82-84
- 33) Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U: Few women wish to be delivered by cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* (2002) 109: 618-623
- 34) Husslein P: Elektive Sectio versus vaginale Geburt – Ist das Ende der herkömmlichen Geburtshilfe erreicht? *Frauenarzt* 2000; 41: 1176-1185
- 35) Internationale Federation der Gynäkologen und Geburtshelfer (FIGO): Ethical aspects regarding caesarean delivery for non-medical reasons. Agenda document for the 48<sup>th</sup> annual meeting of the executive board of FIGO, Cape Town, South Africa, 16.10.1998
- 36) Iosif CS, Ingemarsson I: Prevalence of stress incontinence among women delivered by elective cesarian section. *Int J Gynecol Obstet* 1982; 20: 87-89
- 37) Kamm M: Obstetric damage and faecal incontinence. *Lancet* 1994; 344: 730-733
- 38) Karoui S, Savoye-Collet C, Koning E, Leroi A-M, Denis P: Prevalence of anal sphincter defects revealed by sonography in 115 continent patients. *AJR* 1999; 173: 389-392
- 39) Kühnert M, Schmidt S, Feller A, Vonderheit K-H: Sectio caesarea: ein harmloser Eingriff aus mütterlicher Sicht? *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 60: 354-361
- 40) Land R, Parry E, Rane A, Wilson D: Personal preferences of obstetricians towards childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 411: 249-252
- 41) Lilford R J; Van Coeverden De Groot H A, Moore P J, Bingham P: The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 883-892
- 42) Mac Arthur C, Bick D, Keighley M: Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*; 1997; 104: 46-50
- 43) Mac Lennan A, Taylor A, Wilson D, Wilson D: The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 1460-1470
- 44) Mc Gurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan P J: A national confidential survey of obstetrician`s personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97: 17-19
- 45) Mellgren A, Jensen L, Zetterström J, Wong D, Hofmeister M, Lowry A: Long-term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 857-865

- 46) Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P: The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 613-618
- 47) Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B: The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149 (6): 1459-1462
- 48) Morkved S, Bo K; Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J* 1999; 10: 394-398
- 49) Morrison J J, Rennie J M, Milton P J: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102: 101-106
- 50) Mutryn, C: Psychosocial impact of caesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med* 1993; 37 1271-1281
- 51) Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S: Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995; 274/ 7: 559-561
- 52) Nygaard J, De Lancey L, Arnsdorf L, Murphy E: Exercise and Incontinence. *Obstet Gynec* 1990; 75: 848-851
- 53) Paterson-Brown S, Fisk N: Caesarean section: every woman`s right to choose? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1997; 9: 351-355
- 54) Petri E, Schüßler B, Vetter K, Placht A, Wisser J: Postpartale Harn- und Stuhlinkontinenz. *Gynäkol Prax* 1999; 23: 47-54
- 55) Rath W, Vetter K: Der Kaiserschnitt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, Mangel an gesichertem Wissen und ärztlicher Entscheidung. *Geburtsh Frauenheilk* 2002; 62: 838-842:
- 56) Riedl T, Falkert A, Seelbach-Göbel B: Harninkontinenz nach vaginaler Entbindung. Gibt es ein Risikoprofil? *Geburtsh Frauenheilk* 2002; 5: 470-476
- 57) Rieger N, Schloithe A: A prospective study of anal sphincter injury due to childbirth. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 950-955
- 58) Ryding E L, Wiyma k, Wijima B: Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 135-144
- 59) Ryding E L: Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. 1993; 72: 280-285

- 60) Ryhammer A M, Bek K M, Laurberg S: Multiple vaginale deliveries increase the risk of permanent incontinence of flatus and urine in normal premenopausal women. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1206-1209
- 61) Schlund G: Wunschsectio ohne Indikation ist und bleibt Körperverletzung! *Gynecol Tribune* 2002; 3 (8/9): 11
- 62) Schüßler B, Baeßler K: Prophylaxe von Inkontinenz und Prolaps: Ein Merkmal zukünftiger mütterlicher geburtshilflicher Qualität? *Geburtsh Frauenheilk* 1998; 58: 588-596
- 63) Schmidt W, Hendrik H J: Mütterliche Kurz- und Langzeitmorbidity der Geburt im Spiegel der zunehmenden Lebenserwartung. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Uni-Med Verlag, Bremen 2001: 54-57
- 64) Schneider K T M, Schelling M, Gnirs J, Lack N: Wunschsektio und Morbiditätsrisiken bei Mutter und Kind. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Uni-Med Verlag, Bremen 2001: 118-121
- 65) Signorello L, Harlow B, Chekos A, Repke J: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 881-890
- 66) Smith A, Hosker G, Warrell D: The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. *Br J Obstet Gynecol* 1989/96 24-28
- 67) Snooks S J; Swash M: Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature. *Lancet* 1984; 8: 546-550
- 68) Snooks S J; Swash M: Effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Br J Surg* 1990; 77: 1358-1360
- 69) Sultan A H, Kamm M A, Hudson Ch N, Thomas J M, Bartram C J: Anal-Sphincter Disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-1911
- 70) Sultan A H, Kamm M A: Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 979-982
- 71) Sultan A H, Stanton S L: Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103: 731-734
- 72) Szucs Th: Medizinisch-ökonomische Aspekte der vaginalen Geburt im Vergleich zur Sectio caesarea. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Uni-Med Verlag, Bremen 2001: 39-42

- 73) Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J: Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 1034-1040
- 74) Tranquilli A, Garzetti G: A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section on maternal request. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177
- 75) Ulsenheimer K: Wunschsektio: forensische Aspekte. *Gynäkologe* 2000; 33: 882-886
- 76) Van Roosmalen J: Unnecessary caesarean sections should be avoided. *BMJ* 1999; 318: 121
- 77) Viktrup L, Lose G: The risk of stress incontinence 5 years after first delivery 2001; 185: 82-87
- 78) Viktrup L, Lose G, Rolff MD, Barfoed K: The frequency of urinary symptoms during pregnancy and puerperium in the primipara. *Int Urogynecol J* 1993; 4: 27-30
- 79) Viktrup L, Lose G, Rolff MD, Barfoed K: The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet. Gynecol* 1992; 79: 945-949
- 80) Wagner T, Hu T-W: Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998; 5: 355-361
- 81) Wachter I: Könnte die Sectio zum bevorzugten Entbindungsmodus der Zukunft werden? *Frauenarzt* 2002; 8: 902-905
- 82) Welsch H: Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. *Gynäkologe* 1997; 30: 742-756
- 83) Welsch H: Sectio caesarea: Sectiomortalität und –letalität in Bayern 1983-1999 In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Uni-Med Verlag, Bremen, 2001: 47-54
- 84) Wilson P D, Herbison R M, Herbison G P: Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103 (2): 154-61
- 85) Wisser J, Schär G, Kurmanavicius J, Huch R, Huch A: Use of 3 D ultrasound as a new approach to assess obstetrical trauma to the pelvic floor. *Ultraschall in der Medizin* 1999; 20: 15-18
- 86) Wisser J: Sonomorphologische Veränderungen des anterioren Beckenbodenkompartiments nach vaginaler Geburt. In: Huch A, Chaoui R, Huch R (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Uni-Med Verlag, Bremen, 2001: 75-78

- 87) Wright J B, Wright A L, Simpson N A B, Bryce F C: A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 97: 23-25
- 88) Zacherl H: Kritische Stellungnahme zu den Indikationen zur Sectio. Arch Gynäk 1955, 185, 41-52
- 89) Zetterström J P, Lopey A: Anal incontinence after vaginal delivery: a prospective study in primiparous women. Br J Obstet Gynecol: 1999: 324-330

## 7.6 Danksagung

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Professor Doktor Reinhold Knitza für seine überaus motivierende Unterstützung und Betreuung.

Auch seinem Kollegen Herrn Professor Doktor Martin Kolben und seiner Frau, Frau Doktor Susanne Maurer danke ich sehr.

Ein großes Dankeschön geht an Martin Hinz für seine grenzenlose Geduld und Hilfe bei der Erweiterung meiner PC-Kenntnisse, und an seinen Bruder, Thomas Hinz, Professor der Soziologie, für die statistische Auswertung der Daten mittels SPSS. Für die Unterstützung beim Ausdrucken und Versenden danke ich meinem Bruder Max Eidenschink, Alberto Garcia, Christiane Ossowicki und meinen Mitarbeiterinnen in der Praxis Gabi Beier und Monika Glasemann.

## 7.7 Lebenslauf

Geboren am 23.12.1962 in München als erstes Kind des Ehepaars Brigitte und Peter Eidschink.

1969 - 1973	Besuch der Grundschule in München
1973 - 1982	Besuch des Klenze-Gymnaiums in München
1982	Abitur
1982 - 1989	Studium der Humanmedizin an der TU München
8 / 89 – 1 / 91	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum am Pathologischen Institut des Zentralklinikums Augsburg
5 / 91 – 12 / 93	Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Weidenbach-Klinik in München (Belegkrankenhaus)
1 / 94 – 12 / 98	Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Klinik Dr. Wolfart in Gräfelfing (Belegkrankenhaus)
16.04.1997	Bestehen der Facharztprüfung für Gynäkologie und Geburtshilfe
24.10.1998	Spontangeburt eines Sohnes
Seit 1.1.1999	Niedergelassene Frauenärztin in München und Belegärztin an der Klinik Dr. Wolfart in Gräfelfing