RUNDBRIEF

34 November 2013

Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Seite 8

Schwerpunkt

Dokumentation der 27. Tagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zum Thema »Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?«

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

pro familia Niedersachsen

SoVD Sozialverband Deutschland Landesverband Niedersachsen e.V.

LVG & AFS Niedersachsen e.V.

Impressum

Rundbrief 34 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
November 2013

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 88 11 89 5
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion:
Ursula Jeß, Claudia Hasse, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration
Birgit Vahldiek, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.
Edith Ahmann, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:
Inge Dotschkis-Hillejan, Karin Helke-Krüger, Dr. Helmut Kirchner, Astrid Krahl, Prof. Dr. Petra Kolip,
Dr. med Wolf Lütje, Heinrike Pfohl-Horster, Dr. Maren Preuß, Gesundheits- und Frauenministerin Cornelia Rundt,
Dr. Ute Sonntag, Christiane Schwarz

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen /
Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die
Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de als PDF eingestellt.
http://tinyurl.com/l9pvn7g

Editorial

Liebe Frauen, liebe Netzwerkmitglieder,

das Jahr 2013 neigt sich langsam Weihnachten zu und wir freuen uns, Ihnen mit dem Schwerpunktthema des 34. Rundbriefes interessante Beiträge der 27. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zum Thema „Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?" zur Verfügung stellen zu können.
Fast jedes dritte Kind kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Dabei gibt es große regionale Unterschiede. In Niedersachsen liegen diese zwischen 26 und 43 %. Damit bewegt sich die Kaiserschnitt-Rate in Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt. Laut Gesundheitsorganisation WHO sind nur 10 bis 15 % dieser Eingriffe medizinisch wirklich notwendig. Die Ursachen für diese Diskrepanz sind vielfältig.

Neben der Darstellung der Ergebnisse der Studie „Faktencheck Gesundheit – Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung", die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung erstellt wurde, wurden im Rahmen der oben genannten Tagung Ansätze und Modelle zur Senkung der Kaiserschnittrate vorgestellt und diskutiert.

Am 26. August 2013 besuchten 101 Teilnehmenden die Fachtagung in Hannover, großenteils Mitglieder des Netzwerks Frauen / Mädchen und Gesundheit, freiberufliche und angestellte Hebammen, Mitarbeiterinnen von Schwangerenberatungsstellen, Vertreter/innen von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte sowie Gleichstellungsbeauftragte. Wir freuen uns über den großen Zuspruch und das hohe Engagement zu diesem Thema.

Die Tagung wurde in Kooperation mit der Kaiserschnittstelle Hannover und dem Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V. vorbereitet.

Unter „Aktuelles" finden Sie Informationen zum Flyer „Ich bin schwanger und rauche – was nun?" und einen Bericht zum 20jährigen Jubiläum der Frauenberatung Verden. In der Mediothek erhalten Sie neben zwei Hinweisen auf Medien zum Tagungsthema Literaturhinweise zu folgenden Themen: „Wechseljahre"; „Jahrbuch Sexualpädagogik 2013" und zum „skandinavischen Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem".
Wie wünschen Ihnen eine anregende und interessante Lektüre.

Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich mit eigenen Beiträgen zu beteiligen, zum Beispiel Aktivitäten in Ihrer Region zur Frauengesundheit darzustellen.
Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 28. Februar 2014.

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes wünschen einen beschaulichen Jahresausklang!

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Hildegard Müller
pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Birgit Vahldiek
SOVD-Landesverband Niedersachsen e. V.

Inhalt

Aktuelles

Ich bin schwanger und rauche – was nun? **05**

Regionales

Ein Blick zurück und nach vorn – Die Frauenberatung Verden **06**

Schwerpunkt: Dokumentation der 27. Tagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zum Thema »Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?«

Grußwort **08**

Kaiserschnittgeburten in Niedersachsen **12**

Kliniklogik und Kaiserschnittrate **16**

Workshop 1

Wenn Frauen einen Kaiserschnitt wünschen ... **19**

Workshop 2

Hebammen und Ärzteschaft im Kreißsaal: Konkurrenz oder Team? **20**

Workshop 3

Qualitätsentwicklung im Rahmen der normalen Geburt –

Der Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt **25**

Workshop 4

Frauen kommen zu Wort – (An)forderungen an die Geburtshilfe **27**

Mediothek **29**

Termine **32**

Ich bin schwanger und rauche – was nun?

Der neue Flyer für rauchende Schwangere bietet Frauenärztinnen und -ärzten, Hebammen und anderen Beraterinnen und Beratern die Möglichkeit, bei der Beratung von Schwangeren die wichtigsten Informationen zu diesem Thema mit nach Hause zu geben. Er hat das Format des Mutterpasses, ist verständlich geschrieben und beantwortet die am häufigsten gestellten Fragen zu Rauchen in der Schwangerschaft.

Dass ein solches Medium notwendig ist, belegen folgende Zahlen: In Deutschland rauchen durchschnittlich 13 Prozent der Schwangeren zu Beginn der Schwangerschaft. Nur ein Viertel schafft es, während der Schwangerschaft das Rauchen aufzugeben. Junge Mütter und Frauen aus sozial benachteiligten Schichten rauchen besonders häufig, während sie schwanger sind. Die Dunkelziffer wird weitaus höher eingeschätzt.

Dieses niedrigschwellige Medium ist vom bundesweiten Netzwerk Frauen aktiv contra Tabak e. V. (FACT) und dem Verein Frauen fördern die Gesundheit e. V. entwickelt worden. Weitere Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sind der Deutsche HebammenVerband, der Deutsche Ärztinnenbund e. V. und der Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Der Flyer ist anzuschauen unter www.fact-antitabak.de und über FACT sowie den Deutschen Ärztinnenbund durch Zusendung eines mit 1,45 Euro frankierten DIN A 5 Rückumschlages für 20 Flyer zu beziehen.

„Ich bin schwanger und rauche – was nun?"

Vom ersten Tag an geben Sie Ihrem Kind alles, was es braucht. Die Nabelschnur ist dabei die Versorgungsleitung. Durch sie gelangt Ihr Blut mit dem lebenswichtigen Sauerstoff und allen Nährstoffen zu Ihrem Kind. Ein schönes Gefühl!

Was passiert, wenn Sie eine Zigarette rauchen?
Durch die Nabelschnur gelangen nun auch Giftstoffe aus dem Tabakrauch zu Ihrem Kind. Das Nikotin greift das gesamte Gefäß- und Nervensystem an. Durch das Kohlenmonoxid, das Sie einatmen, gelangt weniger Sauerstoff zu Ihrem Kind. Sein Herz schlägt schneller. Die Plazenta (der Mutterkuchen) wird schlechter durchblutet. So kommen weniger Nährstoffe bei Ihrem Kind an.

Auch Passivrauch belastet Sie und Ihr Kind!
Könnte Ihre Schwangerschaft für Ihren Partner oder andere Familienmitglieder ein Anlass sein, auch mit dem Rauchen aufzuhören? Eher nein? Eine rauchfreie Wohnung und ein rauchfreies Auto sind ein guter Kompromiss und ein Gewinn für Ihr Kind und für Sie selbst.

Ein Blick zurück und nach vorn – Die Frauenberatung Verden

„Guten Tag, ich möchte mich scheiden lassen und brauche Ihre Unterstützung..."
„Guten Tag, ich bin in der sechsten Woche schwanger und kann mich momentan nicht für diese Schwangerschaft entscheiden; ich brauche einen Termin."
„Guten Tag, ich habe ein sehr niedriges Einkommen und benötige dringend finanzielle Unterstützung, weil ich im fünften Monat schwanger bin...".

Seit 20 Jahren erreichen diese und andere Anrufe täglich die Frauenberatung Verden.

Nach vielen Monaten der Trauerbegleitung verabschiedet sich eine junge Frau mit den Worten:
„Hier konnte ich so lange traurig sein, wie ich es empfand. Ich konnte mein verlorenes Kind betrauern. Ich bin so dankbar, dass es Sie gibt und ich hier sein konnte... Ich habe wieder Lebensmut gefunden."

Lebensmut wird auch häufig Frauen im Trennungs- oder Scheidungsprozess vermittelt. Die Frauen haben Mut und gründen oft im Anschluss an die Einzelberatung Selbsthilfegruppen zur gegenseitigen Stärkung. Nicht nur für diese, sondern für diverse andere Problemlagen und Präventionsarbeit steht die Tür offen.

Die geleistete Arbeit wurde am 19. September 2013 mit einem Jubiläumsfest im wunderschönen „Ehmken Hoff" in Dörverden geehrt. „....bis hierhin und viel weiter..." betitelte Dr. Marie Sichtermann ihren Vortrag, der unter anderem von musikalischen Beiträgen des „Duo Taksim" und dem Lesbenchor „Leineperlen" aus Hannover eingerahmt wurde.

Dr. Marie Sichtermann beschrieb, dass die Frauenberatungsstellen die Arbeit der sogenannten „consciousness-raising groups", nach einiger Zeit übernahmen. Diese waren zu Beginn der zweiten Frauenbewegung sehr beliebt.. „Ihnen kommt die überaus wichtige Funktion zu, leidenden und ratlosen Frauen ihre Lage bewusst zu machen, damit sie in Freiheit selbst über ihr Leben entscheiden können und verstehen, dass sie das auch müssen, weil ihnen das niemand abnimmt." Etwas deprimierend war ihr Hinweis, dass Frauenberatungsstellen politisch zwar für unverzichtbar gehalten werden, aber der Mangel an finanziellen Mitteln diese Arbeit von Beginn an begleitet hat.

Sie kam zudem auf ein sehr aktuelles Problem zu sprechen, dass sich durch die Kontingentierung der Praxen für

psychologische Psychotherapie ergibt. Denn trotz steigendem Bedarf für eine Therapie, wird hier ein künstlicher Mangel an Therapieplätzen geschaffen, so dass sich die Frauen verstärkt wieder an die bereits sehr ausgelasteten Frauenberatungsstellen wenden. Die Essenz der Arbeit dieser Frauenberatungsstelle fasst Dr. Sichtermann in Worten von Philosophinnen zusammen: „Wenn Frauen sich auf Frauen beziehen, verändern sie die Welt." „Eine Frau muss aus ihrer Erfahrung einen Maßstab für die Welt machen, aus ihren Interessen ein Kriterium für die Beurteilung der Welt, aus ihrem Begehren den Antrieb zur Veränderung der Welt, damit die Welt für sie etwas wird, wofür sie Verantwortung übernehmen kann".

Ab Mai ist eine kleine Durchgangstraße an der Frauenberatung Verden mit einem neuen Straßenschild versehen worden. Anna Rennekamp, Hebamme, gründete Ende des 19. Jahrhunderts die erste kleine private Entbindungsanstalt in ihrem Haus und wird nun am Haus der Frauenberatung mit einem Schild gewürdigt.

Inge Dotschkis-Hillejan, Frauenberatung Verden e. V., www.frauenberatung-verden.de

Grußwort

- Es gilt das gesprochene Wort! -

Gesundheits- und Frauenministerin Cornelia Rundt

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich heiße Sie herzlich willkommen zur 27. Tagung des Niedersächsischen Netzwerks Frauen / Mädchen und Gesundheit zum Thema „Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?".

Vor gut einem Jahr wurde vom Netzwerk ein Werkstattgespräch veranstaltet, bei dem das Thema Kaiserschnitt ebenfalls eine Rolle spielte und zwar unter dem Blickwinkel Selbstbestimmung. Viele von Ihnen waren damals in der Ärztekammer dabei. Die intensive und zum Teil kontroverse Diskussion hat gezeigt, wie bedeutsam dieses Thema ist – und für uns Anlass, es heute erneut aufzugreifen.

Das Selbstbestimmungsrecht der Frau – auch rund um Schwangerschaft und Geburt – ist für mich eine Selbstverständlichkeit. Insofern setze ich mich gern auch an dieser Stelle für die Stärkung der selbstbestimmten Patienten- bzw. in diesem Fall: Schwangerenrechte ein.
Bereits im Werkstattgespräch im letzten Jahr wurde deutlich, wie wichtig und gleichzeitig schwierig es ist, unabhängige Informationen zu erhalten, um überhaupt eine Entscheidung treffen zu können, die den Namen selbstbestimmt verdient. In jedem Fall will die Entscheidung für einen Kaiserschnitt wohl überlegt sein.

Derzeit beträgt die durchschnittliche Kaiserschnittquote in Deutschland 30 % und ist damit doppelt so hoch wie vor 20 Jahren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hält eine Rate von 15 % für akzeptabel - und medizinisch plausibel. Mit der heutigen Tagung soll der Anstieg der Kaiserschnitte kritisch in den Blick genommen werden. Sie werden etwas hören über die regional sehr unterschiedliche Verteilung. Interessant sind in diesem Zusammenhang aber auch die Abläufe und Rahmenbedingungen in den Kliniken und die strukturellen Bedingungen. In Gespräch und Diskussion mit Ihnen sollen neben der kritischen Würdigung dieser Problematik Ideen entwickelt und ggf. weiter geführt werden.
Immer häufiger wird die Frage gestellt: „Und? Was ist eigentlich so schlimm daran, dass Frauen ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt bringen?" In einer Zeit, in der Promifrauen wie Viktoria Beckham, Madonna oder Claudia Schiffer ihre Kinder mit Kaiserschnitt auf die Welt bringen, erscheint diese Geburtsmethode selbstverständlich. Oder anders gefragt:
- Wenn der Mutterpass inzwischen 52 Risiken auflistet, kann die Schwangerschaft unter diesen Bedingungen überhaupt noch ein glückvolles, vielleicht auch unbefangenes Erlebnis sein?
- Wird einer Geburt heute noch mit Zuversicht und dem nötigen Selbstvertrauen entgegen gesehen?

- Oder ist es in erster Linie ein risikobehafteter, notwendigerweise ständig zu überwachender Vorgang?
- Ergibt sich daraus für schwangere Frauen nicht automatisch ein skeptischer Blick auf mögliche Risiken und Gefahren?
- Und ist es dann nicht fast logisch oder folgerichtig, dass Angst und Sorge entsteht und der Anteil natürlicher Geburten zurück geht?

Der Begriff Wunschkaiserschnitt impliziert, dass allein auf Wunsch der Schwangeren eine Operation vorgenommen würde. Oft stehen dahinter aber erhebliche Ängste, die zu einem Vermeidungsverhalten führen. Eine Operation, von der sie vermeintlich genau weiß, wie sie abläuft, wird einer normalen Geburt mit ihren Unwägbarkeiten vorgezogen.

Und in der Tat: Der Kaiserschnitt hat im Zusammenhang mit der medizinischen Entwicklung tatsächlich seinen Schrecken verloren. Früher handelte es sich um eine riskante Operation für Mutter und Kind mit einem großen Bauchschnitt unter Vollnarkose, die nur im Notfall durchgeführt wurde. Heute ist der Kaiserschnitt eine der häufigsten Operationen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, weniger invasiv als früher für die Mutter und mit stark gesunkenen Risiken für Mutter und Kind. Die Kaiserschnittnaht ist durch bessere Technik immer kleiner geworden, die OP wird in der Regel unter Regionalanästhesie durchgeführt. Ist da nicht die Frage ganz verständlich, ob die Skepsis gegenüber einem Kaiserschnitt heute noch berechtigt ist?

Der medizinische Fortschritt auf diesem Gebiet ist sicher zu begrüßen. Wenn Mutter oder Kind gefährdet sind, kann der Kaiserschnitt sogar Leben retten helfen. Er kann in diesen Fällen zumindest dazu beitragen, dass beide die Geburt einigermaßen unbeschadet überstehen.

Ich spreche im Folgenden nur über die Kaiserschnitte, die nicht zwingend medizinisch erforderlich sind. Dies sind zum Beispiel:
- die OP, die erforderlich wird, weil es nicht gelungen ist, der Schwangeren ihre Angst vor der Geburt zu nehmen, oder
- der Kaiserschnitt, für den eine relative Indikation vorliegt, weil das medizinische Personal nicht genügend Erfahrung mit schwierigeren Geburten hat. In diesen Fällen spielen insbesondere haftungsrechtliche Aspekte eine wichtige Rolle.

Ich freue mich, dass wir für die heutige Tagung Frau Prof. Kolip von der Universität Bielefeld als Referentin gewinnen konnten. Die Studie, die Sie, liebe Frau Kolip, im Auftrag der Bertelsmannstiftung durchgeführt haben, zeigt, dass der Anstieg der Kaiserschnittrate nicht – wie häufig behauptet wird – im Wesentlichen auf den Wunsch der Frauen zurück zu führen ist. Aber auch das Argument, die Krankenhäuser machen bei Kaiserschnitten gute Gewinne, greift zu kurz. Diese beiden Erklärungsversuche werden sicher in beiden Hauptreferaten noch einmal aufgegriffen.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich auch sehr gern Herrn Dr. Lütje aus Hamburg als weiteren Referenten, der sich als erfahrener Mediziner und Chefarzt der geburtshilflichen Abteilung des evangelischen Amalie Sieveking Krankenhauses nur allzu gut mit den Abläufen in der klinischen Geburtshilfe auskennt.

Zurück zu meiner Frage, was ist so schlimm am Kaiserschnitt? Die Folgen für das Kind sind noch nicht endgültig geklärt: Jüngere Studien deuten darauf hin, dass Kaiserschnitt-Kinder häufiger an Asthma, Allergien oder Diabetes leiden. Für die Mutter, das ist gewiss, bedeutet dieser kleine Schnitt in jedem Fall eine Bauchoperation mit allen Risiken, die eine OP mit sich bringt. Nicht wenige Mütter leiden außerdem psychisch unter einem Kaiserschnitt: Sie werfen sich später vor, in ihrem Leben als Mutter schon den Start nicht richtig hingekriegt zu haben.

Ich möchte diesen Aspekt nicht überbewerten, gleichwohl gilt: Es gibt gute Gründe, die heutige Kaiserschnitt-Praxis kritisch zu überdenken. Dem (vermeintlichen) Selbstbestimmungsrecht der Frau steht die eher ethisch-moralische Frage gegenüber, ob eine Operation ohne einen medizinischen Grund im engeren Sinne durchgeführt werden sollte.

Neben den genannten langfristigen Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind möchte ich nur noch stichwortartig die folgenden Aspekte benennen:

- Neugeborene entwickeln nach einem Kaiserschnitt zwei- bis viermal so häufig Atemstörungen.
- Die Sterblichkeitsrate der Mutter nach Kaiserschnitt ist immer noch höher als nach einer vaginalen Geburt (Faktor 1,7).
- Die psychischen Folgen für Mutter und Kind sind bislang nicht ausreichend untersucht und werden zum Teil widersprüchlich diskutiert.
- Gesundheitsökonomisch betrachtet kann die Durchführung nicht notwendiger Kaiserschnitte, die teurer sind als vaginale Geburten, als Verschwendung finanzieller Ressourcen betrachtet werden. Kosten für gesundheitliche Spätfolgen bei Kaiserschnittkindern sind noch nicht untersucht.
- Wichtig scheint mir auch: 86 % der Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben, sind der Meinung, dass die Folgen häufig unterschätzt würden. Die meisten dieser Frauen sind der Meinung, eine Frau sollte versuchen, ihr Kind auf natürlichem Weg zu bekommen.

Der medizinische Fortschritt in Sachen Kaiserschnitt ist sicher segensreich, kann dieser doch, in den erforderlichen Notfällen angewandt, Leben retten. Wir wollen mit der heutigen Tagung jedoch parteilich sein – parteilich im Sinne der Frauen. Und vielleicht kann die inzwischen auch öffentlich geführte Diskussion zu der Frage führen, welche strukturellen Maßnahmen erforderlich sind, um den Anteil der

natürlichen Geburten wieder zu erhöhen. Ich wünsche mir aber auch eine gesellschaftliche Debatte darüber, ob immer alles getan werden sollte, was machbar und möglich ist. Gilt das nicht für viele Bereiche: Immer mal wieder darauf zu schauen, was sinnvoll ist? Schwangerschaft ist nicht in erster Linie per se ein Risiko und schon gar keine Krankheit. Ich wünsche mir, dass Veranstaltungen wie die heutige zu einem Umdenken führen und alle Beteiligten – zuvorderst jedoch Krankenkassen und Kliniken – die Weichenstellung unterstützen.

Vieles deutet darauf hin, dass das Denken „Schwangerschaft = Krankheit" in den Köpfen stärker verankert ist, als wir denken. In anderen Umständen zu sein bedeutet heute:

- die eingangs bereits erwähnten 52 Risiken im Mutterpass
- genaueste Überwachung von Mutter und Kind in der Schwangerschaft
- unzählige Appelle zum Verhalten der Schwangeren
- Aufklärung über jedes statistische Risiko, auch wenn bei der einzelnen Frau gar kein besonderes Risiko vorhanden ist
- unvorsichtige Bemerkungen, die bei einer bereits verunsicherten Schwangeren viele Ängste auslösen können.

Die Prophezeiung „Oh, das wird aber ein sehr großes Kind" kann bei einer Schwangeren bereits Ängste auslösen, was der betreuenden Gynäkologin vielleicht in dem Moment gar nicht so klar ist.

Vielleicht lohnt es sich, das eine oder andere zumindest teilweise kritisch zu hinterfragen: Informationen, von der Frau möglicherweise ungefiltert aus dem Internet übernommen, tun ein Übriges. Viele Gynäkologinnen und Hebammen erzählen, dass sie im Gespräch mit Schwangeren viel Zeit damit verbringen, diese Informationen „gerade zu rücken". Die werdende Mutter selbst verliert häufig das Vertrauen, dass sie das „Kind schon schaukeln wird". Der Begriff der „guten Hoffnung" scheint so gar nicht mehr zur Schwangerschaft zu passen – und das nicht nur, weil er etwas altertümlich ist. Wir sollten Frauen den Weg dahin ebnen, wieder ihren eigenen Fähigkeiten und Kräften zu vertrauen.

Die frühzeitige Unterstützung durch eine erfahrene Hebamme sowohl bereits während der Schwangerschaft als auch im Kreißsaal kann dazu beitragen.

Ich habe mir vorgenommen, so gut das meine Rolle als Landesgesundheits- und -frauenministerin erlaubt, dazu beizutragen, dass die Entscheidung wieder häufiger zugunsten einer natürlichen Geburt ausfällt. Die heutige Veranstaltung soll ein erster Schritt auf dem Weg dahin sein.

Ich freue mich, dass dazu heute Akteurinnen und Akteure aus allen wichtigen Bereichen zusammen gekommen sind: Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassenvertretungen und Beraterinnen aus den verschiedensten Beratungsstellen. Ich wünsche Ihrer Tagung ein gutes Gelingen und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Kaiserschnittgeburten in Niedersachsen

Daten – Fakten – Hintergründe

Petra Kolip

Problemlage

Die Kaiserschnittraten haben sich auch in Niedersachsen in den vergangenen 20 Jahren verdoppelt und lagen im Jahr 2011 mit 32,9% etwas über dem Bundesdurchschnitt (32,1%) (Statistisches Bundesamt, 2013). Auffällig sind starke regionale Schwankungen. So zeigt der Faktencheck Kaiserschnitt der Bertelsmann Stiftung, der die Kaiserschnittraten auf Kreisebene untersucht, dass die Kaiserschnittraten in der Region Hannover mit 25,7% besonders niedrig, in Holzminden und Wilhelmshaven mit 42,7% aber ungewöhnlich hoch sind (Bertelsmann Stiftung, 2012). Diese Unterschiede lassen sich nicht mit einer unterschiedlichen Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung erklären, denn auch für die Altersgruppe der unter 20-Jährigen finden sich starke Schwankungen: Während die Kaiserschnittrate in Vechta in dieser Altersgruppe bei 58% liegt, werden in Osterholz nur 6% der unter 20-Jährigen mit einem Kaiserschnitt entbunden.

Bei etwa der Hälfte der Kaiserschnitte (46,8%) fällt die Entscheidung vor Einsetzen der Wehen (primäre Sectio). Mit 43,3% ist hier der Hauptgrund, dass die werdende Mutter schon einmal einen Kaiserschnitt erhalten hat. 46,9% der Kaiserschnitte sind sekundäre Sectiones; die Entscheidung fällt hier unter der Geburt. Hauptgrund ist hier (in 43,3% der Fälle) ein pathologisches CTG (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, 2013).

Bei zwei Indikationen lohnt sich ein Blick auf die Raten, denn laut internationalen Empfehlungen (NICE, 2011) sind sie nicht zwingend mit der Notwendigkeit einer Sectio verbunden: Bei Beckenendlagen (Kinder über 1.250 Gramm) kommt in 93,2% der Fälle das Kind mit einem Kaiserschnitt auf die Welt, vaginale Geburten und äußere Wendungen sind in Niedersachsen also selten. Und auch Zwillingsschwangerschaften werden in mehr als drei von vier Fällen (78,1%) mit einer Sectio beendet, obwohl auch international die Empfehlung gilt, eine vaginale Geburt anzustreben, solange der erste Zwilling in Schädellage liegt.

Einflussfaktoren auf den Kaiserschnitt

Zahlreiche Einflussfaktoren werden diskutiert, die den Anstieg sowie die regionalen Variationen erklären sollen. Die wichtigsten Faktoren wurden im Faktencheck Kaiserschnitt analysiert.

Medizinische Faktoren (Alter der Mutter, Vorerkrankungen, Mehrlingsschwan-

gerschaften, absolute Indikationen): Wie bereits oben gezeigt, trägt das steigende Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des Kindes weder zum Anstieg der Sectioraten bei, noch kann hierdurch die regionale Variation erklärt werden. So zeigt sich, dass die Kaiserschnittraten in den Altersgruppen unter 25 Jahren stärker ansteigen als in den anderen Altersgruppen. Auch die Mehrlingsschwangerschaften, die mit einem erhöhten Sectiorisiko einhergehen, sind seit Jahren bei ca. 1,7% aller Geburten konstant. Auch absolute Indikationen (also Indikationen, bei denen das Leben von Mutter und/oder Kind gefährdet ist; diese machen etwa 10% aller Kaiserschnittindikationen aus) sind nicht gestiegen, ebenso wenig wie der Anteil überschwerer (makrosomer) Kinder. Angestiegen ist allerdings der Anteil vorheriger Kaiserschnitte. Auch wenn eine vaginale Geburt nach Sectio möglich ist, ist sie in Deutschland selten. Hier setzt sich ein Teufelskreis in Gang: Ein Kaiserschnitt, der möglicherweise gar nicht nötig war, führt dazu, dass auch das nächste Kind mit einer Sectio auf die Welt kommt.

Wunsch der Mutter: Es wird häufig angenommen, dass der Wunsch der Mutter die Kaiserschnittraten in die Höhe treibt. Gründe werden hier in der Vermeidung des Geburtsschmerzes, in Terminabstimmungen mit dem Partner oder in der Angst vor Schädigung des Beckenbodens und des Vaginalbereiches vermutet. Nationale und internationale Studien zeigen, dass Wunschkaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit 2 bis 3% sehr selten sind – anders als Berichte in den Medien vermuten lassen. Allerdings ist die Sorge um das Wohl des Kindes einer der wichtigsten Faktoren, einem Kaiserschnitt zuzustimmen.

Ärztliche Ausbildung: Bei diesem Punkt zeigt sich ein weiterer Teufelskreis: Ärztinnen und Ärzte lernen heute selten, schwierige vaginale Geburten zu leiten. Die vaginale Entbindung von Beckenendlagen- oder Zwillingsschwangerschaften ist rar geworden. Durch die mangelnde Übung sinkt die Schwelle, einen Kaiserschnitt durchzuführen – auch aus Sorge, dass unter der Geburt Komplikationen auftreten, die haftungsrechtliche Konsequenzen haben (siehe unten: Forensische Gründe). Dadurch schwinden die Möglichkeiten, Erfahrungen in der Leitung schwieriger Vaginalgeburten zu sammeln. Hinzu kommt: Die ärztliche Ausbildung ist auf Handeln ausgerichtet, „Abwarten und Tee trinken" als geburts-

helferische Hauptfähigkeit wird kaum vermittelt. Durch diese Handlungsorientierung wird häufig eine Interventionskaskade in Gang gesetzt: Die Geburt wird eingeleitet (in Niedersachsen ist das bei jeder vierten Geburt der Fall), dies führt schneller zu einer mütterlichen Erschöpfung und der Geburtsprozess verlangsamt sich. Die Diagnose „Protrahierte Geburt" geht dann häufig mit einem pathologischen CTG einher – und schon ist der Schritt zur Schnittentbindung nur noch ein kleiner.

Vergütungsanreize und Klinikorganisation: Es wird häufig die These formuliert, Kliniken verdienten an den Kaiserschnitten, weil ein Kaiserschnitt einträglicher sei. Dies ist insofern richtig, als Kliniken etwa 1.100 Euro mehr erhalten, wenn sie einen Kaiserschnitt abrechnen. Allerdings geben sie auch etwa 1.200 Euro mehr bei einem Kaiserschnitt aus, so dass es kaum betriebswirtschaftliche Gründe gibt, aus denen die kaufmännische Leitung den jeweiligen Chefarzt anhalten würde, eine hohe Kaiserschnittrate zu erzielen. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive ist eine hohe Sectiorate gleichwohl relevant. Läge die Sectiorate bei 25%, also dem Wert, der im Jahr 2005 zu verzeichnen war, wären die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen um 52,5 Mio. Euro niedriger. Aber: Kaiserschnitte sind besser planbar und der Ressourceneinsatz (Personal, Raumbelegung) ist überschaubar, weil auch die Dauer einer Geburt kalkulierbar ist. Aus Gründen der Klinikorganisation und Personalplanung ist eine hohe Kaiserschnittrate also sehr wohl interessant. Im Zusammenhang mit der Personalplanung sei ein weiterer Aspekt erwähnt: Die Zahl der Hebammen im Kreißsaal spielt eine wichtige Rolle in der Geburtsbegleitung. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass mit einer 1:1-Betreuung, wie sie etwa im Hebammenkreißsaal angestrebt wird, eine niedrige Sectiorate einher geht, weil Frauen in geburtshilflich schwierigeren Phasen besser unterstützt werden können. Auch die Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft ist relevant: Frauen, die früh eine Hebamme in Anspruch nehmen (was derzeit noch wenige Frauen tun), erleben seltener eine Kaiserschnittgeburt – sicherlich auch, weil sie eine professionelle Zweitmeinung einer anderen Profession erhalten und bei Fragen und Ängsten eine Ansprechpartnerin haben.

Forensische Gründe: Wie bereits erwähnt, ist nur bei einem von zehn Kaiserschnitten die Sectio zwingend geboten, weil das Leben von Mutter und/oder Kind in Gefahr ist. Anders formuliert: Bei neun von zehn Schnittentbindungen gibt es einen Handlungsspielraum, der regional sehr unterschiedlich ausgeschöpft wird. Wie die Entscheidung gefällt wird, hängt auch vom Thema Forensik ab. Kommt es zu einer Behinderung unter der Geburt, sind hohe Scha-

denssummen fällig und kein Arzt, keine Ärztin will unnötige Risiken eingehen. Da die Risiken der Schnittentbindung selbst in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurück gegangen sind und Ärztinnen und Ärzte komplizierte Geburten nicht mehr lernen, ist die Entscheidung für einen Kaiserschnitt zur Vermeidung forensischer Konsequenzen nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass in Deutschland S 3-Leitlinien (Leitlinien mit hoher methodischer Qualität) fehlen, die Handlungssicherheit geben könnten.

Fazit

Zwei Faktoren sind für die Bewertung des Geschehens entscheidend:

- der Wunsch nach Risikovermeidung und Planbarkeit (inkl. einer veränderten Risikobewertung)
- Unterschiede in der Indikationsstellung bzw. im Ausschöpfen der Handlungsspielräume.

Ansatzpunkte zur Stabilisierung oder gar Reduzierung der Kaiserschnittraten liegen auf unterschiedlichen Ebenen.

Leitlinienentwicklung: Leitlinien schaffen Handlungssicherheit und sie unterstützen eine sorgfältige Indikationsbewertung. Einige geburtshilfliche Leitlinien werden derzeit überarbeitet und es darf gehofft werden, dass dieses auf Grundlage der vorhandenen Evidenz geschieht. Zu erwähnen ist , dass auch von Seiten der Hebammen hier Bemühungen erkennbar sind, wie der in Erprobung befindliche Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ zeigt.

Strukturentwicklung: Auch auf der Ebene der Strukturen muss etwas geschehen. So braucht es evidenzbasierte Beratungsangebote für Schwangere ebenso wie eine Spezialisierung von Kliniken für besondere geburtshilfliche Situationen (Beckenendlagen, Zwillingsschwangerschaften). Zu wünschen ist zudem, dass Möglichkeiten der 1:1-Betreuung durch Hebammen unter der Geburt (zum Beispiel im Rahmen von Hebammenkreißsälen) sowie die Betreuung der Schwangeren durch Hebammen (auch in interprofessioneller Kooperation) ausgebaut werden.

Monitoring und Transparenz: Und schließlich ist die Entwicklung der Kaiserschnittraten kleinräumig zu beobachten und zu analysieren. Die Kaiserschnittraten müssen für schwangere Frauen ebenso transparent gemacht werden wie das – evidenzbasierte – geburtshilfliche Betreuungsangebot.

Derzeit ist erfreulicherweise zu beobachten, dass sich viele Akteurinnen und Akteure des Themas angenommen haben. So gibt es in einigen Bundesländern politisch gewollte und unterstützte Initiativen zur Förderung der physiologischen Geburt. Es werden Modellversuche zur gemeinsamen und gleichberechtigten Betreuung von Schwangeren durch Hebammen und Gynäkologinnen erarbeitet,

es gibt Initiativen zur Überarbeitung des Mutterpasses, auf Bundesebene werden Haftpflicht- und Vergütungsprobleme der Hebammenleistungen bearbeitet, und das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen" wird in den nächsten Monaten um ein Teilziel „Gesundheit rund um die Geburt" ergänzt. Die Kaiserschnittraten spielen dort eine wichtige Rolle. Es ist zu hoffen, dass diese Bemühungen Früchte tragen und die Kaiserschnittrate stabilisiert oder sogar gesenkt werden kann.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. Petra Kolip, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld,
E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Kliniklogik und Kaiserschnittrate

Wolf Lütje

Stellen Sie sich folgende Schlagzeile vor: „50% der Deutschen scheiden unnatürlich aus dem Leben". Die Diskussion um einen solchen Tatbestand würde nicht enden wollen. Die Tatsache, dass bald ca. die Hälfte aller deutschen Babys nicht mehr natürlich, sondern mit Kaiserschnitt geboren werden, findet kaum Interesse, geschweige denn Kritiker. Dieser schleichende Paradigmenwechsel, der an Vielschichtigkeit kaum zu überbieten ist, erschwert nicht nur seine Analyse, sondern vor allem auch Überlegungen für Gegenstrategien. Aus meiner Sicht sind es vor allem sechs – zum Teil dramatische – Veränderungen, welche den Anstieg der Kaiserschnittrate erklären könnten:

1. der allgemeine gesellschaftliche Paradigmenwechsel,
2. der Wissens- und Kompetenzverlust in der Geburtshilfe,
3. eine sich dramatisierende Haftpflichtproblematik,
4. Knappheit an personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen,
5. die gesamten den Kaiserschnitt begünstigenden Leitlinien,
6. die Entwicklung von „Surrogaten" wie der „sanfte Kaiserschnitt" und die „Kaisergeburt".

Selbstredend betreffen alle diese Punkte auch die Kliniklogik. Diese stellt sich aus meiner Sicht wie folgt dar:
Nachdem jeder Fall zählt, stecken alle Verantwortlichen in der klinischen Geburtshilfe in der sogenannten „Fall-Falle". Jede Geburt, sei sie auch noch so schlecht dotiert, zählt. Daher wird vorzugsweise auf Kundenorientierung Wert gelegt und beinahe jeder Wunsch erfüllt, mitunter sogar ein Kaiserschnitt zur Durchführung einer Sterilisation, ein

Kaiserschnitt auf Terminwunsch oder auch eine Einleitung ohne medizinischen Grund. Die Klinikerinnen und Kliniker werden immer mehr dazu erzogen, auf die „Monethik" und nicht die Ethik zu achten. Bekannt ist, dass Privat-Patientinnen tendenziell mehr Interventionen erhalten. Als Mythos erweist sich allerdings die Vorstellung, dass ein Kaiserschnitt mehr Geld bringt. Dem ist nicht so. Andererseits sorgen vielerorts bevorzugt durchgeführte geplante Kaiserschnitte für Ressourcen- und Personalschonung. Dies gilt vor allem bei der Vorgabe, dass insbesondere Oberärztinnen und Oberärzte tagsüber zur Verfügung stehen und nicht durch Nachteinsätze belästigt werden. Vergessen werden darf auch nicht der Generationenwechsel bei der Ärzteschaft: Die Kolleginnen und Kollegen achten heute sehr auf eine individuell definierte Work-Life-Balance und sehen mitunter die Unplanbarkeit einer Geburt als Anachronismus in Zeiten der Kontrolle an. Einen großen Beitrag zur Kliniklogik leistet die auch von den Versicherungen geforderte Defensiv-Medizin. Haftpflichturteile beziehen sich auf nicht oder zu spät durchgeführte Kaiserschnitte, welche zur Entlastung eigener Ängste und Sorge um Konsequenzen wie Abmahnung und Kündigung bevorzugt durchgeführt werden. Nicht zuletzt fehlt es zunehmend an passionierten und erfahrenen Geburtshelfern. Wir sehen einen dramatischen Wissens- und Kompetenzverlust gerade in Bezug auf Risikogeburten wie Beckenendlagen und Zwillinge. Nicht zuletzt suggerieren Euphemismen wie „sanfter Kaiserschnitt" und „Kaisergeburt" eine Äquivalenz von normaler Geburt und operativer Geburt und leisten der Vorstellung von Wählbarkeit und ausgeglichener Risikobilanz Vorschub. Insbesondere die „Kaisergeburt" sehe ich als letztes, möglicherweise erfolgversprechendes Vehikel zur Abschaffung der Spontangeburt. Hierdurch wird der Kaiserschnitt in die Kategorie der Lifestyle-Entscheidungen wie Tattoos, Piercing und Schamlippenverkleinerungen gehoben. Diese Geburtsform setzt zudem – eigentlich aus Sicht der Kinder nicht gewünschte – Planbarkeit voraus und hält bis jetzt, insbesondere in Bezug auf das Geburtserlebnis, keiner wissenschaftlichen Überprüfung stand.

Gegenstrategien

Wenn man sich auf der Basis dieser Umstände Überlegungen zu einer Gegenstrategie macht, gilt es aus meiner Sicht, Folgendes ins Auge zu fassen:
An erster Stelle steht die Veränderung der Haftpflichtregularien an. Eine diesbezügliche Entängstigung und Entkriminalisierung kann nur erfolgen, wenn sich auch die Politik einschaltet. Viele Länder, wie zum Beispiel Neuseeland, haben mit wenig Bürokratie verbundene Regulierungsfonds eingerichtet. Bei Rückstellungssummen von bis zu 10 Millionen

Euro drohen engagierten Geburtshelfern in unserem Lande nicht nur arbeitsrechtliche Sanktionen im Haftpflichtfall, sondern sogar bei niedrigen Deckungssummen der persönliche finanzielle Ruin. Das ist ein untragbarer Tatbestand. Politik, Krankenkassen und Krankenhäuser sollten sich zudem Gedanken zu einem neuen und eigenen Vergütungssystem für die Geburtshilfe machen. Die lächerliche DRG-Pauschale für eine Spontangeburt deckt nicht im Ansatz die hierfür letztendlich notwendige Logistik ab. Die Geburt ist keine Krankheit, sondern ein besonders betreuungsintensives Ereignis, welches auch im besonderen Maße vergütet werden sollte. Nur dann kann eine Spontangeburten begünstigende 1:1 Betreuung auch angemessen vorgehalten werden.
In einem nächsten Schritt müsste es dann darum gehen, noch einmal Sinn und Unsinn des Gebärens zu erforschen. Im Hinblick auf historische Entwicklungen, wie zum Bespiel die Zangengeburt und die Episiotomie (Dammschnitt), kann man davon ausgehen, dass auch der Kaiserschnitt eine Relativierung erfahren wird. Natürlichen Abläufen muss wieder zu ihrem Recht verholfen werden. Das Wissen hierzu muss verständlich aufbereitet und vermittelt werden. Dies ist ein Auftrag schon an die Schulen. Zudem müssen geburtshilfliche Kenntnisse weitergegeben werden und zwar nicht nur am Phantom. Dieses kann Krücke zur Wiederbelebung einer vergessenen Kunst sein. Es bedarf aber des steten Übens im lebendigen geburtshilflichen Alltag, der auch regelmäßig spontane Beckenendlagengeburten und Zwillingsgeburten vorsieht.

Aus meiner Sicht muss sich auch die Geburtsvorbereitung den neuen Rahmenbedingungen anpassen. Gut, gezielt und speziell vorbereitete Väter können Allianzpartner für die Renaissance der natürlichen Geburt werden. Der weithin grassierenden Geburtsangst kann man nur entgegentreten, wenn Frauen diesbezüglich gezielt informiert, gecoacht, möglicherweise sogar therapiert werden. Die derzeitige Leitlinienkultur (Themen wie Wunsch-Sectio, Einleitung, Vorgehen bei Beckenendlage und Zustand nach Kaiserschnitt) dient nicht dazu, den Kaiserschnitt in Frage zu stellen. Ihm wird mit den derzeitigen Leitlinien eher das Wort geredet und der Teppich ausgerollt. An dieser Stelle geht es um Überprüfung und Neuorientierung, vielleicht auch im Kontext neuer Rahmenbedingungen für die Haftpflicht. Nicht zuletzt geht es um eine klare Sprache und Differenzierung: ein Kaiserschnitt wird immer ein Kaiserschnitt, also eine Operation bleiben. Eine OP ist ein Eingriff für den Notfall, gern auch den psychologischen Notfall, aber nicht mehr und nicht weniger. Die aus meiner Sicht wichtigste und schnell umzusetzende Neuerung in Bezug auf den Kaiserschnitt ist die Notwendigkeit, diesen nicht mehr zu planen, sondern, soweit irgend vertretbar, regelhaft erst nach Geburtsbeginn durchzuführen. Dies hat für Mutter und Kind gesundheitliche, sogar psychologische Vorteile. Die Orga-

nisationsstrukturen der Kliniken müssen sich darauf einlassen. Die Daten vor allem der Neonatologinnen und Neonatologen sprechen für sich. Es gibt hier aus meiner Sicht Handlungsbedarf und die Chance, zumindest an einem kleinen Rädchen zu drehen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. W. Lütje, Chefarzt - Klinik für Gynäkologie u. Geburtshilfe, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH, Hamburg, E-Mail: w.luetje@amalie.de

Workshop 1

Wenn Frauen einen Kaiserschnitt wünschen ...

Wiebke Schrader

In den vergangenen Jahren verzeichnen die Geburtskliniken bundesweit einen starken Trend zur Entbindung per Kaiserschnitt. Nicht immer ist dieser Schritt jedoch nötig, oft wird der Wunsch nach einer Sectio mit falschen Vorstellungen verbunden: „weniger Schmerzen", „mehr Sicherheit fürs Kind" sind dabei häufig die Hintergründe.

Die Geburtsklinik der Diakonischen Dienste Hannover (DDH) möchte hier durch Beratung und Aufklärung helfen, diesem Trend in ihren Häusern entgegen zu wirken, denn längst nicht immer ist ein Wunschkaiserschnitt wirklich der richtige Weg für die werdenden Eltern. Seit viereinhalb Jahren bieten wir deshalb eine spezielle Sectiosprechstunde an, in der sich die Frauen so früh wie möglich vorstellen sollen, sofern sie ohne medizinische Indikation den Wunsch nach einem Kaiserschnitt haben.

Frauen oder Paare mit dem Wunsch nach einer Sectio sollten in jedem Fall einen separaten Beratungstermin mit der leitenden Hebamme vereinbaren. Er ersetzt nicht das Gespräch mit dem Gynäkologen der Klinik, sondern soll dieses im Anschluss ergänzen. Beide Termine finden jedoch nicht am selben Tag statt. Gut ist es, wenn die Frauen nicht allein, sondern mit einer Begleitperson kom-

men. Im Idealfall ist dies der Partner, gern aber auch eine Freundin, die Mutter oder eine andere nahe stehende Person.

In dem ca. einstündigen Beratungsgespräch mit der Hebamme geht es noch einmal um die Hintergründe für die Wunschsectio. Dabei sollen sich die werdenden Eltern keinesfalls rechtfertigen, vielmehr wird erörtert, in wie weit die Eltern bei der Geburt unterstützt werden können. Ziel des Gesprächs ist keinesfalls, sich sofort und abschließend für einen Geburtsmodus zu entscheiden – wichtig ist, alle Möglichkeiten aufzuzeigen, neutral zu informieren und auf ganz individuelle Wünsche und Bedenken einzugehen. Sofern notwendig oder gewünscht, können auch Folgetermine vereinbart werden. Die Schwangere trifft dann in Ruhe ihre Entscheidung und teilt diese der Hebamme mit.

Ein geplanter Kaiserschnitt wird in unserer Klinik in der Regel erst in der 40. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Wir empfehlen nach der Geburt auch ein Feedback-Gespräch, um herauszufinden, ob die Beratung und die daraus resultierende Wahl des Geburtsmodus schlussendlich wirklich als richtige Entscheidung empfunden wurde.

2012 fanden 51 Hebammenberatungen statt. Danach erfolgten neun Wunschsectiones. 42 Frauen / Paare entschieden sich für eine spontane Geburt. Davon entwickelten sich sechs zu sekundären Sectiones. Als Fazit kann festgestellt werden, dass durch die Hebammenberatung der Henriettenstiftung die Anzahl der Wunschsectiones um 82% reduziert werden konnte.

Wiebke Schrader, leitende Hebamme, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover,
E-Mail: wiebke.schrader@arcor.de

Workshop 2

Hebammen und Ärzteschaft im Kreißsaal: Konkurrenz oder Team?

Dr. Helmut Kirchner, Christiane Schwarz

Christiane Schwarz und Dr. Helmut Kirchner stellen zunächst das Klinikum Region Hannover (KRH) vor. Das KRH ist ein Zusammenschluss von zwölf Kliniken der Region Hannover, von denen vier Geburtshilfe anbieten. Hier werden insge-

samt ca. 3000 Kinder pro Jahr geboren. Die KRH betreiben mehrere Schulen für Gesundheitsberufe mit ca. 700 Auszubildenden, darunter eine Hebammenschule mit 30 Schülerinnen. Unsere geburtshilflichen Standorte sind in Großburgwedel, Gehrden, Neustadt und Hannover Nordstadt. Unsere Sectiorate liegt bei 22%.

Unser Leitsatz ist die WHO Definition von Gesundheit; das gilt für die Frauen, Kinder und Familien, die wir betreuen, und wo immer möglich, auch für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Das für jeden Menschen erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ist eines seiner Grundrechte." (WHO, 1946). Übersetzt in die Geburtshilfe bedeutet das das positive Erleben des natürlichen Vorgangs der Geburt in einem Umfeld des Vertrauens unter kompetenter Begleitung und Hilfestellung durch Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte. Ziel ist die Geburt eines vitalen Kindes und der glückliche und freudige Beginn einer Elternschaft bei größtmöglicher körperlicher und psychischer Unversehrtheit der Mutter und des Kindes, ohne auf die medizinisch mögliche Sicherheit verzichten zu müssen.

Die besonderen Aspekte und Zielsetzungen unserer Geburtshilfe:

- Wir fördern die physiologische Geburt, aber wir erzwingen sie nicht.
- Wir behandeln alle Frauen respektvoll und freundlich, unabhängig von unserer eigenen Meinung und Einstellung.
- Wir haben eine relativ niedrige Sectiorate im Vergleich zum Durchschnitt in Deutschland, in Niedersachsen und in anderen regionalen Kliniken; und wir streben eine weitere Senkung derselben an.
- Wir haben gute perinatale Ergebnisse für Mutter und Kind.
- Wir wünschen uns gesunde Kinder sowie zufriedene und gesunde Frauen.
- Wir streben eine niedrige Rate an geburtshilflich notwendigen Eingriffen an.
- Das Stillen hat eine besondere Wertigkeit in der Wochenbettbetreuung, wird aber nicht erzwungen.
- Wir wollen gute und fachlich hervorragende Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte ausbilden: viel wissen, wenig eingreifen.
- Wir legen Wert auf eine wertschätzende, gelingende Kooperation der Berufsgruppen.

In der Praxis bieten wir dazu Sprechstunden für schwangere Frauen an mit den Zielen:

- Eine vaginale Geburt anzustreben bei z. B. Beckenendlage (BEL), Geburt nach Kaiserschnitt (Z.n. Sectio), Zwillingsgeburt (Gemini);
- Geburtsplanungsgespräch für alle Frauen: vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Team und Frauen/ Familien;

- Respektieren der Bedürfnisse des Neugeborenen;
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit von Hebammen mit Ärztinnen und Ärzten.

Der Weg dahin ist anstrengend. Dr. Kirchner beschreibt hier beispielhaft die Aspekte, die in seiner Biografie dabei geholfen haben:

- Man muss Menschen lieben, um Empathie für die Begleitung des Geburtsvorgangs ausstrahlen zu können.
- Die Bereitschaft zum Lernen von anderen und durch intensives Beobachten muss vorhanden sein.
- Die Teamfähigkeit und das Verständnis der den Geburtsfortgang begleitenden Personen in ihrer Gesamtheit und gegenseitigen Kommunikation schafft Vertrauen zu der Entbindenden und ihrem Partner.
- Der Umgang unter den beteiligten Berufsgruppen muss auf Augenhöhe erfolgen, da jeweils spezifische, sich ergänzende Erfahrungen vorliegen und zum Besten des Geburtsverlaufs eingesetzt werden sollen.
- Daraus ergibt sich das Beobachten und Lernen von der Person, die über die meisten (praktischen) Erfahrungen verfügt; ein geburtsbegleitender Meinungsaustausch über die Berufsgruppenzugehörigkeit hinweg (zum Beispiel prognostische Erwägungen) und „Zuhören können (!!)“ sind unabdingbar.
- Die Diskussion der Geburtsverläufe im Team nach jeder Geburt bewirkt Reflektionen für den einzelnen und im Team mit Wirkung in die zukünftige Geburtsleitung.
- Allein ein umfassendes Erleben und Begreifen des gesamten Geburtsverlaufs, nicht nur der Austrittsphase der Entbindung, vermittelt Erfahrung, um sichere prognostische Einschätzungen in anderen Fällen zu ermöglichen.
- Insofern sollte jede Chance, einer Geburt beiwohnen zu können, möglichst viel „Normales“ kennenzulernen, intensiv genutzt werden, um kompetente Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte auszubilden.
- Das eingehende Wissen über die physiologischen Abläufe der Entbindung, die Normabweichungen und die Besonderheiten der Verläufe

bei bestimmten Kindslagen und Haltungen, eine eindeutige und allgemein gültige Terminologie, die sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation, das Training von akuten Komplikationen und manuellen/vaginal-operativen Hilfen am Dummy/Phantom bilden die Basis eines verantwortungsbewussten geburtshilflichen Handelns.

- Sehr gute theoretische Kenntnisse (CTG) sind unverzichtbar.
- Die Geduld (Geburtshilfe kennt keine Hast!! „Im Notfall handelt man zügig, aber nicht hastig!") ist ein besonderes Merkmal der Geburtshilfe, natürlich im Bewusstsein, im Einzelfall auch sehr zügig handeln zu müssen; im Eingreifen zum richtigen Zeitpunkt liegt die Kunst, insbesondere bei seltenen Kindslagen, wenn man den vaginalen Entbindungsweg anstrebt.
- Die Reflexion der eigenen Grenzen bestimmt im Einzelfall auch die Möglichkeiten der Handlungsalternativen, zum Beispiel Saugglocken-/Zangenentbindung.
- Das Bewusstsein für und die Übernahme der Verantwortung im Rahmen der „Hilfe bei der Geburt" fordern den Einsatz der ganzen Person.
- Entschluss- und Entscheidungsfähigkeit zeichnen die erfahrenen Hebammen und Geburtshelfer aus.
- Die Handlungsfähigkeit, auch in schwierigen Grenzsituationen, muss gewährleistet sein.
- Die Fähigkeit zur Übernahme der Handlungsverantwortung und deren Inhalte und damit verbundener Führungsqualitäten in Situationen, die ein schnelles und zielsicheres Handeln erfordern, bewirken eine Atmosphäre der Sicherheit und Geborgenheit im Kreißsaal.
- Eine Übertragung des in schwierigen Situationen selbst empfundenen Stresses der die Geburt leitenden Personen auf die anderen Mitglieder des Teams ist unbedingt zu vermeiden, um gerade dann eine zeitnahe, geordnete und angemessene Hilfe zu gewährleisten.

Auch unter den angeführten Rahmenbedingungen und Empfehlungen/Leitlinien der Fachgesellschaften sind angemessene Handlungsspielräume vorhanden. Ein derartiges Regelwerk kann zwar als einengend empfunden werden, gibt aber auch Sicherheit für die handelnden Personen. Die Kompetenzen der Berufsgruppen sollen respektvoll und wertschätzend miteinander zum Einsatz kommen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), 2012:

- Beide Berufsgruppen sind gleichermaßen wichtig.
- Die Frau entscheidet über die Betreuung.
- Komplikationen → Ärztinnen und Ärzte sind zuständig (Kriterienkatalog).

- Die „Klinikgeburt“ wird als „ sicherer“ dargestellt und aus diesem Grund von den Frauen statistisch bevorzugt.
- Die Kooperationen in den unterschiedlichen Versorgungsstufen erfolgen aufgrund klarer, medizinisch definierter Zuordnungen mit klaren Absprachen.

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), 2001

- Gute Zusammenarbeit zum Wohle von Frau und Kind
- Neutrale Beratung (Geburtsort)
- Kompetenzabgrenzung Geburtshilfe vs. Geburtsmedizin (Kriterienkatalog)

In der täglichen geburtshilflichen Routine im Kreißsaal sind folgende Voraussetzungen hilfreich:

- Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte müssen in der Ausbildung viel Normales sehen (die „große Bandbreite der Physiologie“), um zu verstehen, was Pathologie ist.
- Sorgfalt und Disziplin beim Untersuchen und Dokumentieren
- Positive Fehlerkultur: „was können wir lernen“ statt „wer ist Schuld“, zum Beispiel durch Fallbesprechungen
- Handwerk lernen: Hände benutzen, die gesamte klinische und individuelle Situation in die jeweils aktuelle Bewertung einbeziehen. „Dummy“-Übungen, Phantomkurse;
- Klare Spielregeln, zum Beispiel Absprachen über Zuständigkeiten, sind erforderlich;
- Normale Geburt= klassisches Arbeitsfeld der Hebamme → Ärztinnen und Ärzte in „Standby-Funktion“;
- Respektvoller Umgang miteinander (sowohl unter den Berufsgruppen als auch gegenüber den Frauen/ Familien);
- Wünsche der Frau im Mittelpunkt der Betreuung (Hebammen, Ärztinnen und Ärzte nehmen sich mit ihrer eigenen Meinung zurück), soweit aus medizinischen Gründen kein aktives Eingreifen erforderlich ist.

Im KRH wird ganz speziell auf gemeinsame Fort- und Weiterbildung gesetzt. Als Beispiel zeigen wir einen Film aus dem interdisziplinären Simulationszentrum FIPPS, wo Hebammen(-schülerinnen), GeburtshelferInnen und Anästhesie sowie OP-Personal gemeinsam Notfallszenarien üben und dabei gute, wertschätzende Kommunikationsstrukturen entwickeln. (Link: http://www.youtube.com/watch?v=0KoiOkdfHYc). Mit den Workshopteilnehmerinnen und Workshopteilnehmern entwickelte sich daraufhin eine spannende Diskussion, und gemeinsam wurden einige Eckpunkte als Forderungen und Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit im Sinne der Frauen formuliert und priorisiert.

Dr. Helmut Kirchner, Klinikum Region Hannover (KRH), E-Mail: helmut.kirchner@krh.eu;
Christiane Schwarz, Lehrhebamme (KRH), E-Mail: christiane.schwarz@krh.eu

Workshop 3

Qualitätsentwicklung im Rahmen der normalen Geburt – Der Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt

Astrid Krahl

Der Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt" ist der erste, der für die Berufsgruppe der Hebammen entwickelt wird. Er wird im Rahmen eines an der Hochschule Osnabrück angesiedelten Forschungsschwerpunktes „Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua" (gefördert von der VW-Vorabstiftung) seit 2010 in einer Kooperation des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und dem Verbund Hebammenforschung entwickelt. Die wissenschaftliche Leitung der Expertinnenarbeitsgruppe liegt bei Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, die Moderation erfolgt durch die wissenschaftliche Leitung des DNQP, Prof. Dr. Andreas Büscher.

Mit der Entwicklung eines evidenzbasierten Standards zur Förderung der physiologischen Geburt wird Hebammen ein richtungsweisendes Instrument für die Gestaltung eines physiologischen Geburtsverlaufs zur Verfügung gestellt, das sowohl für die interne als auch externe Qualitätsentwicklung genutzt werden kann.

Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind monodisziplinäre, das heißt von nur einer Berufsgruppe entwickelte Instrumente, die ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau zu einem Thema mit hohem gesundheitspolitischem und gesellschaftlichem Interesse darstellen.

Die zentralen Funktionen solcher Standards bestehen dabei darin:

- berufliche Aufgaben und Verantwortungen zu definieren,
- Innovationen in Gang zu setzen,
- eine evidenzbasierte Berufspraxis, berufliche Identität und Beweglichkeit zu fördern und
- Grundlage für einen konstruktiven Dialog mit anderen Gesundheitsberufen zu sein (Schiemann & Moers, 2011).

Das methodische Vorgehen beinhaltet die Schritte Auswahl des Themas, Bildung einer Arbeitsgruppe, Entwicklung evidenzbasierter Expertenstandards, Konsentierung des entsprechenden Entwurfs, modellhafte Implementierung und Auditierung.

Die Relevanz des gewählten Themas „Förderung der physiologischen Geburt" ergibt sich aus der steigenden Kaiserschnittrate, die mittlerweile bei über 30% liegt. Der Standard ist als Antwort, aus der Berufsgruppe der Hebammen, auf diese Entwicklung zu verstehen.

Ziel ist, jeder schwangeren Frau eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung zur Förderung einer physiologischen Geburt durch eine Hebamme zukommen zu lassen. Allen schwangeren und gebärenden Frauen und ihren Bezugspersonen soll die Möglichkeit eröffnet werden, auf Grundlage evidenzbasierten Wissens und Expertinnenwissens eine nach physiologischen Prozessen verlaufende Geburt zu erfahren. Die Expertinnen sind überzeugt, dass somit zu einem positiven Geburtserlebnis beigetragen und die Anzahl medizinischer Interventionen in der Geburtshilfe – insbesondere Kaiserschnitte – reduziert werden kann, wohlwissend, dass nicht bei allen Frauen eine Geburt ohne medizinisch notwendige Interventionen möglich oder von der Frau gewünscht ist.

Nach einer öffentlichen Ausschreibung konnten 13 Hebammen aus Wissenschaft und Praxis, die über eine breit aufgestellte Expertise zu Forschungsprojekten und sowohl klinischer als auch außerklinischer Erfahrung in der Geburtshilfe verfügen, für die Mitarbeit in der Expertinnen-Arbeitsgruppe gewonnen werden.

Auf Basis einer umfassenden Auswertung der nationalen und internationalen Fachliteratur sowie auf der eigenständigen Bewertung der Sachlage durch die Arbeitsgruppe wurde in fünf Sitzungen der Entwurf eines Expertinnenstandards erarbeitet, der im nächsten Schritt auf einer Konferenz am 24. Mai 2013 in Osnabrück mit der Fachöffentlichkeit diskutiert, konsentiert und anschließend überarbeitet wurde. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt ein Sonderdruck vor, der über das DNQP käuflich erworben werden kann.

Im Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt sind Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zu den Themen Beratung und Information der Frau in der Schwangerschaft und im Kreißsaal, Einschätzungen zur aktuellen geburtshilflichen Situation und zum Gesundheitszustand von Mutter und Kind, Angebot und Durchführung von Maßnahmen zur Förderung einer physiologischen Geburt sowie Dokumentation und Evaluation des Geburtsverlaufs formuliert. Zu jedem Standardkriterium ist von den Expertinnen eine Kommentierung verfasst worden, die das eher abstrakt gehaltene Niveau der Kriterien konkretisiert und mit Beispielen für die Umsetzung unterlegt.

Die modellhafte Implementierung und Auditierung erfolgt anhand eines vom DNQP entwickelten vierstufigen Phasenmodells. Die letzte Phase hat am 30.09.2013 mit 16 teilnehmenden Kliniken

begonnen und soll im Frühjahr 2014 abgeschlossen werden, dauert also circa sechs Monate. Sie findet unter wissenschaftlicher Begleitung mit dem Ziel statt, Aufschluss über Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Expertinnenstandards zu gewinnen und heraus zu finden, welche Voraussetzungen für seine flächendeckende und nachhaltige Einführung bedeutsam sind. Der daraufhin nochmals überarbeitete Expertinnenstandard soll im Sommer 2014 zur Verfügung stehen. Eine erste Überarbeitung ist nach fünf Jahren geplant.

Literatur bei der Verfasserin

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück, Dipl.-Pflegewirtin Petra Blumenberg, Caprivistraße 30a, Osnabrück, E-Mail: p.blumenberg@hs-osnabrueck.de

Dipl. Pflegewirtin FH Astrid Krahl, Verbund Hebammenforschung, Hochschule Osnabrück, Fakultät WiSo, E-Mail: Krahl@wi.hs-osnabrueck.de

Workshop 4

Frauen kommen zu Wort – (An)forderungen an die Geburtshilfe

Karin Helke-Krüger, Heinrike Pfohl-Horster

Vorstellung unserer Arbeit

Wir arbeiten in der Kaiserschnittstelle seit nun fast fünf Jahren mit Frauen und Babys, manchmal auch mit ganzen Familien nach Kaiserschnitt-Geburt oder auch traumatisch erlebter Vaginal-Geburt. Wir haben viele Gespräche geführt und dabei vieles gehört, gefühlt und gesehen. Den Teilnehmerinnen unseres Workshops, insgesamt 22 Frauen, haben wir einen kurzen Einblick über diese Arbeit gegeben.

Inhalte des Workshops

Wir haben Aussagen von Frauen, die von uns beraten wurden, gesammelt und der Gruppe zur Verfügung gestellt. Zwei Geburtsberichte haben wir als Einstieg in die gemeinsame Arbeit genutzt. Alle Workshopteilnehmerinnen haben sich zunächst anhand von vier Fragen eigene Gedanken gemacht und diese aufgeschrieben.

Was hätte die Frau/das Kind gebraucht?
Welche Anforderungen von uns Frauen gibt es an die Geburtshilfe?
Was können Frauen in Hinblick auf das eigene Geburtserlebnis tun?
Was können Frauen tun, damit sich etwas ändert?

Mit verschiedenen Karten und Symbolen haben wir die Gedanken jeder einzelnen Frau zusammengetragen und weiterdiskutiert. Jede Teilnehmerin ist an dieser Stelle zu Wort gekommen. So kamen im Workshop nicht nur die Frauen in unseren Berichten zu Wort, sondern der gesamte Workshop. Aus unseren Mitschriften konnten wir zum Schluss mit Klebepunkten Prioritäten setzen und so zu einem guten Ergebnis kommen, welches wir zur Podiumsdiskussion gegeben haben.

Ergebnisse

Als Ergebnis unseres Workshops können wir somit die gemeinsam erarbeiteten Antworten auf die Frage, was Frau und Kind unter der Geburt brauchen, vorstellen:

- Mehr Wissen um die physiologischen Abläufe der Geburt für die Schwangeren;
- Frauen sollen Wünsche äußern: „Expertin für den eigenen Körper";
- Geburt braucht Zeit!
- Fürsprecher/Fürsprecherinnen unter der Geburt;
- Schutz für Frau und Kind;
- Begleitperson für die Frau;
- mehr Kommunikation in Geburtsvorbereitungskursen und besonders nach der Geburt;
- weibliche Wurzeln müssen wieder gestärkt werden;
- eine Person an meiner Seite, der ich vertraue und die verlässlich da ist;
- Freude und Zuversicht über das „Wunder der Geburt" von allen Beteiligten;
- Körperwissen von Frau zu Frau von Anfang an.;
- Liebe;
- die Kraft und das Selbstbewusstsein, die eigenen Bedürfnisse in Schwangerschaft und Geburt durchzusetzen;
- Autonomie muss geachtet werden;
- kein „Kompetenzgerangel", ein Miteinander für Frau und Kind;
- Abschirmung von Frau und Hebamme (Privacy);
- Die Erlaubnis, ehrlich zu sein, auch wenn die Geburt nicht schön war.

Literatur bei den Verfasserinnen

Karin Helke-Krüger und Heinrike Pfohl-Horster, Kaiserschnittstelle e. V.,
E-Mail: mail@kaiserschnittstelle.de, Internet: www.kaiserschnittstelle.de

Jahrbuch 2013: Sexualpädagogik

Das Jahrbuch 2013 des pro familia Landesverbandes Niedersachsen stellt das vielfältige Arbeitsfeld „Sexualpädagogik im Kindes- und Jugendalter“ vor. pro familia ist seit Jahrzehnten bundesweit und in Niedersachsen wegweisend bei der Entwicklung und Umsetzung von sexualpädagogischen Konzepten und Projekten in der Arbeit mit Jugendlichen und Kindern. Dieser große Erfahrungsschatz zeigt sich in den vielen verschiedenen Beiträgen des Jahrbuches. Gleichzeitig geben die Autorinnen und Autoren einen Einblick in die aktuellen Diskussionen, Fragen und Entwicklungen in diesem Arbeitsfeld.

Das Jahrbuch 2013 des pro familia Landesverbandes Niedersachsen ist zu beziehen für eine Schutzgebühr von 2,00 Euro zzgl. Versandkosten über den pro familia LV. Nds. e. V., Lange Laube 14, 30159 Hannover, E-Mail: lv.niedersachsen@profamilia.de
Online verfügbar unter: http://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/niedersachsen/landesverband-niedersachsen/aktuelles.html

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

Der Druck auf unsere Gesellschaft wächst, tragfähige Strategien im Umgang mit dem wachsenden Pflegebedarf zu entwickeln. Abhängig von der kulturellen und politischen Ausrichtung variieren die bestehenden Lösungsansätze in den europäischen Nachbarländern drastisch. Wie die Autorin im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung fundiert darlegt, ist in Deutschland noch immer ein Modell vorherrschend, das insbesondere den weiblichen Familienmitgliedern die Hauptlast der Pflege überträgt. Bereits in naher Zukunft droht dieses System aber insbesondere angesichts der steigenden Frauenerwerbstätigkeit zusammen zu brechen. Auf dem Weg hin zu einem tragfähigen Pflegesystem empfiehlt sie daher einen Blick in die skandinavischen Länder und tritt überzeugend der Annahme entgegen, eine umfassende Investition in eine gute Pflege- und Betreuungsinfrastruktur sei zwangsweise mit einer Kostenexplosion verbunden. (mp)

Cornliea Heintze: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2012, 52 Seiten, ISBN 978-3-86498-168-5
Online verfügbar unter: http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf

Wechseljahre: Abschied und Neubeginn

Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen – Wechseljahrsbeschwerden. Das Gesundheitssystem behandelt Frauen in dieser Zeit wie Kranke. Das vorliegende Buch liefert einen wohltuenden Gegenentwurf. Eine Gynäkologin und eine Soziologin helfen, die Sprache des Körpers zu entschlüsseln geben Frauen Hinweise, respektvoll mit sich umzugehen. Sie ermutigen sie, die Veränderungen des weiblichen Körpers als Chance für einen Neubeginn zu sehen. Das Buch bietet profunde Informationen über die Beschwerden, ein kritisches Hinterfragen der üblichen Behandlungsmethoden, praktische Tipps zu heilkundlichen Anwendungen bei Beschwerden, eine Einordnung in den gesellschaftlichen Kontext und viele Fallbeispiele. Es ist ein Ratgeber im positiven Sinne, aufklärerisch und respektvoll geschrieben. (us)

Sabine Hamm, Ursula Meiners: Wechseljahre: Abschied und Neubeginn. Was Frauen über Menopause und Klimakterium wissen sollten. Buch Verlag für die Frau, Leipzig, 2013, 315 Seiten, ISBN 978-3-89798-354-0, 14,90 Euro

Meine Wunschgeburt

Ein Hauptanliegen des Buches ist die Frage nach den Gründen für eine kontinuierlich steigende Kaiserschnittrate in den letzten Jahrzehnten. So haben die Autorinnen zahlreiche Studien zusammengetragen, um zu beleuchten, welchen Einfluss die Krankenhäuser und die Geburtshelfer haben, aber auch, welche Rolle gesellschaftliche und strukturelle Faktoren spielen.

Es ist wichtig, dass Frauen sich mit ihren vorherigen Geburten und den Gründen, die zu einem Kaiserschnitt geführt haben, auseinandersetzt. So machen die Autorinnen deutlich, dass es bei erneuter Schwangerschaft für einen weiteren Kaiserschnitt nur sehr wenige absolute Indikationen gibt. Ausschlaggebend für die Auseinandersetzung ist oft der Wunsch nach einer Spontangeburt, daher werden Anregungen gegeben, wie jede Frau für sich selbst eine gute Entscheidung treffen kann. Eine weitere Voraussetzung ist eine konsequent interventionsarme Geburtshilfe. Diese beginnt bereits in der Schwangerschaft, weshalb die Autorinnen anregen, sich frühzeitig eine Hebamme zu suchen. Dabei werden die möglichen Gefahren einer Geburt im Zustand nach Kaiserschnitt nicht verharmlost, so dass man zu einer guten Risikoeinschätzung für sich kommen kann.

Den Autorinnen ist ein ausführlicher Ratgeber für Fachleute und betroffene Frauen gelungen! Die einzelnen Kapitel sind gut unabhängig voneinander lesbar. Sehr hilfreich für betroffene Frauen ist, dass auf nahezu jede Kaiserschnittindikation ausführlich eingegangen wird, so dass bereits durch das Lesen des jeweiligen Kapitels ein Verstehen der eigenen Kaiserschnittgeschichte entstehen kann. (hph)

Ute Taschner; Kathrin Scheck: Meine Wunschgeburt. Edition Riedenburg, 2012, ISBN 978-3-902647-24-5, 24,90 Euro

Elterninfo Kaiserschnitt

Der Staude-Verlag gibt seit vielen Jahren sogenannte „Elterninfos" heraus, die sich jeweils mit einem bestimmten Thema rund um Schwangerschaft, Geburt und das 1. Lebensjahr befassen. Verständlich geschrieben und sehr übersichtlich gestaltet finden hier Eltern, aber auch Fachleute, sehr hilfreiche Informationen für das Leben mit ihrem Baby. Sorgsam recherchiert erscheint nun ein weiteres Info zum Thema Kaiserschnitt.

Das ca. 20seitige Elterninfo ist sehr gut geeignet für einen Einstieg in das Thema Kaiserschnitt und kann gut zu einer Entscheidungsfindung beitragen. Auch Verweise auf unterstützende Hilfen und Beratungseinrichtungen sowie weiterführende Literatur sind enthalten. Dieses Elterninfo eignet sich hervorragend zum Weitergeben für alle Beratungseinrichtungen, die mit Schwangerschaft und Geburt befasst sind. (khk)

Elterninfo Kaiserschnitt: erschienen am 01.11.2013, Preis: 1,50 Euro/Ex.; Staffelpreise für DHZ-Abonnentinnen (Deutsche Hebammen Zeitung): 1 Stück: 1,20 Euro; 25 Stück: 8 Euro; 50 Stück: 12; 100 Stück: 16 Euro

Bezug über: Elwin Staude Verlag GmbH, E-Mail: info@staudeverlag.de

Datum / Ort	Titel	Information
05.-07.12.2013, Berlin	26. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) http://www.dgpm2013.de/Startseite.360.0.html
05.12.2013, Dortmund	Gesundheit hat ein Geschlecht – Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung	DGB-Bildungswerk NRW e.V. http://tinyurl.com/pxzwgur
06.12.2013	Workshopreihe Geschlecht und Vielfalt: Neue Impulse für die Medizin: Medizinische Soziologie	http://tinyurl.com/pnn8zro
13.01.2014, Bielefeld	Geschlecht – Vereinbarkeit	Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/vielfalt-als-chance/
26.-28.01.2014, Potsdam	22. Bundeskonferenz der kommunalen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten	Bundesarbeitsgemeinschaft Kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen http://www.frauenbeauftragte.de/bundeskonferenzen/22-bundeskonferenz/
13.-14.03.2014, Berlin	Armut und Gesundheit – Der Public Health-Kongress in Deutschland	Technischen Universität Berlin http://www.armut-und-gesundheit.de
21. 03.2014 bundesweit Veranstaltungen	Equal Pay Day – Aktionstag für gleiche Bezahlung von Männern und Frauen	http:// www.equalpayday.de
20.-22.03.2014, Leipzig	4. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen	Deutsche Gesellschaft für Essstörungen http://www.dgess-leipzig2014.de/index.php/startseite.html
03.07.2014, Berlin Fachtagung	Selbstbestimmte Gesundheit von Frauen - vom hohen Gut zum Werbeslogan?	Fachtagung anlässlich 20 Jahre Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit Infos demnächst unter http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de
08.-09.11.2014, Köln	Selbstoptimierung bis zur Erschöpfung ... Widerstandskraft und psychische Gesundheit von Frauen	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. http://www.akf-info.de

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Ursula Jeß
Nds. Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover

ursula.jess@ms.niedersachsen.de

Birgit Vahldiek
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e. V.
Herschelstr. 31
30159 Hannover

birgit.vahldiek@sovd-nds.de

Hildegard Müller
pro familia
Landesverband Niedersachsen
Lange Laube 14
30159 Hannover

hildegard.mueller@profamilia.de