

FH JOANNEUM Gesellschaft mbH



Wunschkaiserschnitt – Beweggründe werdender
Mütter für die Präferenz einer Sectio caesarea
hinsichtlich des Geburtsmodus

Bachelorarbeit 2
zur Erlangung des akademischen Grades einer
Bachelor of Arts in Business

eingereicht am Fachhochschulstudiengang „Gesundheitsmanagement im
Tourismus“

Betreuerin: Silvia Tuttner, BA MA
eingereicht von: Isabella Dunst

Gesamtzeichenanzahl: 73975

August 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und die mit ihr verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die hochgeladene Version und die allenfalls abgelieferte gedruckte Version sind identisch.

Ich erkläre zudem, dass ich die Arbeit im Sinne der Prinzipien der Richtlinie der FH JOANNEUM zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung von Fehlverhalten in der Wissenschaft erstellt habe.

Insbesondere erkläre ich, dass ich Inhalte, die ich aus Werken Dritter oder auch aus eigenen Werken wörtlich oder inhaltlich übernommen habe, geeignet - und den Regeln für gutes wissenschaftliches Arbeiten entsprechend - gekennzeichnet und die Informationsquellen durch detaillierte Quellenangaben deutlich ersichtlich gemacht habe.

Die vorliegende Originalarbeit ist in dieser Form zur Erreichung eines akademischen Grades noch keiner anderen Hochschule im In- oder Ausland vorgelegt worden.¹

Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre eidesstattliche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Datum, Unterschrift

Zusammenfassung

Problem: In den letzten Jahrzehnten ist international der Trend zu kontinuierlich steigenden Kaiserschnittraten zu verzeichnen. Entsprechend dieser Entwicklung erreichte Österreich im Jahr 2021 eine Kaiserschnittrate von 30,5 Prozent und liegt damit weit über der empfohlenen Kaiserschnittrate von 10 bis 15 Prozent. Der Kaiserschnitt steht im Vergleich zur Spontangeburt mit zahlreichen gesundheitlichen Nachteilen für Mutter und Kind in Verbindung, folglich stellen hohe Kaiserschnittraten für das Gesundheitssystem eine Belastung dar.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine strukturierte Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurde nach Festlegung von Inklusions- und Exklusionskriterien sowie anhand einer festgelegten Suchstrategie nach adäquaten Literaturquellen recherchiert. Um geeignete Literatur zu finden, wurde sowohl im Bibliothekskatalog der FH JOANNEUM sowie in wissenschaftlichen Datenbanken recherchiert. Des Weiteren wurden statistische Datenbanken und Strategiepapiere gesundheitspolitischer Institutionen herangezogen.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche ergab, dass die Beweggründe für einen Kaiserschnitt bei schwangeren Frauen auf psychologische Aspekte, wie einem erhöhten Sicherheits- und Kontrollbedürfnis sowie auf Ängste zurückzuführen sind. Als maßgeblicher Faktor zur Entscheidungsfindung werdender Mütter ist die Beratung des Arztes bzw. der Ärztin zu nennen. Darüber hinaus beeinflussen sozio-kulturelle Erwartungen und Überzeugungen, die subjektive Bewertung möglicher Risiken und Vorteile sowie die Gesundheitskompetenz der Schwangeren die Wahl des Geburtsmodus. Dies führt international zu divergierenden Präferenzen hinsichtlich des Wunsches nach einem Kaiserschnitt bei jungen Frauen und werdenden Müttern.

Diskussion: Um eine Chancengerechtigkeit in Bezug auf die perinatale Gesundheit aller Schwangeren und Kinder zu erreichen, ist einerseits das Ziel zur Senkung zu hoher Kaiserschnittraten zu verfolgen, um einer Übermedikalisierung der Geburt entgegenzuwirken. Andererseits ist die Steigerung zu niedriger Raten notwendig, um Gebärende und Kinder Zugang zu einem medizinisch zwingend nötigen Kaiserschnitt zu gewähren.

Schlüsselwörter: Geburtsmodus, Kaiserschnitt, Wunschkaiserschnitt, Zunahme der Kaiserschnitt-Rate, Gesundheitskompetenz von Schwangeren

Abstract

Problem: In recent decades, there has been an international trend towards continuously increasing caesarean section rates. In accordance with this development, Austria reached a caesarean section rate of 30.5 per cent in 2021, which is far above the recommended caesarean section rate of 10 to 15 per cent. Compared to spontaneous delivery, caesarean section is associated with numerous health disadvantages for mother and child, consequently high caesarean section rates represent a burden for the health system.

Method: To answer the research questions, a structured literature search was conducted. For this purpose, adequate literature sources were searched for after defining inclusion and exclusion criteria and using a defined search strategy. In order to find suitable literature, the library catalogue of the FH JOANNEUM as well as scientific databases were searched. Furthermore, statistical databases and strategy papers of health policy institutions were consulted.

Results: The literature research showed that the reasons for a caesarean section among pregnant women are due to psychological aspects such as an increased need for safety and control as well as fears. The doctor's advice is to be mentioned as a decisive factor in the decision-making of expectant mothers. In addition, socio-cultural expectations and convictions, the subjective evaluation of possible risks and advantages as well as the health literacy of pregnant women influence the choice of birth mode. This leads to diverging preferences internationally regarding the desire for a caesarean section among young women and expectant mothers.

Discussion: To achieve equity in the perinatal health of all pregnant women and children, the goal of reducing excessively high caesarean section rates must be pursued, to counteract the overmedicalisation of birth. On the other hand, it is necessary to increase rates that are too low, to give mothers and children access to a medically necessary caesarean section.

Keywords: mode of delivery, caesarean section, elective caesarean section, increase in caesarean section rate, health literacy of pregnant women.

Inhaltsverzeichnis

<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	2
<i>Zusammenfassung</i>	3
<i>Abstract</i>	4
<i>Inhaltsverzeichnis</i>	5
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	7
<i>Tabellenverzeichnis</i>	7
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	7
1 <i>Einleitung</i>	8
1.1 Problemstellung	8
1.2 Forschungsziel und Nicht-Ziele	9
1.3 Forschungsfragen	9
2 <i>Methodik</i>	11
2.1 Literaturrecherche	11
2.1.1 Selektive Literaturrecherche	11
2.1.2 Strukturierte Literaturrecherche	12
3 <i>Theoretischer Hintergrund</i>	14
3.1 Die Geburt	14
3.1.1 Spontangeburt	14
3.1.2 Kaiserschnitt	15
3.2 Vor- und Nachteile der Geburtsmodi	19
3.2.1 Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts	19
3.2.2 Vor- und Nachteile der Spontangeburt	21
4 <i>Kaiserschnittraten im internationalen Vergleich</i>	23
4.1 Kaiserschnittraten international	23
4.2 Kaiserschnittraten in Österreich	27
5 <i>Wahl des Geburtsmodus</i>	29
5.1 Beweggründe für die Wahl des Geburtsmodus	29

5.2	Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Wahl des Geburtsmodus.....	30
6	Zusammenfassung.....	33
6.1	Allgemeiner Überblick	33
6.2	Beantwortung der Forschungsfragen.....	33
6.3	Diskussion	35
6.4	Ausblick.....	37
	Literaturverzeichnis	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Global and regional trends in caesarean section, 1990-201425

Abbildung 2 Latest available data on caesarean section rates by country (not earlier than 2005)26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 verwendete Suchbegriffe 12

Tabelle 2 Lebendgeborene seit 2011 in Österreich nach Entbindungsart 28

Abkürzungsverzeichnis

bzw. beziehungsweise

et al. et alii

ÖPGK Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz

s. siehe

S. Seite

WHO Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization

% Prozent

1 Einleitung

Das erste Kapitel befasst sich mit der Problemstellung, dem Forschungsziel und den Nicht-Zielen sowie den Forschungsfragen im Rahmen dieser Bachelorarbeit.

1.1 Problemstellung

In den letzten Jahrzehnten wird international ein massiver Anstieg an Kaiserschnittgeburten verzeichnet (Coates et al., 2020, S. 324). Auch in Österreich steigt die Kaiserschnitttrate kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2021 30,5 Prozent und in der Steiermark 36,7 Prozent (Statistik Austria, 2022a). Damit liegt Österreich weit über der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Kaiserschnitttrate von 10 bis 15 Prozent (Coates et al., 2020, S. 324; Ye et al., 2014, S. 240).

Eine Vielzahl von Schwangeren präferiert aufgrund der Angst vor Geburtsschmerzen, vorangegangenen negativen Geburtserlebnissen oder dem Empfinden, dass ein Kaiserschnitt, in der medizinischen Fachsprache Sectio caesarea genannt, der sicherste Geburtsmodus für sie oder ihr Kind ist, eine Kaiserschnittgeburt (Coates et al., 2020, S. 329). Neben den Vorteilen im Vergleich zur Spontangeburt, wie zum Beispiel einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Harninkontinenz oder eines Beckenprolaps, bestehen bei einem Kaiserschnitt zahlreiche Risiken für Mutter und Kind. So bestehen mögliche Auswirkungen auf die Fertilität der Mutter und eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen in Folgeschwangerschaften, wie beispielsweise einer Lageanomalie der Plazenta (Plazenta praevia), einer Uterusruptur oder einer Totgeburt sowie ein erhöhtes Risiko für das Kind in Bezug auf die Entwicklung von Asthma und Adipositas (Keag et al., 2018, S. 2). Die Verlegung auf die Intensivstation und die Entwicklung einer postpartalen Infektion ist nach einem Kaiserschnitt ebenfalls wahrscheinlicher als nach einer Spontangeburt (Mascarello et al., 2017, S. 8). Folglich ist eine hohe Kaiserschnitttrate nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern auch für Mutter und Kind mit zahlreichen Nachteilen verbunden.

Daraus resultieren die Bestrebungen, durch gezielte Maßnahmen, wie beispielsweise der Bereitstellung von Angeboten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werdender Mütter, dem internationalen Trend der stetig wachsenden Kaiserschnitttrate entgegenzuwirken und die Spontangeburtensrate zu erhöhen (ÖGPK, 2021).

1.2 Forschungsziel und Nicht-Ziele

Ein eingeschränkter Zugang zu Informationen und Bildung wird mit einer höheren Präferenz für einen Kaiserschnitt in Verbindung gebracht. Um eine gut informierte und selbstbestimmte Entscheidung hinsichtlich der Geburt treffen zu können, ist es daher von höchster Relevanz, jungen Frauen und werdenden Müttern adäquate Informationen in Bezug auf die Schwangerschaft und Geburt anzubieten (Coates et al., 2020, S. 329–330).

Im Zuge dieser Bachelorarbeit werden die Beweggründe von Schwangeren für die Wahl einer Kaiserschnittentbindung eruiert, insbesondere wenn keine medizinischen Indikationen diesen Geburtsmodus rechtfertigen. Die Bachelorarbeit soll somit eine Basis für die Erstellung von Empfehlungen und Handlungsmaßnahmen bieten, um zielgruppengerechte Informationen für Schwangere bereitzustellen und die Gesundheitskompetenz junger Frauen und werdender Mütter in Hinblick auf die bevorstehende Geburt stärken zu können.

Es ist Nicht-Ziel der Bachelorarbeit, die Sichtweise anderer Interessensgruppen, wie beispielsweise des ärztlichen Fachpersonals, der Hebammen oder der Krankenhausbetreibenden sowie die der werdenden Väter hinsichtlich der Präferenz eines Geburtsmodus der Frauen zu beleuchten. Des Weiteren wird im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit keine empirische Forschung betrieben und infolgedessen auch keine personenbezogenen Daten erhoben.

1.3 Forschungsfragen

Aus der Problemstellung ergibt sich folgende Hauptforschungsfrage:

Welche Beweggründe zeigen sich bei schwangeren Frauen als relevant, sich hinsichtlich des Geburtsmodus für einen Kaiserschnitt (Sectio caesarea) bzw. gegen eine vaginale Geburt zu entscheiden?

Daraus leiten sich folgende Unterfragen ab:

1. Welche Vor- und Nachteile bestehen bei einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur Spontangeburt?
2. Welchen Einfluss hat die Gesundheitskompetenz auf die Präferenz eines bestimmten Geburtsmodus bei schwangeren Frauen?

2 Methodik

In diesem Kapitel wird die Methodik zur Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

2.1 Literaturrecherche

Um geeignete Literaturquellen zu finden, wird sowohl eine selektive Informationssuche als auch eine strukturierte datenbankbasierte Literatursuche durchgeführt (Haas et al., 2013, S. 16). Zur übersichtlichen und nachvollziehbaren Gestaltung der Literatursuche wird empfohlen, die gefundene Evidenz mithilfe eines Literaturverwaltungsprogramms zu organisieren (Haas et al., 2013, S. 19). Aufgrund dessen, wird die vorliegende Arbeit mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms Citavi (Version 6.10) erstellt, um sowohl die gefundene Literatur als auch die daraus generierten Zitate zu speichern, zu sortieren und miteinander zu kombinieren (Meurer & Schluchter, 2017, S. 5). In dieser Arbeit wird nach den Vorgaben der 7. Edition der American Psychological Association (2019) zitiert.

Die Recherche erfolgt in Bibliothekskatalogen und Literaturdatenbanken, um diese umfangreich zu gestalten (Berger-Grabner, 2016, S. 66). Fachbücher und Fachzeitschriften werden mithilfe des Bibliothekskatalogs der FH JOANNEUM gesucht.

Des Weiteren wird auf Webseiten gesundheitspolitischer Institutionen sowie statistischer Datenbanken recherchiert, um themenrelevante graue Literatur zu integrieren (Haas et al., 2013, S. 18).

2.1.1 *Selektive Literaturrecherche*

Zu Beginn werden die Suchmaschinen Google und Google Scholar herangezogen, um einen ersten Überblick über die Thematik und etwaigen Quellen zu erhalten (Voss, 2020, S. 89). Im Zuge der Datenbankrecherche wird die Suche mit dem Schneeballverfahren ergänzt, um weitere einschlägige Fachliteratur zum

Themengebiet zu erfassen (Döring & Bortz, 2016, S. 160; Universitäts- und Landesbibliothek Münster, 2021).

Des Weiteren werden die Webseiten folgender Institutionen nach Strategiepapieren sowie themenbezogenen Statistiken durchsucht (Haas et al., 2013, S. 18):

- Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- Statistik Austria
- Österreichisches Hebammengremium
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

2.1.2 *Strukturierte Literaturrecherche*

Die strukturierte Suche wird in folgenden elektronischen Datenbanken durchgeführt:

- Pubmed
- SpringerLink
- ScienceDirect
- Maternity and Infant Care Database

Um geeignete Literatur zu finden, werden zu Beginn Suchbegriffe festgelegt (Ritschl et al., 2016, S. 295). Die verwendeten Suchbegriffe sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Sie werden mit den Booleschen Operatoren AND sowie OR verknüpft (Voss, 2020, S. 90–91).

Tabelle 1

verwendete Suchbegriffe

Deutsch	Englisch
Geburtsmodus	Birth mode
Kaiserschnitt	Caesarean section OR delivery
Wunschkaiserschnitt	Caesarean section on maternal request
Vorteile AND Nachteile von Kaiserschnitt	Advantages OR benefits AND disadvantages OR risks of caesarean section
Gründe AND Kaiserschnitt	Reasons AND caesarean section
Vergleich der Geburtsmodi	Comparision of birth mode

Zunahme an Kaiserschnitten AND Gründe	Increase in caesarean sections AND reasons
Gesundheitskompetenz von Schwangeren	Health literacy of pregnant women OR maternal health literacy

Zur weiteren Präzisierung der Literatursuche werden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (Ritschl et al., 2016, S. 296). Die Sprache wird auf deutsche und englische Artikel limitiert. Es werden bevorzugt Quellen inkludiert, die nach 2012 publiziert wurden. Des Weiteren wird nur kostenfreie Literatur zur Erstellung der Bachelorarbeit verwendet.

Die den Einschlusskriterien entsprechende Literatur wird anschließend hinsichtlich ihrer Relevanz und Qualität geprüft (Ritschl et al., 2016, S. 297). Nach Abschluss des Titelscreenings werden die Abstracts der themenrelevanten Literatur gelesen und der Evidenzgrad der vorliegenden Artikel bestimmt (Ritschl et al., 2016, S. 303). Im Anschluss wird der Volltext jener Quellen gelesen, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen und als relevant eingestuft werden.

Um die gefunden Studien bezüglich ihrer Aussagekraft und Güte zu beurteilen, wird die Evidenzhierarchie herangezogen (Lüke, 2019, S. 114). Demnach werden Fachexpertisen und Fallberichte mit der geringsten Aussagekraft bewertet, wohingegen Metaanalysen sowie systematische Reviews von randomisierten kontrollierten Studien den höchsten Evidenzgrad aufweisen (Lüke, 2019, S. 113). Des Weiteren wird der Journal Impact Factor der Fachzeitschrift überprüft, in der der vorliegende Artikel veröffentlicht wurde, da Zeitschriften mit einem hohen Journal Impact Factor mit einem strengen Review-Verfahren assoziiert werden (Voss, 2020, S. 95).

3 Theoretischer Hintergrund

Das dritte Kapitel befasst sich mit den theoretischen Hintergründen der vaginalen Geburtsmodi sowie der abdominellen Kaiserschnittentbindung und beleuchtet deren Vor- und Nachteile für Mutter und Kind.

3.1 Die Geburt

Die Geburt eines Kindes stellt für die Mehrheit der werdenden Mütter einen ihrer bedeutendsten Lebensereignisse dar. Dieses multidimensionale Ereignis hat nicht nur gesundheitliche Auswirkungen auf Mutter und Neugeborenes, sondern ändert zudem sämtliche Rahmenbedingungen der neu geformten Familie (Chalubinski, 2016, S. 664). Umso wesentlicher erscheint die Art des Geburtsmodus, der die Weichen der neuen Lebensphase innerhalb der gesamten Familie stellt.

Nach einer durchschnittlichen Schwangerschaftsdauer von 266 Tagen (38 Wochen) post conceptionem bzw. 280 Tagen post menstruationem (40 Wochen) endet die Schwangerschaft im Zuge der Geburt (Dudenhausen, 2019, S. 23). Bezüglich des Geburtsmodus wird zwischen Spontangeburt, die der physiologischen bzw. vaginalen Geburt entspricht, vaginal-operativer Geburt und Kaiserschnitt unterschieden (Goerke, 2020). In der vorliegenden Arbeit wird, sofern nicht explizit erwähnt, der Begriff Spontangeburt für beide vaginalen Geburtsmodi verwendet.

3.1.1 Spontangeburt

Die Phasen der Spontangeburt werden untergliedert in Eröffnungsperiode, Austreibungsperiode und Plazentarperiode (Chalubinski, 2016, S. 670). Periodisch auftretende sowie anhaltende, zervixwirksame Wehen kennzeichnen den Geburtsbeginn und den Anfang der Eröffnungsphase (Chalubinski, 2016, S. 668; World Health Organization, 2018b, S. 120). Ab Vorliegen eines vollständig eröffneten Muttermundes ist die Austreibungsphase erreicht, die mit der Geburt des Neugeborenen abgeschlossen ist (Dudenhausen, 2019, S. 243). Die Nachgeburtsphase dient der Lösung und Ausstoßung der Plazenta (Chalubinski, 2016, S. 671).

Kommt es im Zuge der Austreibungsperiode zu einer fetalen oder mütterlichen Bedrohung bzw. zu einem Geburtsstillstand, liegt eine Indikation zur vaginal-operativen Beendigung der Geburt vor (Hopp & Kalache, 2016, 814). Die Anwendung eines vaginal-operativen Eingriffes, zu denen die Zangen- und Vakuumextraktion zählen, stellt somit unter gewissen Umständen eine Alternative zum Kaiserschnitt dar (Wacker, 2020, S. 234). Ziel dieser instrumentellen Verfahren ist, durch Zug am Kopf des Ungeborenen und einer etwaigen Haltungs- und Einstellungskorrektur des Kindes die Beendigung der Geburt zu forcieren. Um eine schonende Durchführung für Mutter und Kind zu gewährleisten, ist das Beherrschen dieser Verfahren unabdingbar (Hopp & Kalache, 2016, S. 816). Die Präferenz zur Beendigung der Entbindung via Zangen- oder Vakuumgeburt anstelle eines Kaiserschnitts, unterliegt starken regionalen Schwankungen und variiert zudem zwischen den individuellen Geburtshelfenden (Wacker, 2020, S. 234). Insgesamt ist eine Abnahme der Rate an vaginal-operativen Geburten zu verzeichnen. Des Weiteren ist die Tendenz zur Abnahme an Zangengeburt, bei gleichzeitigem Anstieg der Vakuumextraktion erkennbar. Diese Entwicklung wird aufgrund eines Mangels an Übung und Fachwissen bezüglich der Zangenextraktion stimuliert (Hopp & Kalache, 2016, S. 815).

Hervorzuheben gilt, dass die Einzelfallabschätzung bezüglich des am besten geeigneten Geburtsmodus für die Schwangere in der Kompetenz der ärztlichen Fachperson liegt (Hopp & Kalache, 2016, S. 814).

3.1.2 Kaiserschnitt

Wird eine Schwangerschaft bzw. Geburt chirurgisch beendet, bedarf es der Durchführung eines Kaiserschnitts. Die abdominelle Kaiserschnittentbindung wird definiert als die operative Entwicklung des Babys, unter einer chirurgischen Durchtrennung der Bauchdecke sowie des Uterus der Mutter. Hierfür ist der Einsatz einer Inhalationsnarkose oder einer Periduralanästhesie notwendig (Dudenhausen, 2019, S. 431).

Der Kaiserschnitt wird abhängig vom Geburtsbeginn in primäre und sekundäre Kaiserschnitte eingeteilt. Als primär indizierte bzw. elektive Kaiserschnitte werden jene bezeichnet, deren Durchführung vor Eintreten xervixwirksamer Wehen oder

eines Blasensprunges vollzogen wird. Ein sekundär indizierter Kaiserschnitt liegt dann vor, wenn die Entscheidung für den Kaiserschnitt erst nach Einsetzen zervixwirksamer Wehen bzw. nach stattgefundenem Blasensprung getroffen wird. Ein Sonderfall des sekundären Kaiserschnitts stellt der Notkaiserschnitt dar, in der die Geburt aufgrund einer maternalen oder fetalen Notsituation schnellstmöglich operativ zu beenden ist. Die Zeitspanne zwischen der Entscheidung für einen Notkaiserschnitt und der Entbindung beträgt hierbei längstens 20 Minuten (Dudenhausen, 2019, S. 431–432; Stark & Wacker, 2020, S. 223).

In Hinblick auf die medizinische Begründung für einen Kaiserschnitt wird zudem zwischen absoluten und relativen Indikationen unterschieden. Circa 10 Prozent der Kaiserschnitte werden aufgrund absoluter Indikationen durchgeführt. Hierbei ist ein Kaiserschnitt aufgrund eines zwingenden geburtsmedizinischen Grundes unumgänglich, da das Leben der Mutter und/oder des Kindes gefährdet ist (Dudenhausen, 2019, S. 432; Stark & Wacker, 2020, S. 223).

Zu den zwingend medizinischen Gründen und somit zu den absoluten Kaiserschnitt-Indikationen zählen:

- lebensbedrohliche uterine Blutungen,
- Sauerstoffmangel des Kindes,
- Nabelschnurvorfall oder
- eine Uterusruptur (Dudenhausen, 2019, S. 432; Stark & Wacker, 2020, S. 223).
- der Verdacht eines Becken-Missverhältnisses,
- ein verengtes maternales Becken oder eine Beckenanomalie der Mutter,
- die Placenta praevia sowie
- die fetale Makrosomie (Dudenhausen, 2019, S. 314).

Relative Indikationen begründen in etwa 80 Prozent aller durchgeführten Kaiserschnitte. In diesem Fall führen Abweichungen oder Risikofaktoren dazu, dass eine Spontangeburt die maternale und fetale Belastbarkeit übersteigt und somit unzumutbar wird (Dudenhausen, 2019, S. 432; Stark & Wacker, 2020, S. 223–224).

Relative Kaiserschnitt-Indikationen stellen beispielsweise:

- eine präpathologische Wehentätigkeit oder eine präpathologische fetale Herztätigkeit,
- ein in der Nabelschnurarterie erhöhter Blutflusswiderstand,
- eine intrauterine Wachstumsrestriktion,
- ein verzögerter Geburtsverlauf bei Vorliegen einer leichten Herzerkrankung mütterlicherseits oder
- ein Geburtsstillstand dar (Dudenhausen, 2019, S. 432; Stark & Wacker, 2020, S. 223–224).

Die relative Indikationsstellung bedingt somit eine Nutzen-Risiko-Abwägung der Geburtsmodi für Gebärende und Kind und eröffnet somit den an der Geburt beteiligten Personen einen gewissen Entscheidungsspielraum (Dudenhausen, 2019, S. 432; Stark & Wacker, 2020, S. 223–224).

Bezogen auf primäre Kaiserschnitte zählen:

- die intrauterine Wachstumsverzögerung unter der 10. Perzentile,
- ein geschätztes fetales Gewicht über 3.800 Gramm bzw. unter 1.800 Gramm,
- ein dysproportioniertes Baby,
- ein vorzeitiger Blasensprung,
- eine vaginale Unreife,
- ein pathologisches Kardiotokogramm und
- ein mütterlicher Diabetes mellitus zu den relativen Indikationen (Dudenhausen, 2019, S. 314).

Im Allgemeinen werden derzeit ein vorheriger Kaiserschnitt, das Vorliegen einer Beckenendlage, ein Geburtsstillstand sowie ein Sauerstoffmangel als die bedeutsamsten Indikationen primärer und sekundärer Kaiserschnitte beschrieben (Dudenhausen, 2019, S. 434; Morton et al., 2020, S. 910).

Derzeit erfolgt schätzungsweise jeder zehnte Kaiserschnitt auf mütterlichen Wunsch. Dies bedeutet, dass keine medizinischen Indikationen vorliegen, die einen Kaiserschnitt begründen (Dudenhausen, 2019, S. 433). Eine österreichische Befragung unter Wöchnerinnen bezüglich ihres Geburtsmodus in sieben Wiener Geburtskliniken ergab, dass 1,5 Prozent ihr Neugeborenes durch einen

Wunschkaiserschnitt geboren hatten. Insgesamt gaben 8,4 Prozent der Mütter an, dass die Durchführung ihres Kaiserschnitts nicht auf medizinischen Indikationen beruht hätte, sondern psychologische Beweggründe und die bessere Planbarkeit für den Kaiserschnitt ausschlaggebend gewesen wären (Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 17). Weltweit ist eine Zunahme dieser medizinisch nicht indizierten Kaiserschnittanteile zu verzeichnen (Opiyo et al., 2020, S. 66). Da elektive Kaiserschnitte, die vor der abgeschlossenen 39. Schwangerschaftswoche stattfinden, mit erheblich erhöhter Morbidität und Mortalität des Säuglings einhergehen, gibt es die Empfehlung, Wunsch-Kaiserschnitte erst ab Vollendung der 39. Schwangerschaftswoche durchzuführen (Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 7). Beweggründe dieses Wunsches werden im Kapitel 5 näher beleuchtet. Liegen neben der besseren Planbarkeit eines elektiven Kaiserschnitts weitere Risikofaktoren vor, wirken diese Risikofaktoren unterstützend in Bezug auf die Indikationsstellung. Im Zuge des Aufklärungsgespräches ist die schwangere Frau sowohl über die kurz- als auch langfristigen Vor- und Nachteile dieses Geburtsmodus in Kenntnis zu setzen (Dudenhausen, 2019, S. 433).

Temporär gesehen unterliegen Indikationen einer stetigen Veränderung. Bei Einführung des Kaiserschnitts diente er als Noteingriff mit dem Ziel der Lebensrettung der Mutter. Dieser Fokus wandelte sich hin zur Rettung reifer Babys, bis hin zur Rettung unreifer Ungeborener. Derzeit liegt das Augenmerk auf der Schadensprävention des Kindes. Die gesenkte mütterliche Morbidität und Letalität sowie die erheblich verbesserten Überlebenschancen, selbst bei extremer Frühgeburtlichkeit, zeigen die Fortschritte der Geburtshilfe und Neonatologie auf, die durch die Etablierung des Kaiserschnitts ermöglicht wurden und vereinfachen den Beteiligten die Indikationsstellung. Auch der Trend zum Wunsch-Kaiserschnitt ist seit Beginn des 21. Jahrhunderts im Steigen. Dieser Wandel sowie weitere Einflüsse führten zum weltweit beobachtbaren Anstieg der Kaiserschnittraten, auf das im Kapitel 4 näher eingegangen wird (Dudenhausen, 2019, S. 431).

Der medizinische Fortschritt, und die damit stetig verbesserten Operationsbedingungen, trug wesentlich zur Senkung der mütterlichen Morbidität und Mortalität bei, was letztlich auch zu verbesserten Chancen selbst bei extrem unreifen Neugeborenen führte (Dudenhausen, 2019, S. 432). Der Kaiserschnitt stellt folglich eine Operation dar, die unter medizinisch notwendigen Gründen das Leben von

Müttern und Säuglingen retten vermag (World Health Organization, 2018a, S. 8). Um in der heutigen Zeit Aussagen über die Qualität der geburtshilflichen Maßnahmen treffen zu können, bedarf es jedoch, neben der mütterlichen und perinatalen Mortalität und Morbidität, der Berücksichtigung weiterer Qualitätsparameter, wie den mütterlichen Zufriedenheitsgrad in Bezug auf den Geburtsverlauf (Chalubinski, 2016, S. 664).

3.2 Vor- und Nachteile der Geburtsmodi

3.2.1 Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts

Verglichen mit der Spontangeburt besteht eine erhöhte Prävalenz von mütterlicher Mortalität und Morbidität im Zuge eines Kaiserschnitts. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Uterusrupturen, Plazentastörungen, Eileiterschwangerschaften, sowie Tot- und Frühgeburten ist in Folgeschwangerschaften erhöht und steigt mit der Anzahl der durchgeführten Kaiserschnitte (Sandall et al., 2018, S. 1349). Ein notwendiger Aufenthalt auf der Intensivstation der Mutter ist nach Kaiserschnitten ebenso erhöht (Mascarello et al., 2017, S. 8). Weiters zählen Komplikationen wie Infektionen oder Blutungen sowie Probleme im Zuge der Anästhesie oder die Notwendigkeit von Bluttransfusionen zu den maternalen Risiken. Des Weiteren besteht die Gefahr zusätzlicher Komplikationen in Folgeschwangerschaften, wie placentare Einnistungsstörungen, die Notwendigkeit zur Durchführung einer Hysterektomie, einer verringerten Fruchtbarkeit sowie ein ungünstiger Schwangerschaftsverlauf in Folgeschwangerschaften (Keag et al., 2018, S. 11; Opiyo et al., 2020, S. 66).

Via Kaiserschnitt geborene Säuglinge treten mit anderen hormonellen, physischen, bakteriellen und medizinischen Einflüssen in Kontakt, als spontan geborene Kinder. Sie sind vermehrt kurzfristigen Risiken ausgesetzt, wie einer abweichenden Entwicklung des Immunsystems, des Auftretens von Allergien, Atopien und Asthma sowie einer geringeren Vielfalt des Darmmikrobioms. Bezüglich der längerfristigen Auswirkungen, des Fortbestehens der kurzfristigen Risiken sowie den Möglichkeiten zur Abschwächung ebendieser, besteht weiterer Forschungsbedarf. Darüber hinaus wird ein Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und erhöhtem Adipositasrisiko sowie

Atemproblemen und Asthma in der späteren Kindheit diskutiert (Keag et al., 2018, S. 2, 2018, S. 2; Opiyo et al., 2020, S. 66; Sandall et al., 2018, S. 1349). Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass bis dato keine ausreichende Evidenz hinsichtlich der Langzeitfolgen des Kaiserschnitts vorliegt, um diese als solide Entscheidungsgrundlage rechtfertigen zu können (Keag et al., 2018, S. 2).

Unmittelbare Folgen für das Kind stellen respiratorische, metabolische und dem Wärmehaushalt betreffende Anpassungsstörungen dar, die nach einem Kaiserschnitt häufiger auftreten. Die Konsultation neonatologischer oder pädiatrischer Fachkräfte sowie intensivmedizinische Behandlungen sind nach einem Kaiserschnitt ebenso häufiger von Nöten (Herber-Löffler & Stiefel, 2020, S. 709). Überdies werden Schnittverletzungen, Knochenbrüche, Anpassungsstörungen, Stillprobleme, die Trennung von der Mutter und eine potenziell traumatische Geburtserfahrung nach einem Kaiserschnitt als mögliche Risiken bzw. Nachteile für das Kind gelistet (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24).

Bezogen auf Wunsch-Kaiserschnitte liegt im Vergleich zu Spontangeburt ein erhöhtes Risiko für unvorhergesehene operative Eingriffe, wie einer Hysterektomie, vor (Guo et al., 2021, E642). Eine Kohortenstudie deckte bei Wunsch-Kaiserschnitten verminderte Risiken für Geburtstraumata, Infektionen, Mekoniumaspiration und Einweisungen auf die Intensivstation für Neugeborene im Vergleich zu Spontangeburt auf (Guo et al., 2021, E641). Zudem wiesen Frauen nach einer sekundären Kaiserschnittentbindung eine erheblich höhere emotionale Belastung sowie eine geringere Zufriedenheit auf als jene Frauen, die sich für einen primären Kaiserschnitt, entschieden hatten (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 20).

Die geringere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Inkontinenz oder eines urogenitalen Prolapses der Mutter wird als Vorteil eines Kaiserschnitts gegenüber einer Spontangeburt beschrieben (Keag et al., 2018, S. 2; Sandall et al., 2018, S. 1350). Überdies stellt die bessere Planbarkeit der Geburt, insbesondere bei Risikoschwangerschaften, einen Vorteil des Kaiserschnittes gegenüber der Spontangeburt dar (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24). Weiters profitieren Frühgeborene unter der 25. Schwangerschaftswoche aufgrund einer reduzierten neonatalen Mortalität von einem Kaiserschnitt (Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 8).

Bei Spontangeburt ist die Häufigkeit von Dammrissen im Vergleich zu Wunsch-Kaiserschnitten erhöht (Guo et al., 2021, E642). Sauerstoffmangel, Kopfverletzungen und eine Schulterdystokie werden als mögliche Risiken einer Spontangeburt für das Kind beschrieben. Darüber hinaus besteht, analog zum Kaiserschnitt, die Möglichkeit, die Geburt als traumatisch zu erleben. Insbesondere wenn die Geburt mittels sekundären Kaiserschnitts oder vaginal-operativ beendet werden muss (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24–25). Die Verletzungsgefahr ist bei vaginal-operativen Methoden erhöht. Die am häufigsten auftretenden Verletzungen der Zangenextraktion sind Schürf- und Quetschwunden, Blutergüsse, Lähmungserscheinungen der Nerven, Schädelbruch und Hirnhautverletzungen beim Kind sowie maternale Wunden im Bereich des Damms, der Vagina, der Klitoris und der Zervix (Wacker, 2020, S. 237). Die Vakuumextraktion birgt die Gefahr einer Blutung zwischen harter Hirnhaut und Gehirn, einer Gehirnschädigung, eines Schädelbruchs sowie die Bildung einer Kopfblutgeschwulst beim Kind. Verletzungen wie Risse des Damms, der Scheide oder der Zervix der Mutter sind möglich, treten jedoch kaum auf (Wacker, 2020, S. 239).

3.2.2 Vor- und Nachteile der Spontangeburt

Entscheidende Argumente für eine Spontangeburt sind, dass diese bezüglich Langzeitfolgen und möglichen Folgeschwangerschaften keine negativen Auswirkungen zeigen. Eine in Österreich durchgeführte Studie über psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmodi und Zufriedenheit ergab, dass die Zufriedenheit unter den Frauen nach einer Spontangeburt im Vergleich zu den via Kaiserschnitt Gebärenden signifikant höher war. Die Voraussetzungen für den Aufbau einer tiefen Bindung zwischen Mutter und Säugling, die Geburt als positiv zu empfinden, sowie für das Stillen und die Laktation sind bei einer Spontangeburt ideal. Es besteht zudem die Gelegenheit einer stärkeren Einbindung der Familie in den Geburtsvorgang sowie die Geburt ambulant durchzuführen. Darüber hinaus ist die Wöchnerin nach Spontangeburt schneller mobil und benötigt in der Regel einen kürzeren stationären Spitalsaufenthalt als nach einem Kaiserschnitt (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, 20, 25).

Um sich eine fundierte Meinung hinsichtlich des geeignetsten Geburtsmodus bilden zu können, ist im Zuge der Schwangerenberatung die Aufklärung über die Vorteile

des Kaiserschnitts, jedoch auch über mögliche Nachteile in Bezug auf die eigene Fruchtbarkeit und Folgeschwangerschaften bzw. langfristigen Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes notwendig (Keag et al., 2018, S. 2).

Es bedarf insbesondere ein breiteres Wissen über die gesundheitlichen Langzeitfolgen der einzelnen Geburtsarten, damit medizinisches Fachpersonal, Frauen und politische Entscheidungstragende eine adäquate Entscheidungsfindung hinsichtlich des Geburtsmodus treffen zu können. Die Unterschiede in Bezug auf die vorliegenden Gegebenheiten und Risiken variieren zwischen ressourcenarmen und ressourcenstarken Umwelten und dürfen bei der Planung der Entbindung nicht außer Acht gelassen werden (Sandall et al., 2018, S. 1349).

4 Kaiserschnittraten im internationalen Vergleich

Dieses Kapitel befasst sich mit den Kaiserschnittraten und ihrer Entwicklung im Laufe der Zeit, sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene.

4.1 Kaiserschnittraten international

Wie im Kapitel 3.1.2 beschrieben, vermag ein Kaiserschnitt bei Vorliegen bestimmter, absoluter Indikationen das Leben von Mutter oder Kind zu retten (World Health Organization, 2018a, S. 8). Die Senkung der peripartalen Mortalität und Morbidität sowie der Wandel vom Notfalleingriff hin zu einem präventiven Routineeingriff führte in zahlreichen Regionen zu einem stetigen Steigen dieses Geburtsmodus (Dudenhausen, 2019, S. 431).

Angesichts dieser Entwicklung gibt es die Notwendigkeit einer internationalen Betrachtung der Kaiserschnittraten, da der Zugang eines lebensrettenden Kaiserschnitts weltweit gesehen noch zahlreichen Bedürftigen verwehrt bleibt. Somit besteht einerseits der Bedarf an Maßnahmen zur Reduzierung der zu hohen Kaiserschnittraten in ausgewählten Regionen, andererseits eines besseren Zugangs zur geburtshilflichen Versorgung, damit bei medizinischer Notwendigkeit, jede Gebärende sowie jedes Ungeborene von einem Kaiserschnitt profitieren kann (Coates et al., 2020, S. 324; Sandall et al., 2018, S. 1350; World Health Organization, 2018a, S. 13).

Die seitens der WHO empfohlenen Kaiserschnitttrate liegt zwischen 10 und 15 Prozent, da diese weder mit einer erhöhten mütterlichen noch perinatalen Mortalität und Morbidität einhergeht (Coates et al., 2020, S. 324; World Health Organization, 2018a, S. 12; Ye et al., 2014, S. 240). Unnötige Kaiserschnitte bergen für Mutter und Kind erhöhte Gefahren und tragen nicht zur Senkung mütterlicher oder kindlicher Sterblichkeit bei, daher ist die weltweite Entwicklung hin zur übermäßigen Nutzung von Kaiserschnitten kritisch zu sehen (Opiyo et al., 2020, S. 66). Kaiserschnittraten unter 10 Prozent seien Ausdruck erschwerter Erreichbarkeit sowie fehlender Ressourcen und Qualität in der medizinischen Versorgung (Betrán et al., 2016, S. 9). Somit sind sowohl Kaiserschnittraten eines Landes über 15 Prozent als

auch Kaiserschnittraten unter 10 Prozent kritisch zu sehen und schwer zu rechtfertigen (Betrán et al., 2016, S. 9; Coates et al., 2020, S. 324; Opiyo et al., 2020, S. 66; World Health Organization, 2018a, S. 12).

Für den Anstieg der Kaiserschnittraten werden folgende Gründe angeführt:

- *„das höhere Alter sowie das häufigere Übergewicht der Schwangeren sowohl bei der ersten Geburt als auch nachfolgender Geburten,*
- *das zunehmende Gewicht der Neugeborenen,*
- *die Zunahme [sic] der Mehrlingsschwangerschaften,*
- *die Früherkennung von drohenden Sauerstoffmangelzuständen,*
- *der Einsatz der Kardiotokographie ohne Fetalblutanalysen,*
- *die Vermeidung schwieriger vaginal-operativer Entbindungsmethoden,*
- *die Vermeidung von oder die ungenügende Erfahrung mit vaginal-operativen Handgriffen bei Beckenendlagenentwicklung,*
- *der Wunsch der Eltern und des geburtshilflichen Teams der Planbarkeit,*
- *die geringe Belastungstoleranz der Gebärenden und ihres Partners während der Geburt,*
- *die Angst vor einer Schädigung des Beckenbodens mit der Folge von Genitalprolaps, Harn- und Analinkontinenz,*
- *die geringere Belastung des – möglicherweise kompromittierten, evtl. unreifen – Kindes,*
- *die Angst vor Wehenschmerzen,*
- *die Vermeidung haftpflichtrechtlicher Auseinandersetzungen“ (Dudenhausen, 2019, S. 431).*

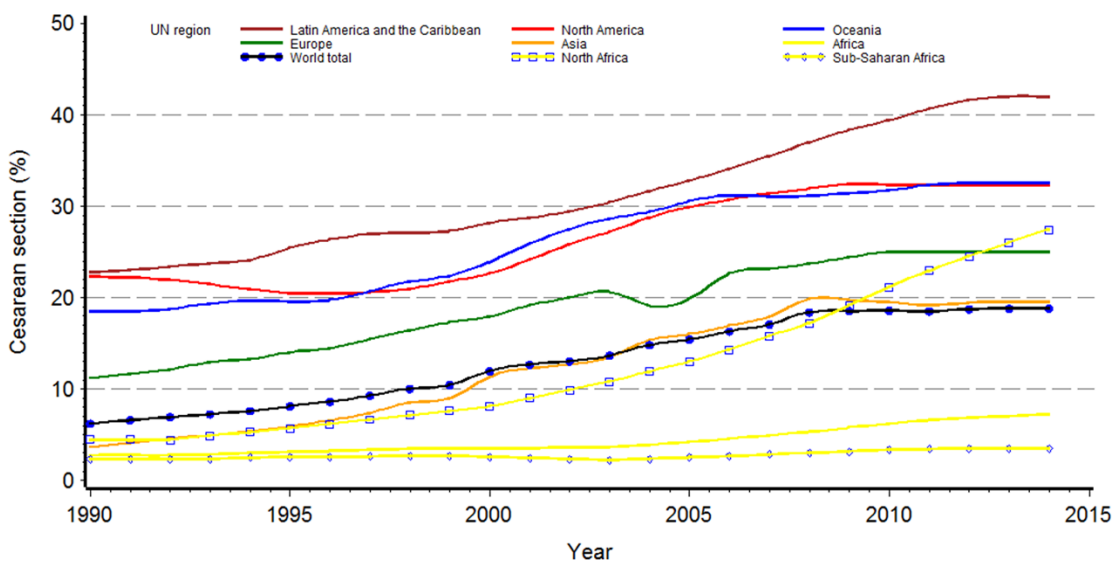
Der Kaiserschnitt stellt einen weltweit anerkannten Indikator für die mütterliche Gesundheitsversorgung dar. Bezüglich der vermeidbaren mütterlichen Morbidität und Mortalität ist eine Polarität zwischen zwei Extremsituationen erkennbar. Auf der einen Seite fehlt es an rechtzeitiger und qualitativer Versorgung, wodurch der Zugang zu medizinischen Leistungen und Ressourcen unzureichend ist bzw. zu spät erfolgt. Auf der anderen Seite zeichnet sich eine prä-, intra- und postnatale Übermedikalisierung ab. Die Unterversorgung tritt vor allem in Ländern mit niedrigem Einkommen auf, in denen soziodemografische Ungleichheiten, auch in Bezug auf Wohlstand, Alter und Migrationsstatus, auftreten. Die Überversorgung steht im Zusammenhang mit

Ländern mit hohem Einkommen und steigt aufgrund der zunehmenden Nutzung medizinischer Einrichtungen für die Geburt (Miller et al., 2016, S. 2177).

Bereits eine Längsschnittstudie aus dem Jahr 2016 zeigte auf, dass die globalen Kaiserschnittraten zwischen 1990 und 2014 einen hohen Zuwachs aufwiesen (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2014 lag der Kaiserschnittanteil weltweit bei 18,6 Prozent, wobei es massive Unterschiede zwischen den am wenigsten und den am meisten entwickelten Regionen gab, wie in Abbildung 2 veranschaulicht wird. Die höchsten Kaiserschnittraten verzeichneten Lateinamerika und die Karibik (40,5 Prozent). In Europa betrug die Kaiserschnitttrate 25 Prozent. Die niedrigste Kaiserschnitttrate erzielte Afrika mit 7,3 Prozent (Betrán et al., 2016, S. 1). Auf nationaler Ebene variiert die Schwankungsbreite zwischen circa 2 Prozent in Tschad, Burkina Faso, Äthiopien oder Madagaskar und über 50 Prozent in Brasilien, der Dominikanischen Republik oder Ägypten (Betrán et al., 2016, S. 1; Opiyo et al., 2020, S. 66).

Abbildung 1

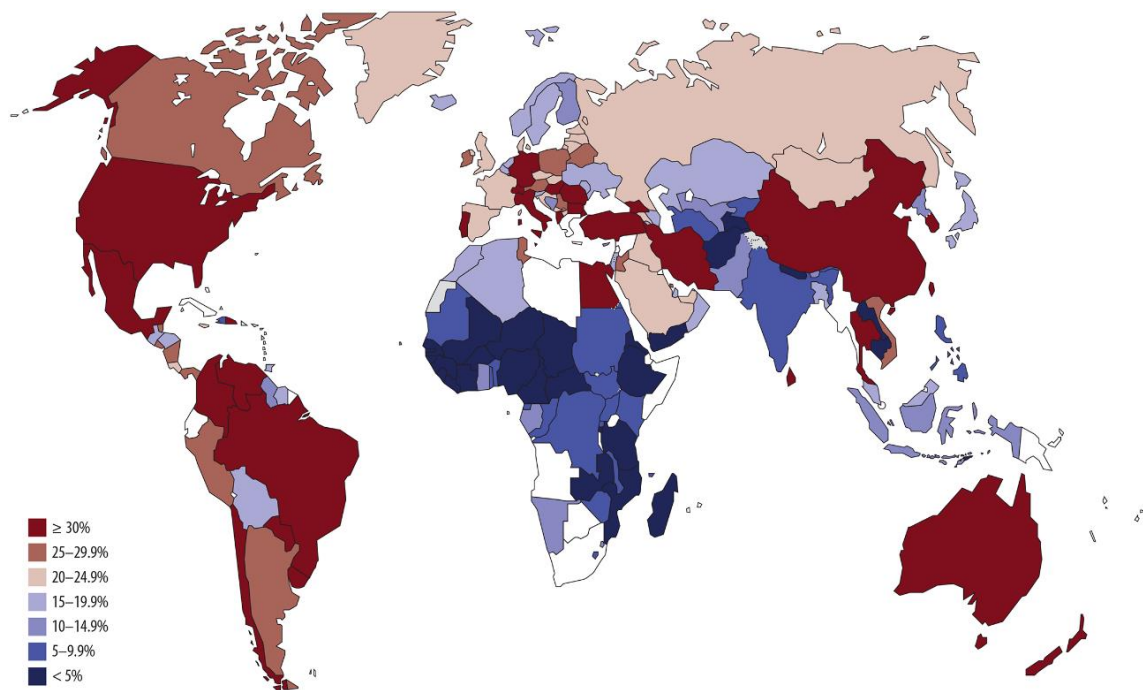
Global and regional trends in caesarean section, 1990-2014



Anmerkung. Diese Abbildung zeigt die weltweite und regionale Entwicklung der zunehmenden Kaiserschnittraten zwischen 1990 bis 2014. Aus "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", von Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR, 2016, PLoS ONE, 11 (2), e0148343, S. 7 (doi:10.1371/journal.pone.0148343)

Abbildung 2

Latest available data on caesarean section rates by country (not earlier than 2005)



Anmerkung. In dieser Abbildung sind die unterschiedlichen Kaiserschnittraten nach Ländern dargestellt, wobei dunkelrote Regionen Kaiserschnittraten über 30 % und dunkelblaue Regionen Raten unter 5 % aufweisen. Aus "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", von Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR, 2016, PLoS ONE, 11 (2), e0148343, S. 5 (doi:10.1371/journal.pone.0148343)

Schätzungen gehen davon aus, dass die weltweite Kaiserschnittrate des Jahres 2021 mit 21,1 Prozent bis zum Jahr 2030 auf 28,5 Prozent ansteigen wird, was über 28 Millionen Kaiserschnitten entspricht. Diese Entwicklung führt bis 2030 zu einer Kaiserschnittrate von 36,6 Prozent in höher entwickelten Ländern und 36,5 Prozent in weniger entwickelten Nationen. Eine Rate von 11,8 Prozent werden die am wenigsten entwickelten Länder aufweisen. In Afrika werden die Raten auf 48,1 Prozent im Norden ansteigen, wohingegen auf Regionen südlich der Sahara mit 7,1 Prozent die niedrigsten Kaiserschnittraten entfallen werden. Für Asien zeigen die Prognosen ein ambivalentes Bild. Ost- und Westasien werden mit 63,4 Prozent bzw. 50,2 Prozent die 50 Prozent Schwelle überschreiten, während Zentralasien eine Rate von 13,3 Prozent erreichen wird. In Lateinamerika und Karibik werden die Raten auf 54,3 Prozent steigen. In Nordamerika bleiben sie mit 33,8 Prozent nahezu gleich hoch. In Europa wird ein Nord-Süd-Gefälle vorhergesagt, wobei Südeuropa Raten

von 47 Prozent erreichen wird und die Raten in Nordeuropa bei 27,6 Prozent nahezu konstant bleiben werden. Neuseeland und Australien werden eine Kaiserschnitttrate von bis zu 45 Prozent erreichen (Betran et al., 2021, S. 4–5). Die Gesundheitssysteme haben im Zuge der hohen Kaiserschnittraten mit negativen Auswirkungen zu rechnen, da diese mit signifikanten Kosten für die Gesundheitsversorgung einhergehen (Opiyo et al., 2020, S. 66).

In der Debatte des Anstiegs der Kaiserschnittraten dürfen laut Betrán, Ye et al. (2016, S. 9) jene Faktoren nicht außer Acht gelassen werden, die sich auf die Ängste und Lebensumstände der Frauen sowie der gesellschafts- und kulturbezogenen Ansichten beziehen. Obwohl die Spontangeburt unabhängig der sozio-ökonomischen Verhältnisse von den meisten Schwangeren bevorzugt wird, liegt die Präferenz für einen Kaiserschnitt in einkommensstarken Ländern bei 5 bis 20 Prozent. In Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen favorisieren 1,4 bis 50 Prozent der schwangeren Frauen einen Kaiserschnitt (Coates et al., 2020, S. 323).

4.2 Kaiserschnittraten in Österreich

Auch in Österreich steigt die Kaiserschnitttrate und erreichte 30,5 Prozent im Jahr 2021 (Statistik Austria, 2022b). Im Bundesländervergleich war die Kaiserschnitttrate in der Steiermark mit 36,7 Prozent am höchsten, gefolgt von Burgenland mit 34,8 Prozent, Kärnten mit 33,9 Prozent, Tirol mit 33,6 Prozent, Wien mit 30,7 Prozent, Niederösterreich mit 30,3 Prozent, Vorarlberg mit 27,1 Prozent und Oberösterreich mit 24,5 Prozent. Die niedrigste Sectio-Rate erzielte Salzburg mit 28,0 Prozent (Statistik Austria, 2022a). Die folgende **Tabelle 2** zeigt die Lebendgeburten in Österreich seit 2011 nach Art der Entbindung.

Tabelle 2*Lebendgeborene seit 2011 in Österreich nach Entbindungsart*

Jahr	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Saugglocke	Zangengeburt	Kaiserschnittquote (in Prozent)
2011	50 912	22 665	4 368	77	29,0
2012	51 032	23 230	4 538	71	29,4
2013	51 369	23 253	4 586	55	29,3
2014	52 457	24 346	4 797	57	29,8
2015	52 773	24 840	5 829	58	29,7
2016	55 267	25 688	5 966	46	29,5
2017	54 975	25 789	6 104	60	29,6
2018	53 956	24 910	5 874	41	29,4
2019	52 933	25 312	5 933	35	30,1
2020	51 791	25 005	6 112	33	30,1
2021	53 044	26 046	6 216	16	30,5

Anmerkung. In Anlehnung an *Lebendgeborene seit 2011 nach Entbindungsart (Tabelle): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebendgeborene von Müttern mit österreichischem Wohnsitz, Geburtsort im Inland*, von Statistik Austria, 2022, (<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/medizinische-und-sozialmedizinische-merkmale-von-geborenen>)

Bezogen auf die Steiermark ist ein erheblicher Unterschied in den Kaiserschnittraten zwischen jenen Krankenhäusern, die von Landesfonds finanziert werden und solchen, die von privaten Krankenanstalten-Fonds finanziert werden, ersichtlich. Während im Jahr 2016 die Kaiserschnittquote in öffentlichen Krankenhäusern bei 31,1 Prozent lag, betrug sie in den privat finanzierten Einrichtungen 52,8 Prozent. Dieses Niveau blieb sowohl bei den landesfondsfinanzierten als auch in privatkrankenanstaltenfonds-finanzierten Einrichtungen seit 2010 nahezu unverändert. Eine Geburt resultiert in einer Privatklinik 2,5-mal so oft in einem Kaiserschnitt, als in öffentlichen Spitälern (Gesundheitsfonds Steiermark, 2018, S. 37–38). Im Jahr 2016 entfielen insgesamt 84,6 Prozent der steirischen Spitalsgeburten auf landesfondsfinanzierte Krankenhäuser und 15,4 Prozent auf privat finanzierte Einrichtungen (Gesundheitsfonds Steiermark, 2018, S. 19).

5 Wahl des Geburtsmodus

In Kapitel 5 werden die Beweggründe junger Frauen und werdender Mütter sowie der Einfluss der Gesundheitskompetenz dargelegt, die deren Wahl des Geburtsmodus beeinflussen.

5.1 Beweggründe für die Wahl des Geburtsmodus

Anhand der Literaturrecherche im Rahmen dieser Bachelorarbeit konnten sechs Gründe bzw. Faktoren, welche für Frauen hinsichtlich der Präferenz eines Geburtsmodus von Bedeutung sind, identifiziert werden. Demzufolge sind das Sicherheitsempfinden, die Angst vor Schmerzen, frühere Geburtserfahrungen, die Ermutigung bzw. das Abraten durch medizinisches Fachpersonal, Freunden und Familienangehörigen, soziale und kulturelle Einflüsse sowie der Zugang zu Informationen und das Bildungsniveau ausschlaggebend für die Präferenz eines Geburtsmodus (Coates et al., 2020, S. 323). Der Sicherheitsaspekt ist für Frauen im gebärfähigen Alter für eine positive Geburtserfahrung allein nicht ausreichend, für sie ist auch das psychosoziale Wohlbefinden während des Geburtsvorgangs von gleichrangiger Bedeutung. Diese Ansicht ist unabhängig von der individuellen Wahrnehmung der Geburt als transformativen Prozess, der sich kurz- und längerfristig auf das Kind auswirkt, oder auch als notwendiger Prozess, der möglichst rasch und schmerzfrei vonstattengehen sollte (Downe et al., 2018, 2, 13–14). Hierfür ist die Erfahrung einer Spontangeburt für die meisten Frauen ein wesentlicher Faktor. Dies entspricht dem Wunsch der aktiven Beteiligung am Entscheidungsfindungsprozess und dem daraus resultierenden Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle, auch bei Notwendigkeit oder Wunsch nach einer medizinischen Intervention (World Health Organization, 2018b, S. 12).

Als Beweggründe für die Wahl eines Wunsch-Kaiserschnitts wurden laut Dudenhausen (2019) Ängste in Bezug auf den Geburtsverlauf sowie der unumgänglichen Wehenschmerzen, die Reduzierung von fetalen Gefahren und der Sorge bezüglich auftretenden Beckenbodenproblemen, inklusive Urin- und Stuhlinkontinenz sowie Genitalprolaps, identifiziert. Darüber hinaus wird die bessere Planbarkeit als Vorteil empfunden (S. 433).

Des Weiteren werden in der Literatur, bezüglich der Beweggründe für einen Wunschkaiserschnitt, bereits erlebte traumatische Geburtserlebnisse sowie die Angst, dass eine Spontangeburt nach einem vorherigen Kaiserschnitt frustriert endet, beschrieben (Ahmed & Mohammad, 2019, S. 5).

Sicherheit für das Baby wurde zudem bei Kolip et al. (2012) als größter Vorteil eines Kaiserschnitts genannt, was mit der zunehmenden Bedeutung von Geburtsängsten übereinstimmt (S. 35). Auch aus der österreichischen Befragung von Wimmer-Puchinger et al. aus dem Jahr 2013 ging hervor, dass die Angst vor Schmerzen für 16 Prozent, und die Angst vor negativen Auswirkungen auf das Sexualleben für 3,1 Prozent der Befragten ausschlaggebend für einen primären Kaiserschnitt waren. Auch die bessere Planbarkeit wurde von 12 Prozent der Frauen als Motiv genannt. Gleichwohl war die ärztliche Empfehlung für 60 Prozent der Mütter wesentlich für die Entscheidung zum primären Kaiserschnitt (S. 16). Wie bereits im Kapitel 3.1.2 beschrieben, werden Kaiserschnitte zum Großteil durch relative Indikationen begründet. Dies entspricht dem hohen Sicherheitsbedürfnis schwangerer Frauen, das Ungeborene keiner medizinischen Gefahr aussetzen zu wollen, die aufgrund einer schwierigen Spontangeburt entstehen könnte. Aufgrund der großen Variation relativer Indikationen und den damit verbundenen Auslegungsmöglichkeiten einer potenziellen Gefahr für Mutter oder Kind sind seitens der Ärzteschaft auch Fragen des Vorhandenseins von Klinikressourcen und juristische Aspekte, wie Rechtsklagen aufgrund von Geburtskomplikationen, mitzubedenken (Stark & Wacker, 2020, S. 224).

Ein wesentlicher Aspekt der Entscheidungsfindung hinsichtlich des Entbindungsmodus stellt zudem die Präferenz der Mutter dar (Keag et al., 2018, S. 3). Die Gewichtung von Geburtsrisiken ist höchst individuell, sodass dasselbe Risiko für Frauen von unterschiedlich starker Relevanz ist, die ihre Entscheidung für einen bestimmten Geburtsmodus prägt (Keag et al., 2018, S. 13).

5.2 Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Wahl des Geburtsmodus

Neben dem medizinischen Fachpersonal werden Schwangere von Personen aus dem Freundeskreis und der Familie hinsichtlich der Wahl des Geburtsmodus

beeinflusst (Coates et al., 2020, S. 329). Ist ein medizinischer Eingriff in den Geburtsvorgang notwendig oder erwünscht, ist es für Frauen in der Regel von hoher Relevanz, die persönliche Kontrolle über das Geschehen zu behalten, indem sie aktiv in den Entscheidungsfindungsprozess eingebunden wird (Downe et al., 2018, 9). Es bestehen jedoch unterschiedliche Ansichten bezüglich der Geburtsrisiken zwischen dem Gesundheitspersonal und der werdenden Mütter. Um den gemeinsamen Entscheidungsprozess hinsichtlich des geeignetsten Geburtsmodus gestalten zu können, besteht seitens des geburtshilflichen Personals das Erfordernis, Schwangere adäquat zu beraten, geeignete Informationen bereitzustellen und die Frauen dahingehend zu ermutigen, aufkommende Fragen zu stellen sowie diese empathisch zu beantworten (Sharpe et al., 2015, S. 60). Ein eingeschränkter Zugang zu Informationen und Bildung wird zudem mit einer höheren Präferenz für einen Kaiserschnitt in Verbindung gebracht (Coates et al., 2020, S. 329). Um das benötigte Wissen über die Geburt auffinden, die erhaltenen Informationen bezüglich des Geburtsmodus verstehen und bewerten, sowie aktiv und selbstbestimmt an der Entscheidung hinsichtlich des Geburtsmodus mitwirken zu können, ist ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz der werdenden Mutter notwendig. Unter Gesundheitskompetenz wird allgemein die Fähigkeit des Findens, Verstehens, Bewertens und Anwendens relevanter Gesundheitsinformationen verstanden, die das Ineinandergreifen von Wissen, Motivation und Kompetenzen eines Menschen erfordern (Sørensen et al., 2012, S. 3). Somit wird auch die maternale Gewichtung der Geburtsrisiken von der Gesundheitskompetenz der Schwangeren beeinflusst. In der Literatur wird darüber hinaus mangelnde Gesundheitskompetenz als Risikofaktor für die Wahl eines Kaiserschnittes genannt (Yee et al., 2021, S. 6).

Eine gute Schwangerenbetreuung erfordert die Mitberücksichtigung der persönlichen, sozio-kulturellen und familiären Werte, Erwartungen, Überzeugungen und Bedürfnisse (Downe et al., 2018, 2, 13–14). Die Bewertung der Vorteile und Risiken der Geburtsmodi ist unterschiedlich und individuell ausgeprägt, sodass seitens der Schwangeren den Risiken unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben werden. Aufgrund dessen ist es unabdingbar, über sämtliche Vorteile und Risiken hinsichtlich der Geburtsmodi aufzuklären, um Frauen, unabhängig von ihrer sozioökonomischen Zugehörigkeit, eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Die Forcierung der partizipativen Entscheidungsfindung birgt daher das Potential, in Ländern mit hohen Kaiserschnittraten entbehrliche Eingriffe zu

reduzieren sowie in Ländern mit niedrigen Kaiserschnittraten die Akzeptanz und Bereitschaft der Schwangeren für medizinisch indizierte Schnittentbindungen zu erhöhen (Coates et al., 2020, S. 330; Keag et al., 2018, S. 2).

6 Zusammenfassung

Im letzten Kapitel wird auf den allgemeinen Überblick, die Beantwortung der Forschungsfragen, die Diskussion sowie den Ausblick der vorliegenden Arbeit eingegangen.

6.1 Allgemeiner Überblick

Um die Antworten auf die Forschungsfragen darstellen zu können, wurde zunächst ein Überblick über die Geburtsmodi gegeben, um im Anschluss auf die Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts und der Spontangeburt einzugehen. Anschließend wurden die steigenden Kaiserschnittraten international sowie innerhalb Österreichs dargelegt. Im letzten Kapitel wurden Aspekte skizziert, die die Wahl des Geburtsmodus schwangerer Frauen beeinflussen.

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Unterfrage 1: Welche Vor- und Nachteile bestehen bei einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich zur Spontangeburt?

Mit Ausnahme jener Kaiserschnitte, die aufgrund absoluter Indikationen durchgeführt werden, bestehen im Zuge einer Kaiserschnittentbindung eine erhöhte Prävalenz maternaler sowie fetaler Mortalität und Morbidität (Sandall et al., 2018, S. 1349). Im Vergleich zur Spontangeburt besteht eine erhöhte Gefahr für das Auftreten uteriner Komplikationen. Eine verringerte Fruchtbarkeit oder Sterilität stellen mögliche maternale Langzeitfolgen dar. Des Weiteren steigt mit jedem Kaiserschnitt die Gefahr von Komplikationen in Folgeschwangerschaften (Guo et al., 2021, E641; Keag et al., 2018, S. 11; Opiyo et al., 2020, S. 66; Sandall et al., 2018, S. 1349). Darüber hinaus ist die Spitalsaufenthaltsdauer verlängert und die Mobilität der Wöchnerinnen nach einem Kaiserschnitt länger eingeschränkt, wodurch der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Säugling erschwert wird. Zudem treten häufiger Stillprobleme auf (Mascarello et al., 2017, S. 8; Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24).

Bezüglich der kindlichen Folgen werden ein erhöhtes Asthma-, Allergie- sowie Adipositasrisiko diskutiert (Keag et al., 2018, S. 2; Opiyo et al., 2020, S. 66; Sandall et al., 2018, S. 1349). Unmittelbare kindliche Risiken des Kaiserschnitts stellen operationsbedingte Verletzungen, Anpassungs- und Stillprobleme sowie eine längere Trennung von der Mutter dar (Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24).

Mütterliche Vorteile des Kaiserschnitts existieren bezüglich einer geringeren Belastung des Beckenbodens und somit einer geringeren Gefahr von Inkontinenz bzw. Senkungsproblemen. Die bessere Planbarkeit dieses Routineeingriffs sowie das Ausschalten großer Ängste vor einer Spontangeburt sind positive Aspekte des Kaiserschnitts (Dudenhausen, 2019, S. 433; Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24). Aus Sicht des Kindes profitieren lediglich Frühgeborene unter der 25. Schwangerschaftswoche im Sinne einer geringeren Mortalität von einem Kaiserschnitt im Vergleich zu einer problemlos verlaufenden Spontangeburt (Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 8).

Unterfrage 2: Welchen Einfluss hat die Gesundheitskompetenz auf die Präferenz eines bestimmten Geburtsmodus bei schwangeren Frauen?

Mangelnde Gesundheitskompetenz sowie ein eingeschränkter Zugang zu Informationen und Bildung werden mit einer höheren Kaiserschnitt-Präferenz in Verbindung gebracht (Coates et al., 2020, S. 329; Yee et al., 2021, S. 6). Die Gesundheitskompetenz trägt im Zuge der Diskussion mit dem geburtshilflichen Personal dazu bei, sich aktiv am Entscheidungsprozess des Geburtsmodus zu beteiligen, da sie für das Finden, Verstehen, Bewerten und Umsetzen von Geburtsinformationen von entscheidender Bedeutung ist und stärkt somit das Gefühl der Schwangeren, die Kontrolle über den Geburtsprozess sowie der Entscheidung für einen Geburtsmodus selbst in der Hand zu haben (Downe et al., 2018, S. 9; Sharpe et al., 2015, S. 60; Sørensen et al., 2012, S. 3).

Hauptforschungsfrage: Welche Beweggründe zeigen sich bei schwangeren Frauen als relevant, sich hinsichtlich des Geburtsmodus für einen Kaiserschnitt (Sectio caesarea) bzw. gegen eine Spontangeburt zu entscheiden?

Die Beweggründe der werdenden Mütter, sich für einen Kaiserschnitt zu entscheiden, überschneiden sich in Bezug auf die bessere Planbarkeit und der geringeren Gefahr aufgrund der Geburt an Beckenbodenerkrankungen zu erkranken, mit den Vorteilen des Kaiserschnitts (Dudenhausen, 2019, S. 433; Wimmer-Puchinger & Kral, 2018, S. 24). Darüber hinaus sind jedoch psychologische Aspekte, wie ein erhöhtes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis sowie Ängste ausschlaggebend, sich für einen elektiven Kaiserschnitt zu entscheiden (Ahmed & Mohammad, 2019, S. 5; Coates et al., 2020, S. 323; Downe et al., 2018, S. 9; Dudenhausen, 2019, S. 433; Kolip et al., 2012, S. 35; Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 16; World Health Organization, 2018b, S. 12). Den größten Einfluss auf die Entscheidung des Geburtsmodus scheint jedoch die ärztliche Empfehlung zu haben (Hopp & Kalache, 2016, S. 815; Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 16). Da die subjektive Bewertung bezüglich möglicher Risiken und Vorteile der Geburtsmodi höchst individuell ist, sind sozio-kulturelle Erwartungen und Überzeugungen nicht zu unterschätzen, wie es Coates et al. (2020) und Downe et al. (2018) in ihren Ausführungen darstellen.

6.3 Diskussion

Um eine Chancengerechtigkeit in Bezug auf die perinatale Gesundheit aller Schwangeren und Kinder zu erreichen, ist einerseits das Ziel zur Senkung zu hoher Kaiserschnittsraten zu verfolgen, um einer Übermedikalisierung der Geburt entgegenzuwirken. Andererseits ist die Steigerung zu niedriger Kaiserschnittsraten notwendig, um Gebärende und Kinder Zugang zu einem, aufgrund medizinischer Indikationen, zwingend nötigen Kaiserschnitt zu gewähren (Miller et al., 2016, S. 2177; Sandall et al., 2018, S. 1350). Sowohl bei den Bemühungen, zu hohe Kaiserschnittsraten zu senken als auch zu niedrige Kaiserschnittsraten zu erhöhen, sind die institutionellen Rahmenbedingungen mitzubedenken, um die Sicherheit von Mutter und Kind bezüglich der Durchführung des jeweiligen Geburtsmodus zu gewährleisten. Ein Mangel an geburtshilflicher Fachexpertise, der aufgrund fehlender Praxis in der Durchführung eines bestimmten Geburtsmodus entsteht, sowie fehlende medizinische und klinische Ressourcen, gilt es auszugleichen (Bertrán et al., 2016, S. 9; Hopp & Kalache, 2016, S. 814).

Wie im Kapitel 4.1 dargelegt, liegt die Präferenz für einen Kaiserschnitt in einkommensstarken Ländern bei 5 Prozent bis 20 Prozent (Coates et al., 2020,

S. 323). Diese Werte widersprechen dem Trend der steigenden perinatalen Übermedikalisierung in einkommensstarken Ländern und der weltweit steigenden Kaiserschnittraten (Coates et al., 2020, S. 324; Miller et al., 2016, S. 2177). Beweggründe (s. Kapitel 5) für die Präferenz eines elektiven Kaiserschnitts stellen das hohe Sicherheits- und Kontrollbedürfnis, Ängstlichkeit sowie der Wunsch nach Selbstbestimmung des Geburtsmodus dar (Ahmed & Mohammad, 2019, S. 5; Dudenhausen, 2019, S. 433; Kolip et al., 2012, S. 35; Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 16; World Health Organization, 2018b, S. 12). Diese Gründe scheinen eine Erklärung für die divergierenden Werte zwischen der Kaiserschnittpräferenz der Frauen und der Kaiserschnittraten der Länder zu liefern. In Ländern mit niedrigem bzw. mittlerem Einkommen favorisieren 1,4 Prozent bis 50 Prozent der schwangeren Frauen einen Kaiserschnitt (Coates et al., 2020, S. 323). Eine mögliche Erklärung für die einerseits sehr niedrige Kaiserschnitt-Präferenz von 1,4 Prozent, stellen der fehlende Zugang zur medizinischen Versorgung sowie mangelnde Bildung dar, die in fehlendes perinatales Wissen bezüglich des Geburtsvorganges und der Geburtsmodi resultieren (Miller et al., 2016, S. 2177). Für die andererseits sehr hohe Präferenz von 50 Prozent besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit sozio-kulturellen Faktoren, indem ein Kaiserschnitt mit einem höheren sozialen Status assoziiert wird, sowie mit einer mangelnden Gesundheitskompetenz (Coates et al., 2020, S. 323; Yee et al., 2021, S. 6).

Konkrete Daten zu österreichischen Wunsch-Kaiserschnittraten liegen nicht vor. Die im Kapitel 4.1 dargelegten Werte von 1,5 Prozent bzw. 8,4 Prozent, beruhen auf den Auskünften der befragten Frauen (Wimmer-Puchinger et al., 2013, S. 17). Daher ist eine korrekte Einschätzung bezüglich der tatsächlichen Relevanz des Wunsch-Kaiserschnittanteils und folglich der nicht medizinischen Beweggründe für die Wahl eines elektiven Kaiserschnitts, an der derzeitigen österreichischen Kaiserschnitttrate von 30,5 Prozent kaum möglich (Statistik Austria, 2022b).

Im Zuge der vorliegenden Bachelorarbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen eine reine Literaturrecherche durchgeführt. Das Fehlen eines empirischen Teils kann als Limitation gewertet werden. Mithilfe der vordefinierten Suchstrategie wurde eine Vielzahl an Literaturquellen gefunden. Somit konnten sowohl internationale als auch österreichische Studien in die vorliegende Bachelorarbeit integriert werden. Hierbei ist anzumerken, dass, trotz Prüfung der

gefundenen Literatur hinsichtlich ihrer Qualität, auch Literaturquellen von geringer Güte herangezogen wurden. Darüber hinaus wurden nicht alle gefundenen Literaturquellen, die den Einschlusskriterien entsprachen, in die vorliegende Bachelorarbeit aufgenommen.

6.4 Ausblick

Um die Beweggründe werdender Mütter hinsichtlich der Präferenz eines Kaiserschnitts detaillierter zu erforschen, wäre einerseits eine spezifischere empirische Erhebung, wie zum Beispiel eine qualitative Befragung mit werdenden Müttern und Geburtshelfenden, zu den Kaiserschnittindikationen sinnvoll. Andererseits bedarf es einer erneuten, auf nationaler Ebene ausgeweitete Erhebung der psychosozialen Einflussfaktoren auf Geburtsmodi und Zufriedenheit, um aktuellere Erkenntnisse liefern zu können. Zudem erscheint es diesbezüglich interessant, zu eruieren, ob durch das Alter der Schwangeren Unterschiede bezüglich des Grundes der im Kapitel 5 beschriebenen Ängste detektierbar sind, beispielsweise unter der Prämisse, dass die Ängstlichkeit älterer Schwangere stärker aufgrund medizinischer Indikationen und der Sorge um das Wohlergehen des Kindes auftreten bzw. die Ängstlichkeit jüngerer Schwangere eher aufgrund eines höheren Kontrollbedürfnisses und Planbarkeit beruhen.

Darüber hinaus besteht weiterer Forschungsbedarf, ob eine bessere ärztliche Ausbildung sowie vermehrte Praxis in vaginal-operativen Methoden zur Senkung der österreichischen Kaiserschnittquote von 30,5 Prozent bzw. der steirischen Kaiserschnittquote von 36,7 Prozent, die sich auf das Jahr 2021 beziehen, beitragen kann.

Literaturverzeichnis

- Ahmed, A. E. & Mohammad, R. S. (2019). Motives for - and prevalence of - cesarean delivery on maternal request: A survey in Saudi Arabia. *Qatar medical journal*, 2019(1), 2. <https://doi.org/10.5339/qmj.2019.2>
- Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13078-7>
- Betran, A. P., Ye, J [Jiangfeng], Moller, A.-B [Ann-Beth], Souza, J. P [João Paulo] & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ global health*, 6(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Betrán, A. P., Ye, J [Jianfeng], Moller, A.-B [Anne-Beth], Zhang, J., Gülmezoglu, A. M [A. Metin] & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), Artikel e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Chalubinski, K. M. (2016). Normale Geburt. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S. 663–686). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45064-2_29
- Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G. & Henry, A. (2020). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 33(4), 323–333. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.005>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. & Gülmezoglu, A. M [A. Metin] (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), Artikel e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Dudenhausen, J. W. (2019). *Praktische Geburtshilfe: mit geburtshilflichen Operationen* (22., erweiterte und korrigierte Auflage). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Gesundheitsfonds Steiermark. (2018). *Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsberichterstattung Steiermark_Im Blickpunkt*. Graz. https://goeq.at/sites/goeq.at/files/inline-files/Im%20Blickpunkt%202018_Gesundheit%20rund%20um%20die%20Geburt.pdf
- Goerke, K. (2020). *Geburt* [Pschyrembel Online]. <https://www.pschyrembel.de/Geburt/K08HT/doc/>
- Guo, Y., Murphy, M. S. Q., Erwin, E., Fakhraei, R., Corsi, D. J., White, R. R., Harvey, A. L. J., Gaudet, L. M., Walker, M. C., Wen, S. W. & El-Chaâr, D. (2021). Birth outcomes following cesarean delivery on maternal request: a population-based cohort study. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 193(18), E634-E644. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202262>
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C. & Weigl, M. (2013). *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung* (Wissen 10 Teil 2 Kurzanleitung). Wien. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fond Gesundes Österreich. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2013-06-12%202.pdf>
- Herber-Löffler, A. & Stiefel, A. (2020). Sectio caesarea. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl., S. 707–716). Thieme.

- Hopp, H. & Kalache, K. (2016). Pathologische Geburt und vaginaloperative Entbindung. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S. 783–838). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-45064-2_34
- Keag, O. E., Norman, J. E. & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 15(1), e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung*. Bertelsmann Stiftung. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf
- Lüke, C. (2019). Empirische Evidenz für den Einsatz von Methoden der Unterstützten Kommunikation. In C. Lüke & S. Vock (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen* (S. 111–127). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-58128-5_3
- Mascarello, K. C., Horta, B. L. & Silveira, M. F. (2017). Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, 51(105). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>
- Meurer, P. & Schluchter, M. (2017). *Wissenschaftliches Arbeiten mit Citavi 6: Hinweise zum Schreiben wissenschaftlicher Arbeiten mit der Software »Citavi – Literaturverwaltung und Wissensorganisation«* [Auf Basis des Buchs »Die schriftliche Arbeit – kurz gefasst« von Jürg Niederhauser].
https://www1.citavi.com/sub/docs/de/citavi_6_wissenschaftliches_arbeiten.pdf

- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P. [João Paulo], Vogel, J. P. & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Morton, R., Burton, A. E., Kumar, P., Hyett, J. A., Phipps, H., McGeechan, K. & Vries, B. S. de (2020). Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 909–916. <https://doi.org/10.1111/aogs.13816>
- ÖGPK. (2021). *Gesundheitskompetenzmaßnahmen zur Umsetzung der Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt* - ÖPGK. ÖGPK; Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele - Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien. <https://oepgk.at/grundsatzerklaerung-zur-spontangeburt/>
- Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P. [João Paulo], Vogel, J. P., Bonet, M., Bucagu, M., Portela, A., McConville, F., Downe, S., Gülmezoglu, A. M. [Ahmet Metin] & Betrán, A. P. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66–68. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.236729>
- Ritschl, V., Stamm, T. & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 291–306). Springer Berlin Heidelberg.

- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H. A., Homer, C. S. E., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P. & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
- Sharpe, A. N., Waring, G. J., Rees, J., McGarry, K. & Hinshaw, K. (2015). Caesarean section at maternal request-the differing views of patients and healthcare professionals: a questionnaire based study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 192, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.06.014>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, Artikel 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stark, M. & Wacker, J. (2020). Misgav-Ladach-Sectio („Der sanfte Kaiserschnitt“). In M. Sillem, G. Bastert & M. W. Beckmann (Hrsg.), *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Aufl., S. 215–232). Springer Berlin, Heidelberg.
- Statistik Austria. (2022a, 1. Juli). *Kaiserschnittquote 2021 nach Bundesland – in Prozent (Grafik): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebendgeborene von Müttern mit österreichischem Wohnsitz, Geburtsort im Inland.* <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/medizinische-und-sozialmedizinische-merkmale-von-geborenen>
- Statistik Austria. (2022b, 1. Juli). *Lebendgeborene seit 2011 nach Entbindungsart (Tabelle): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebendgeborene von Müttern mit österreichischem Wohnsitz, Geburtsort im Inland.*

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/medizinische-und-sozialmedizinische-merkmale-von-geborenen>

Universitäts- und Landesbibliothek Münster. (2021). *Schneeballsystem*. Westfälische Wilhelms-Universität Münster. <https://www.ulb.uni-muenster.de/lotse/literatursuche/suchstrategien/schneeballsystem.html>

Voss, R. (2020). *Wissenschaftliches Arbeiten: ... leicht verständlich* (7. Aufl.). UVK Verlag. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838587745>
<https://doi.org/10.36198/9783838587745>

Wacker, J. (2020). Vaginal-operative Eingriffe. In M. Sillem, G. Bastert & M. W. Beckmann (Hrsg.), *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Aufl., S. 233–241). Springer Berlin, Heidelberg.

Wimmer-Puchinger, B., Bässler, C., Beurle, A. & Raunig, J. (2013). *Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit. Eine multizentrische empirische Studie an Frauen im Wochenbett: Kurzfassung*. Wien. Wiener Programm für Frauengesundheit in der MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund.

Wimmer-Puchinger, B. & Kral, S. (2018). *Wiener Grundsatzerklärung zur Spontangeburt: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen*. Wien. Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele - Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratungsvorsorge/>

World Health Organization. (2018a). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2018b). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. World Health Organization.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5910108>

Ye, J [Jiangfeng], Betrán, A. P., Guerrero Vela, M., Souza, J. P [João Paulo] & Zhang, J. (2014). Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(3), 237–244.
<https://doi.org/10.1111/birt.12104>

Yee, L. M., Silver, R., Haas, D. M., Parry, S., Mercer, B. M., Wing, D. A., Reddy, U., Saade, G. R., Simhan, H. & Grobman, W. A. (2021). Association of Health Literacy Among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes. *JAMA network open*, 4(9), Artikel e2122576.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22576>