

The logo for hkk, with the letter 'h' in red and 'kk' in dark blue.

Erste Gesundheit.

**hkk Gesundheitsreport | 2014**

# **Schwangerschaft und Geburt**

**Ergebnisse einer Befragung von Müttern**

**von Dr. Bernard Braun  
(Universität Bremen/BIAG)  
und Prof. Dr. Petra Kolip  
(Universität Bielefeld)**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Darstellung der Befragungsergebnisse .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Ergebnisdiskussion und Schlussfolgerungen.....</b>	<b>29</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>32</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>34</b>

**Bernard Braun, Petra Kolip**

## **1. Einleitung**

In den vergangenen Jahren hat die geburtshilfliche Versorgung wieder verstärkt Aufmerksamkeit gewonnen. Nicht nur von Kritikern wurde die Situation so wahrgenommen, dass die physiologischen Prozesse der Geburt durch medizinische Interventionen wie Geburtseinleitung gestört wurden. Spätestens seit der Denkschrift „Geburtshilfe neu denken“ (Sayn-Wittgenstein, 2007) rückt nun eine frauen- und familienzentrierte Geburtshilfe in das Zentrum des Interesses.

Diese Diskussion um eine nutzerinnenorientierte geburtshilfliche Versorgung hat ihre Ursprünge einerseits in der durch die Frauengesundheitsforschung wiederholt formulierten Kritik an einer Medikalisierung und Pathologisierung weiblicher Lebensphasen, die zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung beitragen und - so die vielfach geäußerte Hypothese - den Bedürfnissen von Frauen nicht gerecht werden (Kolip, 2009; Kolip & Lademann, 2010). Sie speist sich andererseits aber auch aus einer Akademisierung des Hebammenwesens, die zu einer selbstbewussteren Kritik an der ärztlichen Geburtshilfe geführt und zu einer stärkeren Reflexion und Evidenzbasierung geburtshilflichen Handelns beigetragen hat. Konzepte wie der seit 2003 auch in Deutschland erstmalig im Bremerhavener Klinikum Reinkenheide errichtete Hebammenkreißsaal<sup>1</sup> und der jüngst verabschiedete Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung, 2013) sind hierfür gute Beispiele.

Deutschland gilt im internationalen Vergleich als ein Land mit einer vergleichsweise engmaschigen Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Es mehren sich die Stimmen, die vor den Risiken dieser Form der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe warnen. Ihren stärksten Ausdruck findet die Kritik einerseits darin, dass der Katalog der Risiken, die im Laufe der Schwangerschaft identifiziert werden, beständig ausgeweitet wurde, so dass ein Großteil der Schwangerschaften inzwischen als Risikoschwangerschaft definiert werden. Hierdurch wird einer Pathologisierung der Schwangerschaft Vorschub geleistet. Kritik manifestiert sich aber andererseits auch an den auch im internationalen Vergleich hohen Kaiserschnitttraten, die ebenfalls als Ausdruck einer Medikalisierung gewertet werden.

---

<sup>1</sup> Hebammenkreißsäle sind ein neues Versorgungsangebot nach internationalem Vorbild, das erst langsam in Deutschland Fuß fasst. Nach aktuellen Recherchen gibt es deutschlandweit mittlerweile 18 solcher Kreißsäle in Geburtskliniken, die parallel zu ärztlich geleiteten Kreißsälen. Hier leiten Hebammen eigenverantwortlich risikoarme Geburten. Kommt es zu Komplikationen, werden die Gebärenden in einen ärztlich geleiteten Kreißsaal weitergeleitet (Sayn-Wittgenstein et al., 2005; Bauer, 2011).

## **Risikoorientierte Schwangerenbetreuung**

Die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren ist seit Beginn der 1960er Jahre in den Mutterschaftsrichtlinien geregelt. Diese wurden ursprünglich eingeführt, um die in der Nachkriegszeit hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit zu senken. Die Mutterschaftsrichtlinien regeln rechtlich bindend die Art und das Ausmaß der Betreuung. Bei 76,3 % aller Schwangeren werden in Deutschland laut AQUA (2014) Risiken attestiert, wovon 34,9 % explizit als Risikoschwangerschaft im Mutterpass dokumentiert werden.

In den Mutterschaftsrichtlinien sind zehn bis zwölf Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft bis zum errechneten Geburtstermin vorgesehen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014). Eingeschlossen sind drei Ultraschalluntersuchungen. Dieser Betreuungsumfang gilt im internationalen Vergleich bereits als hoch, wird aber in der Regel noch überschritten.

So werden laut AQUA-Daten bei über der Hälfte aller Schwangeren (61,9 %) drei bis fünf und bei einem Viertel (25,4 %) mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. 42,8 Prozent aller Schwangeren nehmen zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und werden als überversorgt eingestuft (AQUA, 2014). Wie Analysen des WIdO zeigen, werden anlässlich von Vorsorgeuntersuchungen in der gynäkologischen Praxis häufig Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) als Privatleistung durchgeführt (Zok, 2011). Vor allen Dingen Ultraschalluntersuchungen werden von Ärztinnen und Ärzten als eine Art „Auf-Nummer-Sicher-Gehen“-Leistung offeriert und von Frauen in Anspruch genommen. Dies ist umso bemerkenswerter, als international eine Schwangerenbetreuung empfohlen wird, die auf einer Risikodifferenzierung basiert. Ein Cochrane Review zeigt, dass ein Betreuungskonzept, bei dem Frauen mit geringen Risiken seltener das Versorgungssystem in Anspruch nehmen, Frauen mit Risiken aber intensiver betreut werden, zu ähnlichen guten Outcomes führt wie ein intensives Betreuungsangebot ohne Risikodifferenzierung. Allerdings äußern Frauen, denen seltener Arztbesuche angeboten werden, eine höhere Enttäuschung über die geringe Betreuungsintensität (Khan-Neelofur et al., 1998, Villar et al., 2010).

### **Problembereich Kaiserschnitt**

Die Kritik an den Risiken der Technisierung und Medikalisierung manifestiert sich auch im Themenfeld Kaiserschnitt. Hier liegt Deutschland mit einer Kaiserschnitttrate von 31,8 % im Jahr 2013 im europäischen Vergleich auf einem der Spitzenplätze, ohne dass die Säuglings- und Müttersterblichkeit im Vergleich zu Ländern mit niedrigerer Kaiserschnitttrate (z.B. Schweden, Finnland) geringer wäre (WHO Health for all Database). Starke regionale Variationen, die auch bei Altersadjustierung Bestand haben – von 17 % in Dresden bis 51 % in Landau/Pfalz – verweisen darauf, dass es weniger medizinische Faktoren sind, die hier den Ausschlag geben, als z.B. organisatorische Gründe sowie Aspekte der Klinikkultur und der Erfahrungen der Geburtshelfer (Kolip et al., 2012). Vor allem der kontinuierlichen Betreuung durch Hebammen (Stichwort: 1:1-Hebammenbetreuung unter der Geburt) kommt eine Schlüsselrolle in der Reduktion der Kaiserschnitttraten zu. Internationale Studien belegen, dass eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt durch möglichst ausschließlich den Gebärenden verpflichtete Personen und eine hebammengeleitete Geburtshilfe zu geringen geburtshilflichen Interventionen und zu einer höheren Zufriedenheit der Frauen führen (Hodnett et al., 2012; Sandall et al., 2013) – ein Befund, der nicht zuletzt deshalb von Relevanz ist, als diese Betreuungsform allenfalls in der außerklinischen Geburtshilfe und in Hebammenkreißsälen gewährleistet wird. Eine Begleitung der Geburt durch Hebammen, auch dies zeigen internationale Studien, ist hinsichtlich der Outcomes mit jener durch Ärztinnen und Ärzten vergleichbar (Khan-Neelofur et al., 1998). Allerdings liegt der Anteil von Klinikgeburten am Geburtsgeschehen konstant bei 98 %, so dass sich eine Strategie zur Entmedikalisierung der Geburtshilfe auf das Setting Geburtsklinik konzentrieren muss. Zugleich verweisen Studien zum Kaiserschnittgeschehen in Deutschland, in denen Mütter nach der Geburt befragt wurden, darauf, dass sich viele Frauen zu einem Kaiserschnitt gedrängt fühlen und über die Folgen einer Sectio (z.B. Schmerzen, die die Versorgung des Kindes in den den ersten Lebenstagen erschweren) schlecht informiert sind (Lutz & Kolip, 2006). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach einer frauenzentrierten Geburtshilfe und der Unterstützung einer auf Aufklärung basierenden Entscheidung in Schwangerschaft und Geburt mit besonderer Vehemenz (Kolip, 2009).

## **Gesundheitspolitische und fachwissenschaftliche Entwicklungen**

Die Frage, wie sich die Medikalisierung in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe reduzieren lässt, ohne dass dies zu einer Erhöhung von Morbidität und Mortalität von Mutter oder Kind führt, wird mittlerweile nicht nur in Kreisen der Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung diskutiert. Vielmehr steht die Frage, nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer zunehmenden Nutzerorientierung im Gesundheitswesen, mittlerweile auch auf der politischen Tagesordnung. Gesundheitspolitisch und fachwissenschaftlich wird die Problemlage auf verschiedenen Ebenen bearbeitet. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses wurde im Jahr 2013 entschieden, als neues Ziel „Gesundheit rund um die Geburt“ zu erarbeiten, das das bestehende Ziel „Gesund aufwachsen“ ergänzt. Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ rückt die physiologischen Abläufe in das Zentrum und nimmt eine salutogenetische, am Wohlbefinden von Mutter und Kind ausgerichtete Perspektive ein und will eine gesunde Schwangerschaft und physiologische Geburt unterstützen. Diese Aktivitäten auf Bundesebene werden durch zahlreiche Initiativen auf Länderebene gespiegelt bzw. forciert. So wurden in den Bundesländern Bremen und Berlin „Bündnisse zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ durch die Parlamente ins Leben gerufen; andere Bundesländer haben mittlerweile nachgezogen. Die Bündnisse haben das Ziel, unter Einbezug aller professionell Beteiligten die geburts-hilfliche Situation im jeweiligen Bundesland zu analysieren und Empfehlungen für die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt zu erarbeiten, die die physiologischen Prozesse unterstützen.

Auch auf fachwissenschaftlicher Ebene wurde die Diskussion aufgegriffen. Zu erwähnen ist hier vor allem der Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung, 2013), der eine Handreichung für geburtshilflich Tätige darstellt und derzeit in 20 Kreißsälen getestet wird. Weitere Leitlinien der AWMF rund um Schwangerschaft und Geburt sind derzeit in der Überarbeitung und Vorbereitung. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften hat einen Antrag auf Aufnahme in die AWMF gestellt, um eine interprofessionelle Leitlinienentwicklung sicherzustellen – ein Novum, da bislang ausschließlich *medizinische* Fachgesellschaften Mitglied sind.

## **Fragestellung**

So wichtig diese fachwissenschaftlichen und politischen Aktivitäten sind, die Perspektive der Frauen auf die Versorgungssituation ist bislang kaum untersucht und wird auch selten berücksichtigt. Anders als in anderen Ländern, in denen die Erfahrungen von (werdenden) Müttern systematisch erhoben und in die Planungen zur Verbesserung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe einbezogen werden – richtungsweisend sind hier die Surveys „Listening to Mothers“ in den USA (Declercq et al., 2002, 2006, 2013) - sind solche Studien in Deutschland noch eher die Ausnahme (für einen Überblick über deutsche qualitative und quantitative Studien siehe Makowsky & Schücking, 2013). Diese Lücke will der vorliegende Report füllen. Er stellt die Sichtweise der Mütter in den Vordergrund und erhebt ihre subjektiven Erfahrungen, aber auch ihre Bedürfnisse in der Begleitung rund um Schwangerschaft und Geburt. Insbesondere wird nach der Form und Zufriedenheit mit der professionellen Betreuung in der Schwangerschaft (Hebammen/Gynäkologin<sup>2</sup>) sowie der Wahrnehmung diagnostizierter Risiken gefragt. Der Report ermöglicht auch einen Blick auf die Betreuung unter der Geburt und im Wochenbett, da es in der Befragung auch um die Betreuungskonstellation und die Zufriedenheit mit der Betreuung, um Kontinuität unter der Geburt und um die psychologische Nachbetreuung ging.

Mit der Befragung sollen zudem die Erfahrungen mit einer Sectio in den Blick gerückt und die Zufriedenheit mit der Aufklärung durch unterschiedliche Berufsgruppen über Ablauf und Folgen der Schnittentbindung ermittelt werden.

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit ausschließlich die weibliche Berufsbezeichnung verwendet. Männliche Gynäkologen und Entbindungspfleger sind mitgemeint.

## 2. Darstellung der Befragungsergebnisse

In die Stichprobe der Befragung gingen alle Frauen ein, die im Juni 2014 in der hkk versichert waren und in den sechs Monaten vor der Befragung stationär ein Kind geboren haben. Dies waren insgesamt 1.627 Frauen. Nicht befragt wurden Frauen, die nach den Routinedaten der hkk ihr Kind zu Hause oder in einem Geburtshaus geboren hatten. Aufgrund der Unzustellbarkeit des Fragebogens reduzierte sich die Anzahl der jüngst Mutter gewordenen Frauen bzw. Mütter<sup>3</sup>, die wirklich in die Befragung eingegangen sind, auf 1.579.

Die Befragung erfolgte mit einem vier Seiten umfassenden schriftlichen Fragebogen, der im Kern standardisierte, geschlossene Fragen enthielt, die bereits in mehreren anderen inhaltlich vergleichbaren Befragungen (Lutz & Kolip, 2006) erprobt worden waren. Dieser Fragekatalog wurde durch wenige offene Fragen zu den Wünschen der Mütter zur Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt ergänzt.

Der Fragebogen wurde am 18. Juni 2014 zusammen mit einem Anschreiben verschickt. Die Befragten konnten den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von 14 Tagen in einem Freiumschlag zurückzusenden. Um u.a. der mit Befragungen durch einen Leistungsträger potenziell verbundenen Gefahr sozial erwünschter Antworten vorzubeugen, wurden die Befragten in dem Anschreiben ausdrücklich auf die umfassende Anonymität und Freiwilligkeit der Befragung und ihrer Antworten hingewiesen. Der spontane Rücklauf der ersten Befragungswelle betrug 470 auswertbare Fragebögen oder 29,8 %. Wegen verschiedener Anzeichen dafür, dass zahlreiche Nichtantworterinnen nur wegen der vielfältigen Belastungen in den ersten Lebensmonaten mit dem Neugeborenen nicht in der vorgesehenen Zeit antworteten und es nach Ablauf der Rücksendefrist dann nicht mehr versuchten, wurde am 14.7.2014 ein Erinnerungsschreiben an alle Befragten verschickt, in dem die Antwortzeit um weitere 14 Tage verlängert wurde. Die Anzahl der auswertbaren und für diesen Report genutzten Fragebögen stieg bis Anfang August auf 654. Der Rücklauf beträgt damit 41,4 % und kann als gut bezeichnet werden. Ausgefüllte Fragebögen, die nach diesem Datum eingingen, wurden für die Auswertungen nicht mehr berücksichtigt. Die positive Bewertung gilt auch für die Beantwortungsqualität, d.h. die Beantwortung möglichst aller Fragen. Die Anzahl der Frauen, die eine oder wenige Fragen nicht beantworteten, beträgt maximal 26 (4,0 %) bei der Frage nach Vorliegen einer Risikoschwangerschaft und 21 (3,2 %) bei der Frage, ob es sich bei der Geburt um eine Frühgeburt gehandelt habe.

---

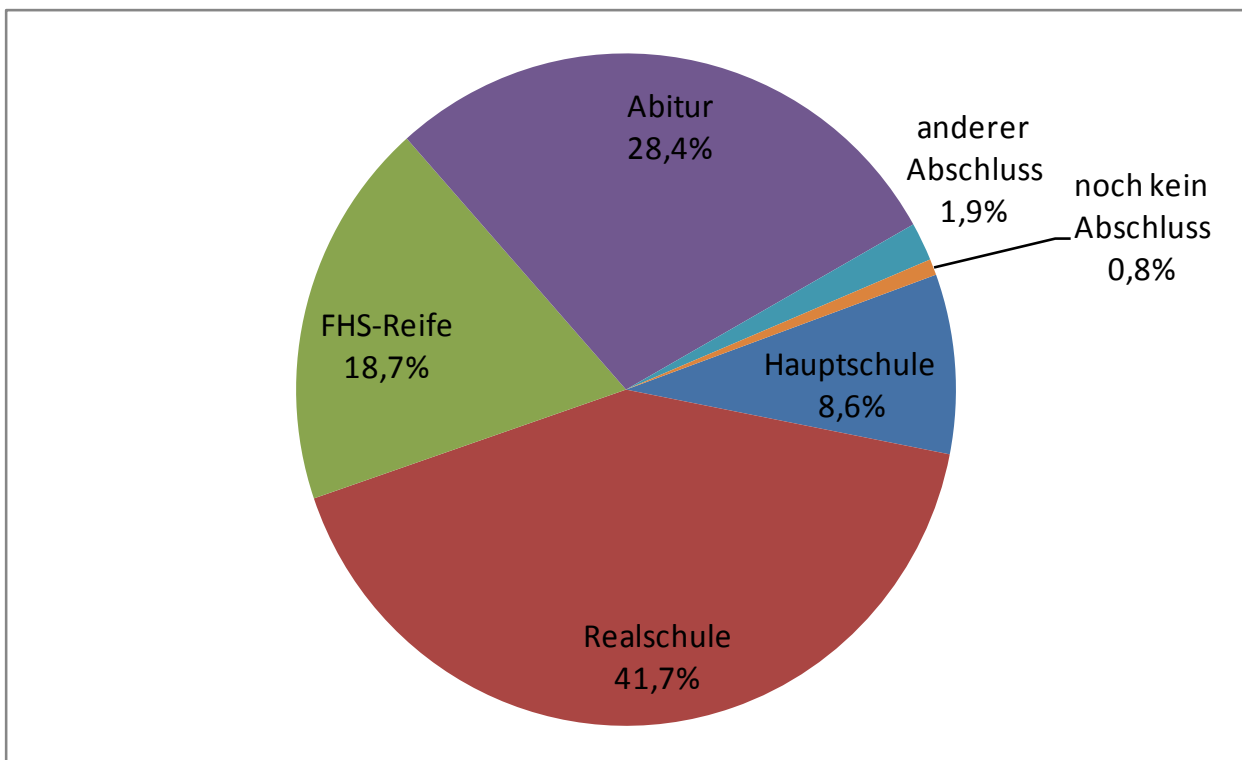
<sup>3</sup> Wenn im weiteren Text von Müttern die Rede ist, meinen wir jeweils nur diese Gruppe von Frauen, also nicht alle Frauen, die jemals Mutter geworden sind.



### Beschreibung der Stichprobe

In der Stichprobe der an der Befragung teilgenommenen Mütter (im Weiteren als „Befragte“ bezeichnet) dominiert die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen mit 42,4 %. Unter 21- und über 40-jährige Mütter<sup>4</sup> machen in der Stichprobe mit 1,1 % und 2,5 % einen geringen Anteil aus. Die Altersverteilung entspricht damit in etwa dem Bundesdurchschnitt (AQUA, 2014)

Der Anteil der Befragten mit Bildungsabschluss Fachhochschul- oder allgemeine Hochschulreife beträgt 47,1 %.



**Abbildung 1: Höchste Schulabschlüsse der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Nahezu alle Befragten leben nach der Geburt ihres Kindes in einer Partnerschaft, 96,3 % leben mit diesem Partner zusammen, 1,4 % nicht. Nur 2,3 % der Mütter leben in keinerlei Partnerschaft. Der Anteil ist damit im Vergleich zu den AQUA-Daten etwas höher (10,9 % Schwangere alleinstehend ohne festen Partner, AQUA, 2014).

<sup>4</sup> Wenn im weiteren Verlauf von Befragten oder Müttern die Rede ist, sind immer die 654 Frauen gemeint, die einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt haben bzw. zu der entsprechenden Frage eine Antwort gaben.

55,1 % der Befragten waren Erstgebärende, der Anteil liegt damit etwas höher als im Bundesdurchschnitt (49,7 %; AQUA, 2014). 2,5 % der Befragten hatten im Befragungszeitraum zwei oder mehr Kinder geboren; auch dieser Anteil ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (1,9 %) leicht erhöht (AQUA, 2014). 8 % aller Befragten bezeichneten die Geburt als Frühgeburt, die im Fragebogen als „mehr als drei Wochen vor dem errechneten Termin“ definiert war. Der Zeitpunkt der Frühgeburten lag zwischen der 28. und 39. Schwangerschaftswoche, mit einem quantitativen Gipfel in der 36. Woche. Die Geburt erfolgte bei 61,1 % der Befragten spontan als Vaginalgeburt, bei 8,0 % ebenfalls vaginal, aber mit Unterstützung durch eine Saugglocke (7,2 %) oder Zange (0,8 %) (vaginal-operative Geburten) und bei 30,9 % durch einen Kaiserschnitt. Der Anteil der vaginal-operativen Geburten liegt dabei etwas höher als im Bundesdurchschnitt (6,3 %; Statistisches Bundesamt, 2014). Der Anteil der Kaiserschnittgeburten bei den an der Befragung teilnehmenden Müttern in der hkk entspricht sowohl dem in den Routinedaten der hkk für alle stationären Geburten zu findenden als auch dem aktuellen bundesweiten Anteil der Kaiserschnittentbindungen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2014) betrug dieser Anteil im Jahr 2013 bundesweit und im Lande Niedersachsen 32,6 %.<sup>5</sup>

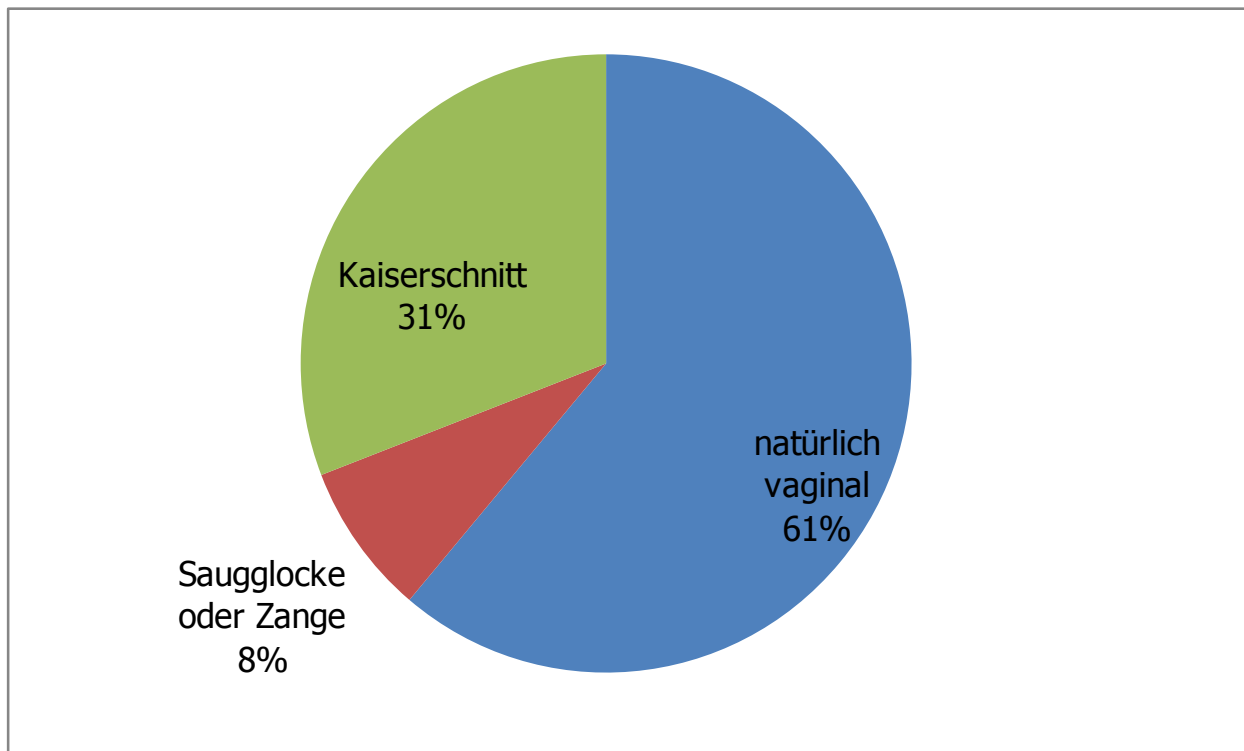


Abbildung 2: Häufigkeit der Entbindungsarten der in der hkk versicherten Mütter 2014

<sup>5</sup> AQUA (2014) gibt folgende Geburtsmodi für Kinder mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g an: 61,0 % Spontangeburt, primäre Sectio 14,0 %, sekundäre Sectio 15,8 %, vaginal-operativ 6,8 %. Der Entbindungsmodus ist mit der Schädelage und dem Geburtsgewicht assoziiert.

Bei den Befragten zeigt sich der auch bereits aus anderen Untersuchungen bekannte statistisch signifikante (\*)<sup>6</sup> Zusammenhang von höchstem Schulabschluss und Alter der Mutter: Je höher der Abschluss, desto älter die Schwangere bzw. junge Mutter. Während 91,1 % der Befragten mit Hauptschulabschluss im Alter bis 35 Jahre das für unsere Befragung relevante Kind gebären, sinkt dieser Anteil bei den Befragten mit Realschulabschluss, FHS- und allgemeiner Hochschulreife auf 84,1 %, 82,6 % und 73,9 %. Keinen signifikanten Zusammenhang gab es dagegen zwischen dem höchsten Schulabschluss und dem Geburtsmodus (vaginale Spontangeburt, vaginal-operative Geburt, Sectio). Trotzdem war der Anteil der Kaiserschnittgeburten bei den Frauen mit Hauptschulabschluss mit 28,6 % deutlich niedriger als der von 35,0 % bei den Frauen mit FHS-Reife.

### **Schwangerschaftsversorgung**

Die Betreuung während der Schwangerschaft erfolgte bei der Hälfte (49,8 %) der Befragten ausschließlich durch eine Gynäkologin, bei weiteren 28,8 % überwiegend durch eine Gynäkologin, bei 19,7 % abwechselnd durch eine Gynäkologin und eine Hebamme und nur bei 1,7 % überwiegend durch eine Hebamme.

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Gynäkologin schwankte bei den 476 Müttern, die hierzu Angaben machten<sup>7</sup>, zwischen einem und 40 Kontakten. Der Mittelwert lag bei knapp 12 Kontakten. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Hebamme schwankte bei den 283 Frauen, die auch diese Frage beantworteten, zwischen einem und 30 Kontakten. Durchschnittlich hatten sie knapp 6 Kontakte.

Die Häufigkeit der Kontakte mit Ärztinnen und Hebammen hatte keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Risikoschwangerschaft oder mit während der Schwangerschaft festgestellten besonderen Risiken. Lediglich Erstgebärende hatten signifikant mehr (\*) Kontakte zu Gynäkologinnen als Mehrfachgebärende.

20,0 % der Mütter, und damit ein weit unterdurchschnittlicher Anteil<sup>8</sup>, geben an, dass ihre Schwangerschaft laut Seite 5 ihres Mutterpasses eine Risikoschwangerschaft war. Diese „amtliche“ Typisierung stützt sich auf 26 Einzelfaktoren, die sich auf die Ergebnisse der Anamnese und der ersten Vorsorgeuntersuchungen zu Beginn der Schwangerschaft beziehen. Dabei spielen aktuelle Erkrankungen der Schwangeren, bestimmte Erkrankungen in ihrer Familie und das Alter mit den damit verbundenen epidemiologischen Risikoassoziationen entscheidende Rollen. Nachdem die Gynäkologin geklärt hat, ob solche Faktoren vorliegen oder nicht (ja/nein), kann sie in einem separaten Kästchen im Mutterpass ankreuzen, ob „nach ärztlicher Bewertung ... bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor(liegt)“ (G-BA, 2011). Dabei folgt die Ärztin keinen regelhaften Vorgaben, sondern entscheidet nach persönlicher Einschätzung. Noch etwas weniger (17,9 %) geben an, auf der Seite 6 ihres Mutterpasses seien besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf als Risikofaktoren eingetragen worden. Dabei handelt es sich um 26 weitere unterschiedliche Faktoren oder Ereignisse wie beispielsweise das Auftreten eines Gestationsdiabetes, schwere psychische oder soziale Belastungen, Blutungen oder Dauermedikation.

---

<sup>6</sup> Standardgemäß sprechen wir von statistisch signifikant, wenn nach entsprechenden Signifikanztests (T-Test oder  $\chi^2$ -Test) die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 5 % oder weniger ist. Wir unterscheiden drei Signifikanzniveaus oder Irrtumswahrscheinlichkeiten, die wir im weiteren Text der Einfachheit halber durch einen, zwei oder drei Sternchen kennzeichnen: \* = Irrtumswahrscheinlichkeit  $\leq 5$  %, \*\* =  $\leq 1$  % und \*\*\* =  $\leq 0,1$  %.

<sup>7</sup> Dies lag mit Sicherheit daran, dass die Befragten dann, wenn auch eine Hebamme bei der Vorsorge beteiligt war, oft keine Angaben zur Inanspruchnahme von Gynäkologinnen, sondern nur zur Häufigkeit der Kontakte zu einer Hebamme machten.

<sup>8</sup> Nach Auswertung der Perinatalstatistik wurden 2013 34,9 % der Schwangerschaften im Mutterpass als Risikoschwangerschaften definiert (AQUA, 2014); 76,3 % der Schwangeren erhalten anamnestisch oder im Verlauf der Schwangerschaft Risiken attestiert.

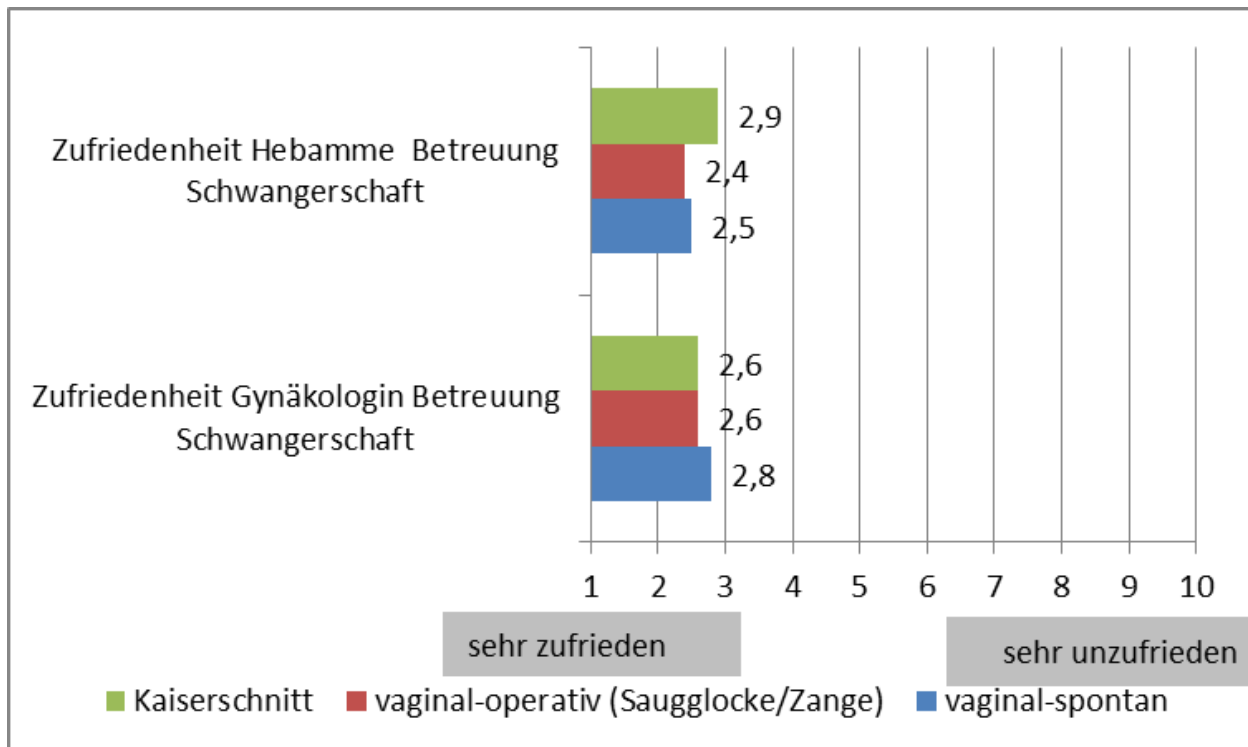
Von der Möglichkeit, die Nummern dieser Risiken mitzuteilen, machten 103 der 114 Frauen Gebrauch, die überhaupt von Risikoeinträgen in ihrem Mutterpass berichteten. In der Regel wird hier ein Risikofaktor eingetragen, das Maximum liegt bei vier Faktoren. Zu den am häufigsten genannten Risikofaktoren auf der Seite 5 des Mutterpasses zählen familiäre Belastungen (z.B. Diabetes, Fehlbildungen), frühere eigene schwere Erkrankungen oder Allergien, z.B. gegen Medikamente, die allesamt zu den eher als „gering“ einzustufenden Risikofaktoren zu zählen sind. Die Risiken eines zu hohen (über 35 Jahre) oder zu niedrigen (unter 18 Jahren) Alters der Mutter werden lediglich je einmal genannt. Insgesamt häufiger berichten die Befragten die auf Seite 6 ihres Mutterpasses dokumentierten besonderen Befunde im Schwangerschaftsverlauf als Risikofaktoren. Am häufigsten (zehnmal) wird Gestationsdiabetes genannt, sechsmal Anämie, fünfmal Dauermedikation und viermal vorzeitige Wehentätigkeit. Alle anderen im Mutterpass genannten Risiken traten weniger häufig auf.

Die Angaben von fast 35 % der Frauen, die statt der Risikoziffern des Mutterpasses freie Bezeichnungen eintrugen, können wegen ihrer Unleserlichkeit, Unklarheit oder Unverständlichkeit nicht ausgewertet werden.

Beim Anteil von Befragten mit einer Risikoschwangerschaft oder mit während der Schwangerschaft auftauchenden Risiken gibt es keine signifikanten Unterschiede nach dem Schulabschluss. Ganz anders sieht es bei möglichen Zusammenhängen mit dem Alter der Mütter aus: Der Anteil von Frauen mit einer Risikoschwangerschaft war bei den über 35-Jährigen hochsignifikant (\*\*\*) höher (54,2 %) als bei den jüngeren Frauen (12,2 %). Auch der Anteil der Frauen mit einem Verlaufsrisiko ist bei den über 35-Jährigen signifikant (\*\*\*) höher (26,7 %) als bei den jüngeren Befragten (15,9 %). Durch die Kenntnis von Risikofaktoren fühlten sich 28,7 % der Frauen mit Risikofaktoren gar nicht und 6,4 % sehr verunsichert. Fasst man den Grad der Verunsicherung in zwei Werten zusammen, die auf einer 10er-Skala von 1 bis 5 für nicht verunsichert und 6-10 für verunsichert reichen, sehen sich 68,2 % dieser Teilgruppe der Befragten durch die Kenntnis von Risiken ihrer Schwangerschaft nicht verunsichert. Der Durchschnittswert auf der Skala beträgt 4,2 Punkte.

Die Zufriedenheit der Befragten mit der Betreuung durch Gynäkologinnen und/oder Hebammen während ihrer Schwangerschaft war gemessen an ihren Erwartungen sehr hoch. Auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 10 (sehr unzufrieden) betrug der Mittelwert für die Zufriedenheit mit Gynäkologinnen 2,75 und mit Hebammen sogar 2,6.

Untersucht man, ob sich hinter dem Durchschnittswert signifikante und relevante Unterschiede verbergen, findet sich nur in seltenen Fällen ein Zusammenhang mit der Geburtserfahrung, den Schwangerschaftsrisiken, dem Alter und dem Schulabschluss. So ist die Zufriedenheit mit der Betreuung (Häufigkeit der Bestnote „sehr zufrieden“) durch Hebammen bei Mehrfachgebärenden signifikant (\*\*\*) höher als die der Frauen mit einer Erstgeburt. Nahezu zu erwarten ist die signifikant (\*\*\*) geringere Zufriedenheit der Befragten mit höherem Schulabschluss mit der Betreuung während der Schwangerschaft durch Gynäkologinnen. Diese erhalten von 53,6 % der Hauptschulabsolventinnen und von 39,6 % der Befragten mit Abitur die Bestnote.



**Abbildung 3: Zufriedenheit mit der Betreuung während der Schwangerschaft durch Gynäkologinnen und Hebammen gemessen an Erwartungen (Zufriedenheit von 1 = sehr zufrieden bis 10 = sehr unzufrieden) der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Weitere Unterschiede in der Einschätzung der Zufriedenheit gibt es schließlich noch (siehe Abbildung 3), wenn man nach den drei Entbindungsmodi unterscheidet.

Dabei findet sich der einzige quantitativ erwähnenswerte Unterschied bei der Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen. Die Befragten, die mit einem Kaiserschnitt entbunden haben, sind mit Hebammen auf dem immer noch hohen Niveau signifikant unzufriedener als mit Gynäkologinnen. Umgekehrt sieht es dagegen aus Sicht der Frauen mit einer vaginalen Spontangeburt aus: Hier ist die Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen signifikant besser als die durch Gynäkologinnen.

### Vaginal- und Kaiserschnittgeburten

Wie Tabelle 1 zeigt, unterscheiden sich die drei Gruppen von Gebärenden lediglich beim Merkmal Erst- oder Mehrfachgeburt. Der Anteil von Frauen, deren Kind(er) mit einem Kaiserschnitt auf die Welt kam(en), war bei Erstgebärenden mit 34,2 % signifikant höher als bei den Frauen mit einer Zweit- oder Drittgeburt (26,8 %). Die Gruppe der erstgebärenden Frauen mit Saugglocken- oder Zangengeburt war mit 11,4 % ebenfalls erheblich größer als die der mehrfach gebärenden Frauen (3,8 %). Entsprechend ist der Anteil der Frauen mit einer Spontangeburt bei den Erstgebärenden mit 54,4 % signifikant niedriger als bei den Mehrfachgebärenden mit 69,4 %.

Trotz kleinerer quantitativer Unterschiede in der Verteilung der Entbindungsmodi, gibt es aber weder hinsichtlich des Alters noch des höchsten Schulabschlusses signifikante Unterschiede. Mit dieser Einschränkung ist aber der leicht höhere Anteil der Kaiserschnittgeburten bei den Frauen über 35 Jahre oder der im Vergleich mit allen Frauen mit höherem Schulabschluss niedrigste Anteil von Kaiserschnittentbindungen (28,6 %) bei den Frauen mit Hauptschulabschluss erwähnenswert.

**Tabelle 1: Soziodemografische Struktur nach Entbindungsart der in der hkk versicherten Mütter 2014 (Signifikanztest Chi<sup>2</sup>)**

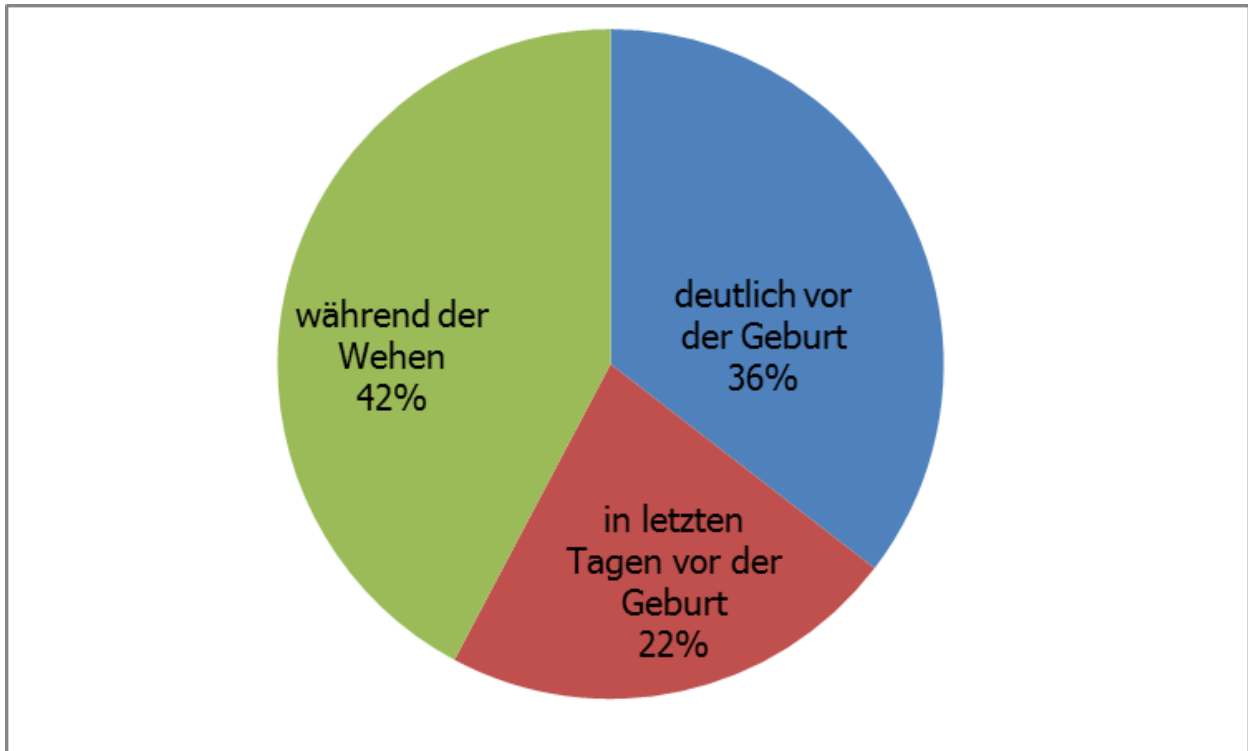
	Spontangeburt	Vaginalgeburt mit Saugglocke oder Zange	Kaiserschnitt	Signifikanz
Erstgebärende	54,4 %	11,4 %	34,2 %	***
Mehrfachgebärende	69,4 %	3,8 %	26,8 %	
<b>Alter:</b>				
Alter unter 35 Jahre	61,4 %	8,5 %	30,1 %	nicht signifikant
Alter über 35 Jahre	60,2 %	5,7 %	34,1 %	
<b>Schulabschluss:</b>				
Hauptschule	67,9 %	3,6 %	28,6 %	nicht signifikant
Realschule	61,5 %	7,0 %	31,5 %	
FHS-Reife	55,8 %	9,2 %	35,0 %	
Abitur	62,3 %	7,7 %	30,1 %	

In der Tabelle 2 wird für vier potenzielle Risikobedingungen der Geburtsmodus aufgeschlüsselt. Während bei einer Frühgeburt signifikant häufiger ein Kaiserschnitt durchgeführt wird, werden die Unterschiede im Geburtsmodus im Vergleich von Einlings- und Mehrlingsschwangerschaften nicht signifikant. Dies könnte allerdings ein Effekt der insgesamt geringen Anzahl von Mehrlingsgeburten sein. Gleiches gilt für Risikoschwangerschaften und für im Mutterpass attestierte Risiken. Auch hier sind Schnittentbindungen häufiger, der Unterschied wird aber nicht signifikant.

**Tabelle 2: Schwangerschaftsrisiken nach Entbindungsart der in der hkk versicherten Mütter 2014**

	Spontangeburt	Vaginalgeburt mit Saugglocke oder Zange	Kaiserschnitt	Signifikanz
Frühgeburt nein	63,9 %	8,3 %	27,9 %	***
Frühgeburt ja	38,0 %	2,0 %	60,0 %	
<b>Mehrlinge</b>				
Mehrlinge ja	43,8 %	0,0 %	56,3 %	nicht signifikant
Mehrlinge nein	61,5 %	8,2 %	30,3 %	
<b>Risikoschwangerschaft</b>				
Risikoschwangerschaft ja	53,2 %	9,7 %	37,1 %	nicht signifikant
Risikoschwangerschaft nein	62,9 %	7,8 %	29,3 %	
<b>Risiken im Mutterpass</b>				
Risiken im Mutterpass ja	51,8 %	10,7 %	37,5 %	nicht signifikant
Risiken im Mutterpass nein	62,5 %	7,5 %	30,0 %	

Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt fiel bei deutlich mehr als der Hälfte der Befragten (58,0 %) mehr oder weniger deutlich vor der Geburt (Abbildung 4), bei den restlichen 42,0 % handelt es sich um eine sekundäre Sectio, also um eine Entscheidung während der Wehen.

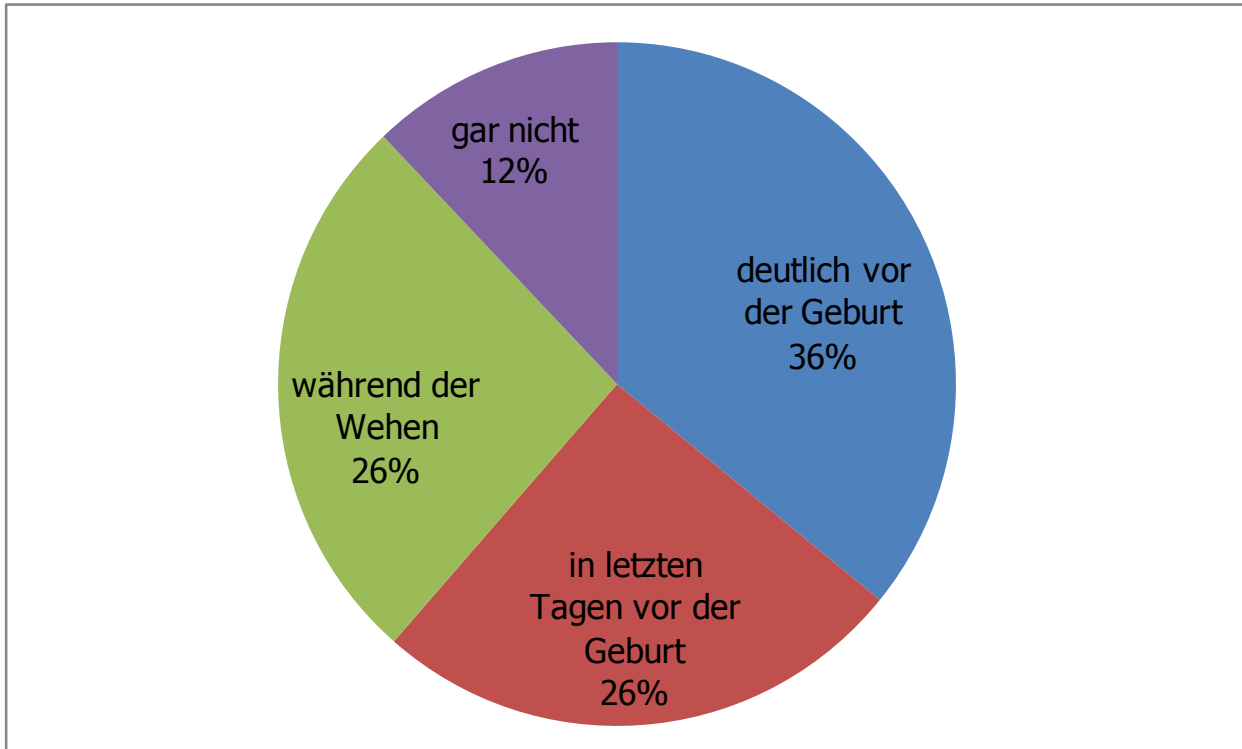


**Abbildung 4: Zeitpunkt der Entscheidung zum Kaiserschnitt der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Da eine Sectio mit einer Prävalenz von über 30 % inzwischen ein häufiger Geburtsmodus ist und die Entscheidung zum Kaiserschnitt in mehr als der Hälfte der Fälle vor Einsetzen der Wehen fällt, somit also Zeit für eine umfassende Beratung bleibt, wurde in der Befragung auch nach dem ärztlichen Informations- bzw. Aufklärungsgespräch gefragt. Von besonderem Interesse waren Angaben zu den genauen Umständen der Informationsvermittlung zum Ablauf einer Kaiserschnittentbindung sowie die Qualität dieser Informationen.

Als erstes ging es um den Zeitpunkt, an dem die Schwangeren, die später einen Kaiserschnitt hatten, über den Ablauf einer Entbindung per Kaiserschnitt informiert wurden (Abbildung 5). Dies war bei 62,0 % von ihnen deutlich vor oder in den letzten Tagen vor der Geburt der Fall. 26,0 % erfuhren dies noch während der Wehen und 12,0 % gar nicht. Die Befunde spiegeln die dargestellten Ergebnisse zum Zeitpunkt der Entscheidung wider. Allerdings ist bemerkenswert, dass jede 9. Frau mit einem Kaiserschnitt angibt, gar nicht über den Ablauf informiert worden zu sein.

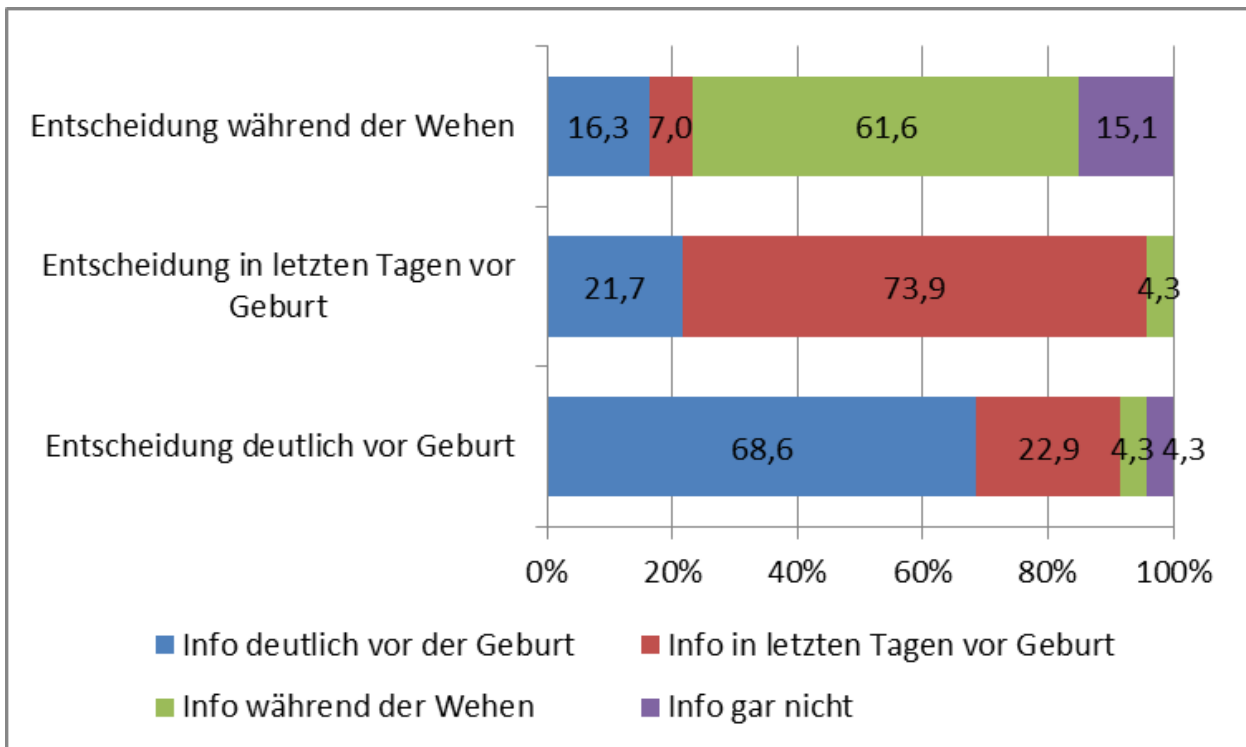
58,8 % der Frauen mit Hauptschulabschluss, aber nur 28,6 % der Frauen mit Realschulabschluss oder 32,8 % der Frauen mit Abitur haben sich deutlich vor der Geburt für einen Kaiserschnitt entschieden (\*). Dies bedeutet umgekehrt, dass sich 50,0 % der Frauen mit Abitur aber nur 17,6 % der Frauen mit Hauptschulabschluss erst während der Wehen zum Kaiserschnitt entschlossen.



**Abbildung 5: Zeitpunkt an dem über den Ablauf einer Kaiserschnittentbindung informiert wurde der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Wie die gemeinsame Betrachtung beider Zeitpunkte in der Abbildung 6 zeigt, verfügen die meisten Befragten in einer ihrer Entscheidung zum Kaiserschnitt angemessenen Weise über Informationen zum Verlauf dieser Operation. Knapp über 90 % derjenigen mit einer frühen Entscheidung zum Kaiserschnitt wussten vor der Geburt über seinen Ablauf Bescheid. Fast 95 % waren dies in der Gruppe der Frauen, die diese Entscheidung in den letzten Tagen vor der Geburt getroffen haben. Von den Frauen, die sich für den Kaiserschnitt erst während der Wehen entschieden hatten, hatten sich über seinen Ablauf rund 23 % bereits prophylaktisch vor dem Gang in den Kreißaal informiert. Trotzdem gaben fast 9 % der Frauen mit frühzeitiger Entscheidung für einen Kaiserschnitt und 15,1 % der sich während der Wehen für einen Kaiserschnitt entscheidenden Frauen an, nicht oder nicht vor der Geburtssituation über dessen Ablauf informiert gewesen zu sein.

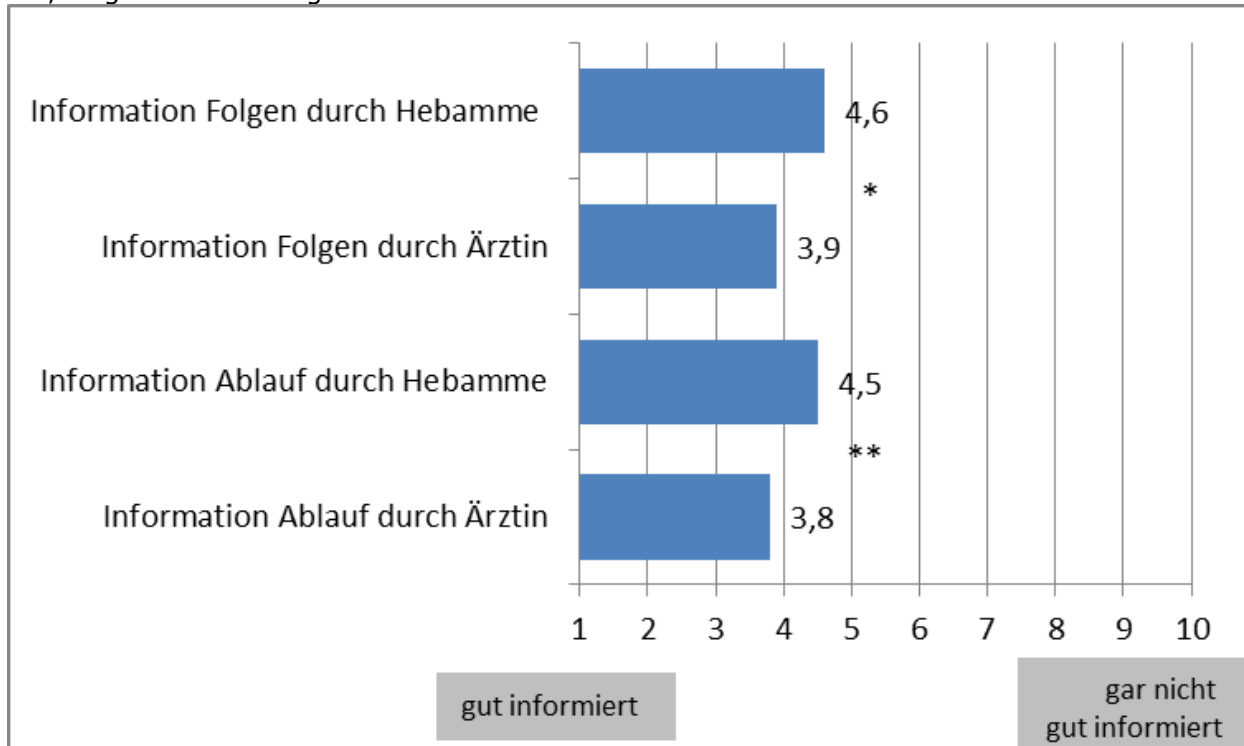




**Abbildung 6: Zeitpunkt der Entscheidung zum Kaiserschnitt und Zeitpunkt der Information über dessen Ablauf der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Die bivariate Analyse weiterer theoretisch möglicher Zusammenhänge der Zeitpunkte mit beispielsweise dem Vorliegen einer Risikoschwangerschaft oder von Verlaufsrisiken während der Schwangerschaft zeigt keine weiteren signifikanten Effekte.

Wie gut oder schlecht sich die Mütter, die mit einem Kaiserschnitt geboren hatten, über den Ablauf und die Folgen eines Kaiserschnitts durch Ärztin und Hebamme informiert fühlen, zeigt die Abbildung 7.



**Abbildung 7: Informationsgrad über Ablauf und mögliche Folgen einer Kaiserschnittentbindung durch Ärztinnen und Hebammen (Informationsgrad von 1 = gut informiert bis 10 = gar nicht gut informiert) der in der hkk versicherten Mütter 2014 (Signifikanztest T-Test)**

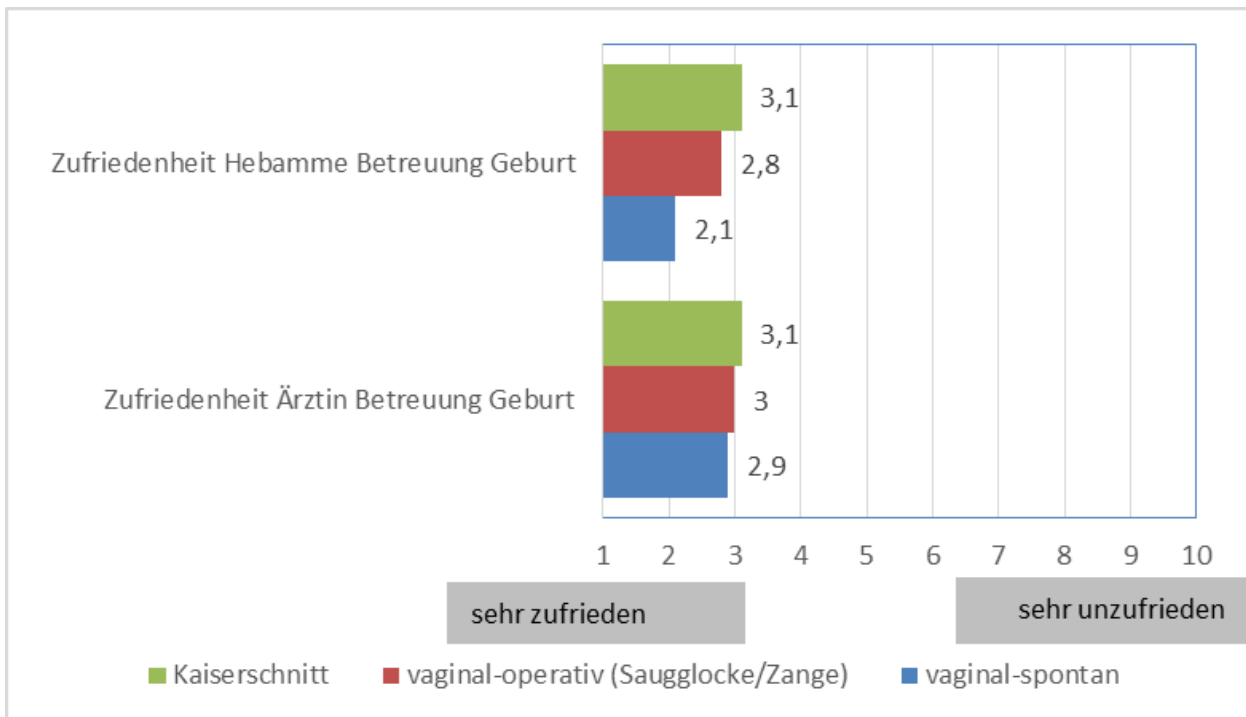
Nimmt man den Wert 5 als Marke, ab dem die Befragten den Grad ihrer Information nicht mehr als gut bewerten, nähert sich die Bewertung sämtlicher Informationen durch Hebammen mit durchschnittlich 4,6 und 4,5 Punkten beträchtlich dieser Marke. Von Hebammen fühlen sich die Befragten eindeutig nicht mehr gut informiert. Die Noten für Ärztinnen sind zwar mit 3,9 und 3,8 deutlich besser als die für die Hebammen, liegen aber selber auch deutlich vom Prädikat gut informiert entfernt. Die absoluten Unterschiede der Bewertung des Informationsverhaltens von Hebammen und Ärztinnen sind auch statistisch signifikant, d.h. die Information durch Hebammen wird überzufällig schlechter bewertet als die durch Ärztinnen.

Dass dies möglicherweise etwas mit der funktionalen Rollenverteilung während einer Kaiserschnittgeburt bzw. mit der dabei herrschenden Dominanz von Ärztinnen zu tun hat, deutet sich in der Auswertung der Frage nach der Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen und Ärztinnen während der drei Geburtsmodi an.

Die Zufriedenheit wird erneut mit einer Zehnerskala erhoben, die von 1 = sehr zufrieden bis 10 = sehr unzufrieden reicht.

Die Abbildung 8 zeigt mehrerlei:

Zunächst sind Frauen mit einer Kaiserschnittgeburt sowohl mit der Betreuung durch Ärztinnen als auch durch Hebammen relativ am wenigsten zufrieden, d.h. vergeben durchschnittlich jeweils die Note 3,1. Dass dies bei Hebammen wahrscheinlich etwas mit den prozeduralen Details eines Kaiserschnitts zu tun hat, zeigen die etwas und deutlich besseren Betreuungsnoten von Frauen mit einer Saugglocken-/Zangengeburt (2,8) oder mit einer Spontangeburt (2,1). Die Zufriedenheit mit der Betreuung durch Ärztinnen verbessert sich zwar bei den Frauen mit einer der beiden natürlichen Entbindungen etwas, erreicht aber insbesondere bei der Spontangeburt nicht das gute Niveau der Hebammen. Der Zufriedenheitsunterschied zugunsten von Hebammen ist bei der Spontangeburt auch hochsignifikant (\*\*\*)



**Abbildung 8: Zufriedenheit mit der Betreuung während der Geburt durch Hebammen und Ärztinnen gemessen an Erwartungen und nach Entbindungsart (Zufriedenheit von 1 = sehr zufrieden bis 10 = sehr unzufrieden) der in der hkk versicherten Mütter 2014**

## Multivariate Analysen

Um eine Vorstellung zu gewinnen, welche theoretisch möglichen Bedingungen des Schwangerschafts- und Geburtsgeschehens in der komplexen Wirklichkeit Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt und auf den Zeitpunkt der Information über dessen Ablauf haben und welche Bedeutung die von uns erfragten haben, ergänzen wir die bisherigen Analysen durch zwei multivariate Analysen. Bei der dazu gewählten Methode der logistischen Regression wird der Einfluss mehrerer möglicher Faktoren unter der Annahme ihrer gleichzeitigen Einwirkung untersucht.

Für die Alternative Spontan- versus Kaiserschnitt-Geburt gingen in das Modell acht Faktoren ein: Erst-/Mehrfachgeburt, Risikoschwangerschaft, Risiken im Schwangerschaftsverlauf, Betreuung im Laufe der Schwangerschaft durch überwiegend Gynäkologin oder überwiegend Hebamme, Information über Kliniken ja/nein, Anwesenheit einer weiteren Person bei der Geburt, Alter und Schulabschluss.

Die Chance<sup>9</sup> für einen Kaiserschnitt wurde signifikant nur durch drei Faktoren bestimmt: Sie stieg wie nach der bivariaten Analyse auch zu erwarten war, um 85 %, wenn es sich um eine Erstgeburt handelte (\*\*), stieg ebenfalls, und zwar um 60 %, wenn die Betreuung während der Schwangerschaft allein oder überwiegend durch eine Gynäkologin erfolgte (\*) und lag um 55 % niedriger, wenn während der Geburt eine weitere nichtprofessionelle Person anwesend war (\*). Eine Risikoschwangerschaft und Verlaufsrisiken erhöhen zwar die Chance für einen Kaiserschnitt leicht, dies aber weit unter der Signifikanzgrenze von 0,05 und kleiner. Der statistische Indikator Nagelkerkes, der ein Maß dafür ist, wie viel die Faktoren im theoretischen Modell vom gesamten Geschehen erklären, ist mit 0,059 allerdings sehr gering und zeigt, dass offensichtlich weitere, nicht erhobene oder bekannte Faktoren den größten Teil des Kaiserschnitt-Geschehens beeinflussen.

Für die Frage, welche Faktoren oder Bedingungen den Zeitpunkt für die Entscheidung pro Kaiserschnitt (deutlich vor der Geburt versus letzte Tage/während der Wehen) beeinflussen, haben wir für das statistische Modell folgende neun Merkmale ausgewählt: Erst-/Mehrfachgeburt, Häufigkeit der Kontakte mit Gynäkologin oder Hebamme, Risikoschwangerschaft, Risiken im Schwangerschaftsverlauf, Betreuung im Laufe der Schwangerschaft durch überwiegend Gynäkologin oder überwiegend Hebamme, Information über Kliniken ja/nein, Alter und Schulabschluss.

Die Chance für eine Entscheidung deutlich vor der Geburt stieg um das 11,6fache, wenn es sich um eine Mehrfachgeburt handelte, um das 4,8fache, wenn die Vorsorge allein oder überwiegend durch eine Gynäkologin erfolgte und um das 6,9fache, wenn Risiken im Schwangerschaftsverlauf auftauchten. Der einzige Faktor, der die hier untersuchte Chance verringerte, und zwar um 83 %, war interessanterweise das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft. Dies könnte ein Hinweis auf den geringen prädiktiven Wert der Klassifizierung einer Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft sein. Alle anderen Faktoren hatten keinen signifikanten Einfluss.

---

<sup>9</sup> Dieser umgangssprachlich etwas anders konnotierte Begriff wird in der Literatur über Regressionsanalysen anstelle der umgangssprachlich geläufigeren Begriffe Risiko oder Wahrscheinlichkeit benutzt. Auf die Nennung der statistischen Gründe für diesen Wortgebrauch verzichten wir hier.

## Gespräch nach der Entbindung

Mehr als die Hälfte der von uns Befragten (53,0 %) war nach der Geburt länger als drei Tage in der Klinik, 43,0 % höchstens drei Tage und lediglich 4,0 % höchstens 6 Stunden. Auch die Dauer des nachgeburtlichen Klinikaufenthalts wird durch eine Reihe von persönlichen Merkmalen der Befragten beeinflusst.

Er ist signifikant (\*\*\*) länger, wenn es sich um eine Erstgeburt handelte:

57,5 % dieser Gruppe der Mütter waren länger als drei Tage im Krankenhaus. Von den Müttern mit einer zweiten oder dritten Geburt waren dies 46,7 %.

Ebenfalls hochsignifikant (\*\*\*) waren die Unterschiede der Aufenthaltsdauern zwischen den Frauen mit unterschiedlichen Entbindungsmodi. Von den Frauen, deren Kind mit einem Kaiserschnitt auf die Welt kam, hielten sich 91,5 % länger als drei Tage im Krankenhaus auf, während dies lediglich bei 46,2 % der Frauen mit einer Saugglocken- oder Zangengeburt und nur bei 33,8 % der Frauen mit einer Spontangeburt der Fall war.<sup>10</sup>

Die beiden Risikoindikatoren für die Schwangerschaft nach Seite 5 oder 6 des Mutterpasses waren unterschiedlich mit der Dauer des Klinikaufenthalts der Mütter assoziiert:

Keinen signifikanten Zusammenhang gab es mit der Klassifizierung als Risikoschwangerschaft. Wer dagegen Verlaufsrisiken hatte, war signifikant länger (\*) im Krankenhaus.

Wenn also während der Schwangerschaft Blutungen auftraten oder eine Dauermedikation erfolgte, stieg der Anteil der Frauen mit mehr als drei Tagen Klinikaufenthalt auf 64,9 %, wenn nichts dergleichen passierte, lag dieser Anteil bei 50,5 %.

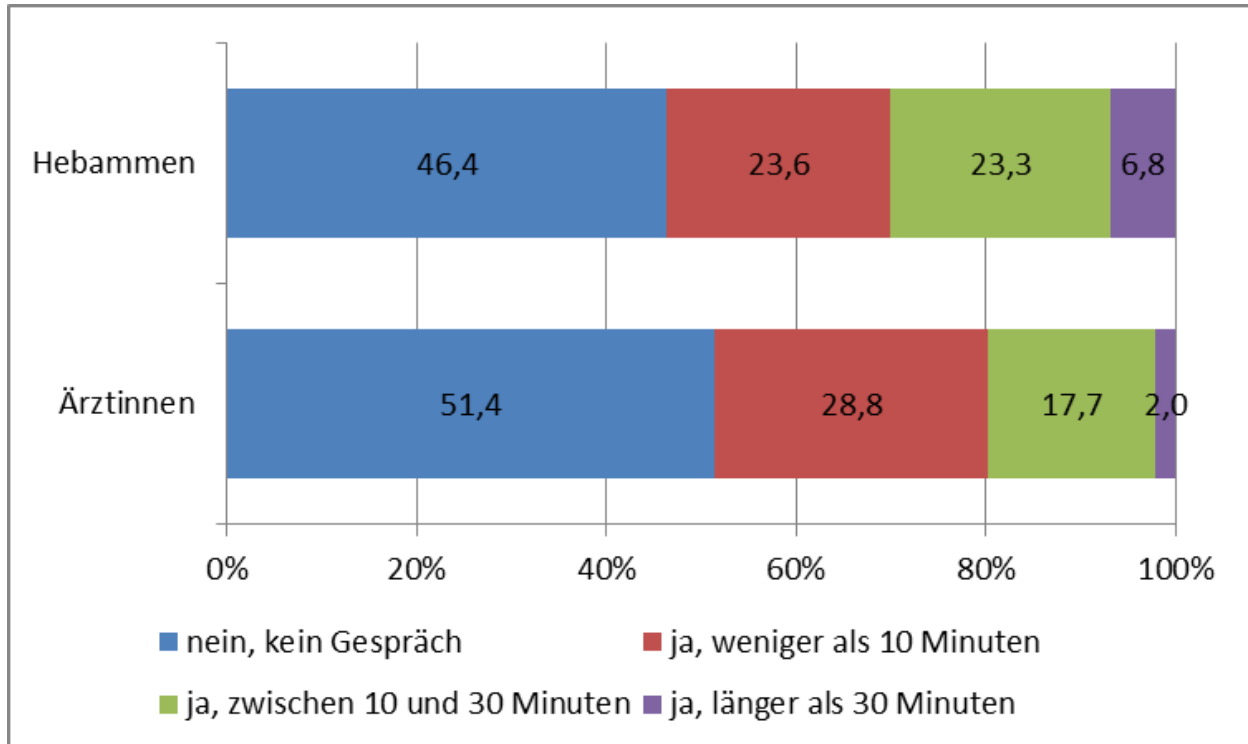
Alle weiteren erhobenen Merkmale, wie z.B. das Alter der Mütter, hatten keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Dauer des Klinikaufenthalts.

Angesichts des für viele Frauen erstmaligen Geburtsereignisses und des bei fast jeder Geburt phasenweise dramatischen, unerwarteten und unüberschaubaren Geschehens, dessen bewusste, kontrollierte Wahrnehmung wegen der Schmerzen auch noch zeitweise beeinträchtigt wird, sind Gespräche mit den Personen, die während der Geburt anwesend waren, auch notwendig.

---

<sup>10</sup> Zum Vergleich: Laut AQUA verblieb 2013 die Mehrheit der Frauen (73,0 %) nach der Geburt 3 bis 6 Tage in der Klinik, 3,6 % mehr als 6 Tage. 20,4 % verweilten 1 bis 2 Tage, nur 3,0 % verließen am gleichen Tag das Krankenhaus

Ob solche Gespräche durch Hebammen und Ärztinnen überhaupt stattfanden und wenn ja, wie lange, zeigt die Abbildung 9.



**Abbildung 9: Häufigkeit und Dauer von nachgeburtlichen Gesprächen über die Geburt durch Ärztinnen und Hebammen der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Das auffälligste Ergebnis war:

Etwas mehr als die Hälfte (51,4 %) der Mütter hatten mit ihren Ärztinnen und etwas weniger als die Hälfte (46,4 %) mit ihren Hebammen kein Gespräch über ihre Geburt. Wenn überhaupt ein Gespräch stattfand, überwogen bei beiden Gruppen professioneller Helferinnen Kurzgespräche von weniger als 10 Minuten. Sofern längere Gespräche über 10 Minuten stattfanden, waren daran vor allem Hebammen beteiligt.

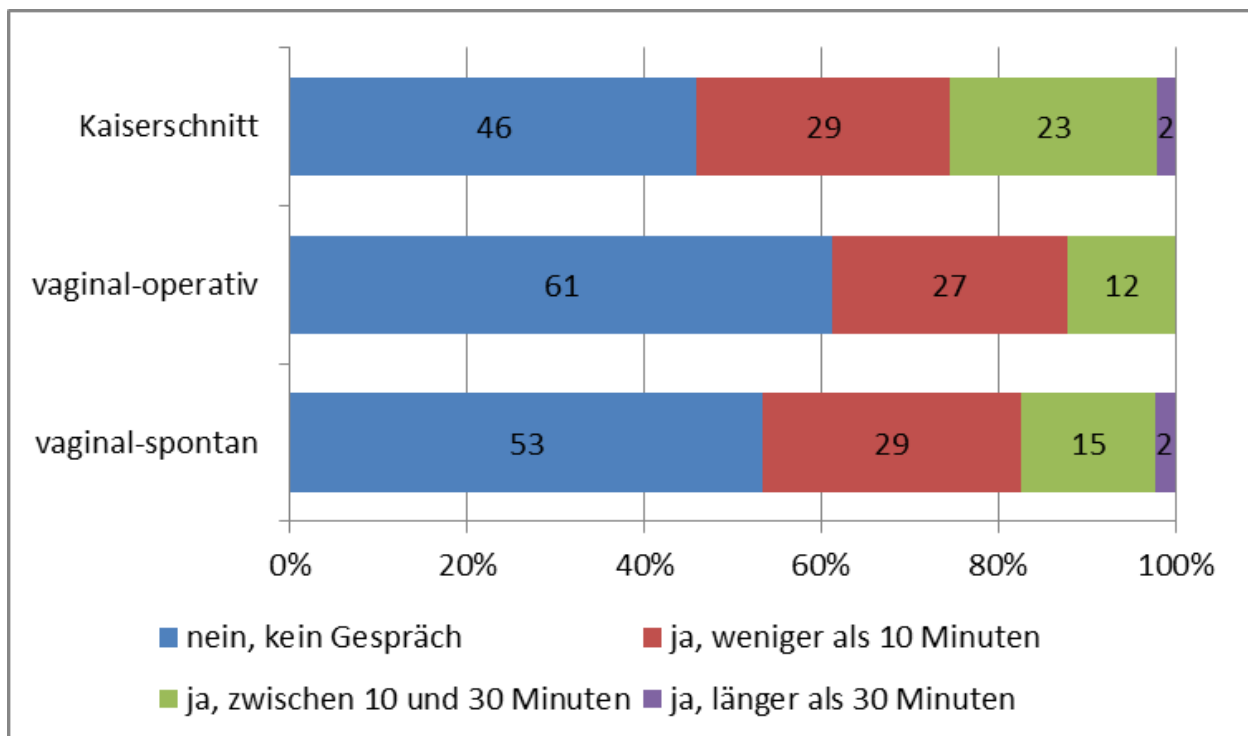
Um zu überprüfen, ob möglicherweise Mütter, die kein Gespräch mit einer Hebamme führen konnten, dies mit einer Ärztin taten oder umgekehrt, betrachteten wir das Gesprächsgeschehen noch etwas näher. Wir untersuchten also z.B., ob die Mütter, die kein Gespräch mit einer Hebamme führten, dies zumindest in irgendeiner Länge mit ihrer Ärztin geführt hatten und umgekehrt.

Von den Müttern, die überhaupt Angaben zu Gesprächen mit Hebammen und Ärztinnen machten (n=524), gaben 258 an, sie hätten kein nachgeburtliches Gespräch mit einer Hebamme führen können. 227 von ihnen, d.h. 88,0 %, gaben an, dies auch nicht mit ihrer Ärztin gemacht zu haben. Die meisten der restlichen Mütter, nämlich 9,7 %, redeten dann weniger als 10 Minuten mit ihrer Ärztin. 43,3 % der hier antwortenden 524 Mütter hatten also weder mit ihrer Ärztin noch mit ihrer Hebamme ein Gespräch über ihre Geburt.

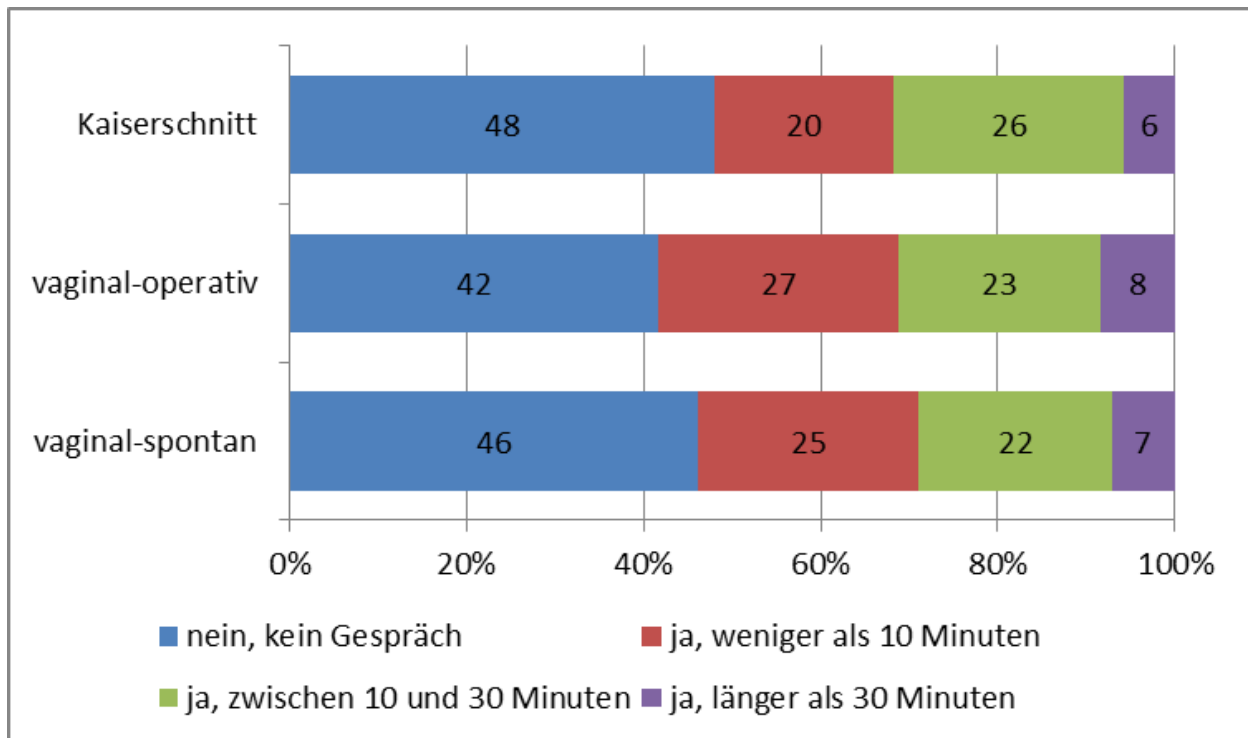
Von den 295 Müttern, die kein solches Gespräch mit ihrer Ärztin geführt hatten, hatten 76,9 % auch kein Gespräch mit ihrer Hebamme. In dieser Teilgruppe hatten dann 10,8 % weniger als 10 Minuten und 9,5 % zwischen 10 und 30 Minuten Zeit für ein Gespräch mit ihrer Hebamme.

Auch hier stellt sich die weitergehende Frage, ob das bisher untersuchte durchschnittliche nachgeburtliche Gesprächsverhalten von Hebammen und Ärztinnen bzw. die Gesprächserfahrungen der Mütter abhängig von Geburtsmodus und persönlichen Merkmalen unterschiedlich ausgeprägt waren.

Als erstes untersuchen wir dazu das Gesprächsgeschehen nach Geburtsmodus. Die Abbildung 10 und Abbildung 11 zeigen dies getrennt für Ärztinnen und Hebammen. Auch wenn es an manchen Punkten sichtbare absolute Unterschiede gibt, unterscheidet sich das Gesprächsverhalten beider Berufsgruppen nicht signifikant nach Geburtsmodus. Bei den nachgeburtlichen Gesprächserfahrungen mit Ärztinnen fällt trotzdem auf, dass 61,0 % der allerdings kleinen Gruppe der Mütter mit einer Saugglocken- oder Zangenentbindung kein Gespräch mit der beteiligten Ärztin führen konnte. Und auch wenn von den Frauen mit Kaiserschnittgeburt „nur“ ein unterdurchschnittlicher Anteil von 46,0 % kein Gespräch über diese Geburt mit ihrer Ärztin hatte, erscheint dieser Anteil angesichts der Qualität des Ereignisses als zu hoch.



**Abbildung 10: Häufigkeit und Dauer der nachgeburtlichen Gespräche über die Geburt durch Ärztinnen nach Entbindungsart der in der hkk versicherten Mütter 2014**



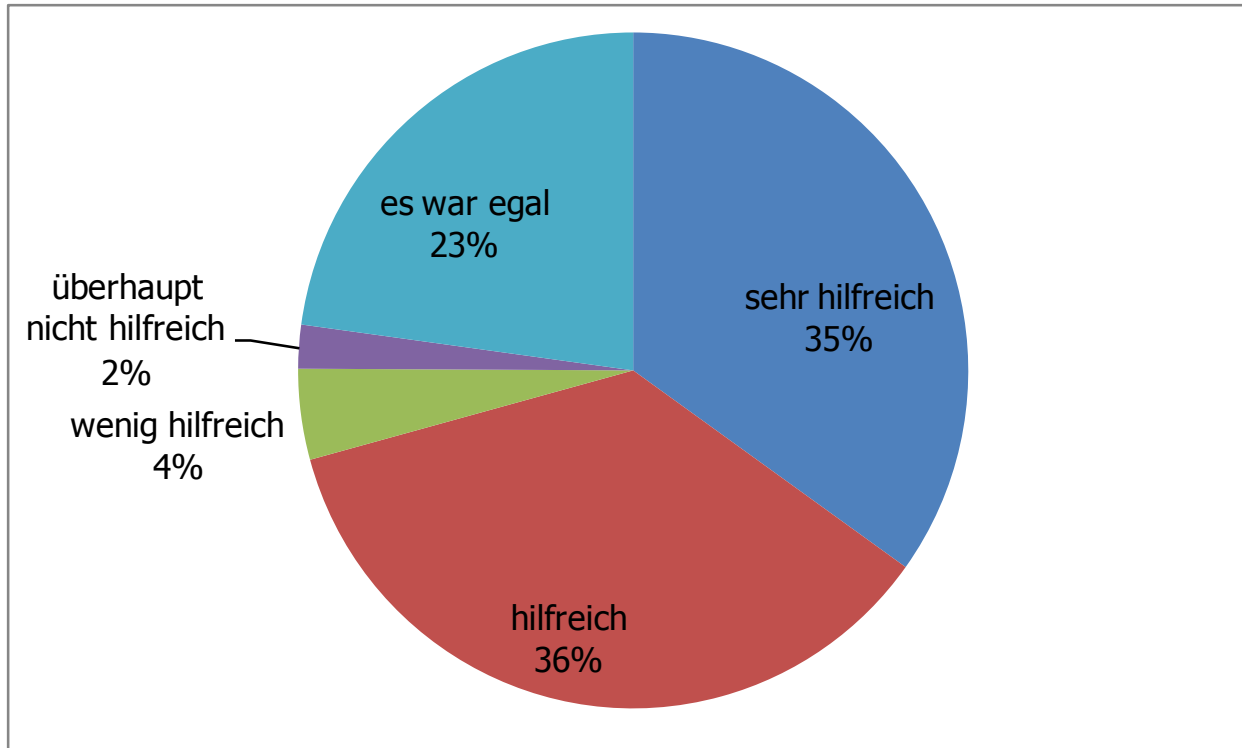
**Abbildung 11: Häufigkeit und Dauer der nachgeburtlichen Gespräche über die Geburt durch Hebammen nach Entbindungsart der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Beim Vergleich des Stattfindens und der Dauer eines nachgeburtlichen Gesprächs durch Hebammen und Ärztinnen für Frauen mit einer Erst- oder Mehrfachgeburt gibt es für die Ärztinnen einen paradoxen, allerdings nur fast signifikanten Unterschied (\*): Von den Frauen mit einer Erstgeburt, also Frauen mit einem wahrscheinlich hohem Gesprächsbedarf über das Geburtsgeschehen, hatten 55,2 % kein Gespräch mit ihrer Ärztin, während dies bei den geburtserfahrenen Frauen „nur“ bei 46,8 % der Fall war.

Weder eine Risikoschwangerschaft noch attestierte Schwangerschaftsrisiken wirkten sich bei Ärztinnen oder Hebammen signifikant auf das Gesprächsverhalten aus. Da aber Hebammen zumindest bei den Frauen mit im Laufe der Schwangerschaft auftretenden Risiken deutlich häufiger ein Gespräch führen und dann auch sichtbar längere, kann als Zeichen dafür bewertet werden, dass sie derartige Risiken und die Kommunikation mit diesen Frauen ernster nehmen als Ärztinnen. Konkret bedeutet dies, dass Hebammen mit 61,9 % der betreffenden Frauen ein Gespräch nach der Geburt führen (Ärztinnen 51,8 %) und dann auch mit 37,1 % von ihnen länger als 10 Minuten sprachen (Ärztinnen 24,5 %).

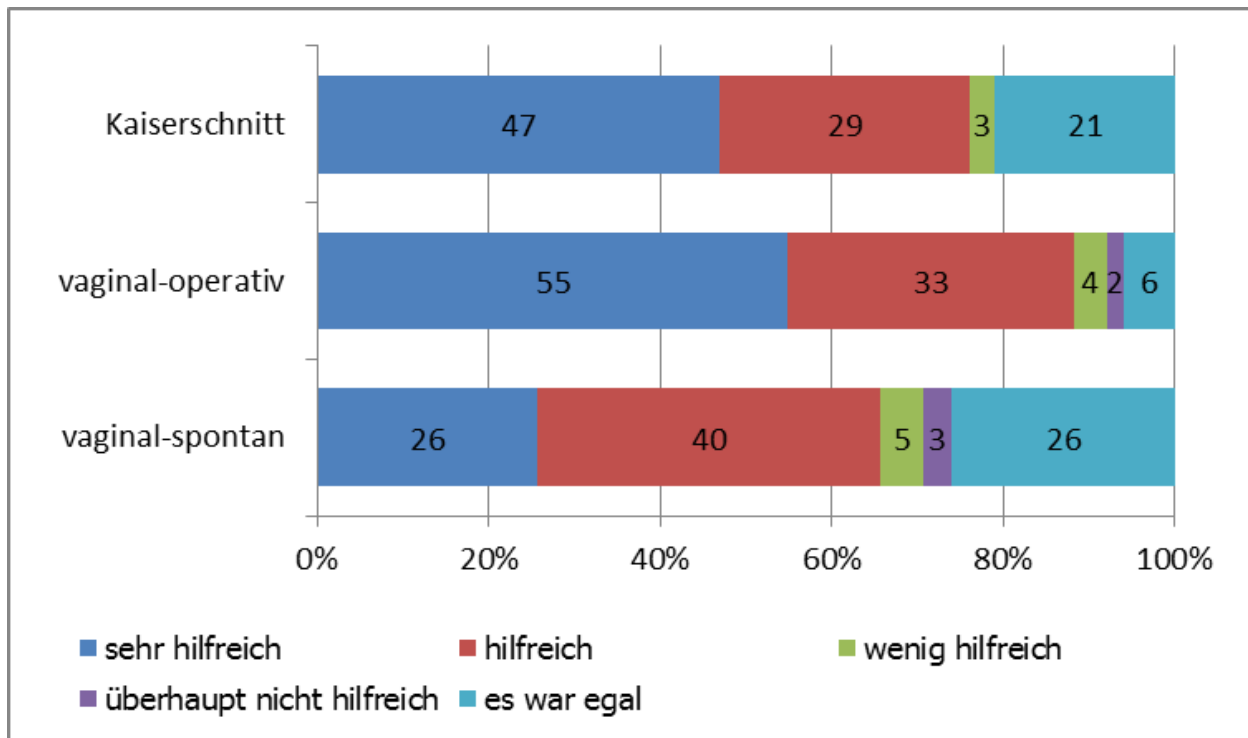


Ob ein solches Gespräch mit den bei ihrer Entbindung anwesenden Ärztinnen und Hebammen für die Mütter überhaupt wichtig oder hilfreich gewesen wäre, konnten die Befragten in einer weiteren Frage beantworten. 71,0 % aller Frauen hätten diese Gespräche für mehr oder weniger hilfreich gehalten, 6,0 % bezweifeln ausdrücklich, ob dies hilfreich gewesen wäre und für 23,0 % war es „egal“.



**Abbildung 12: Wie wichtig/hilfreich wäre es gewesen nach der Geburt mit einer Ärztin oder Hebamme, die bei der Geburt dabei gewesen ist, über die Geburt zu sprechen? (n=622) der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Wie von uns bereits weiter oben angenommen, gibt es hinsichtlich eines Gesprächsbedarfs erhebliche und wie die Abbildung 13 zeigt hochsignifikante (\*\*\*) Unterschiede zwischen den Befragten. Der Anteil der Frauen, die ein Gespräch sehr hilfreich oder hilfreich gefunden hätte, steigt bei denjenigen mit einer Saugglocken- oder Zangenentbindung auf 88,0 %, liegt bei denjenigen mit einer Kaiserschnitt-Entbindung mit 76,0 % immer noch über dem Durchschnitt und schließlich bei den Frauen, die spontan gebären mit 66,0 % etwas unter dem Durchschnittswert.



**Abbildung 13: Bewertung der Wichtigkeit eines nachgeburtlichen Gesprächs mit Hebamme und Ärztin nach Entbindungsart der in der hkk versicherten Mütter 2014 (Signifikanztest Chi<sup>2</sup>)**

Die Bewertung der Wichtigkeit dieses Gesprächs unterscheidet sich bei keinem der bereits mehrfach untersuchten Faktoren des Schwangerschaftsgeschehens und persönlichen Merkmale der Befragten signifikant.

### **Betreuung durch Hebammen während der stationären Geburt**

Mehrere Fragen erlaubten den Müttern genauer anzugeben, ob ihre Betreuung während der Geburt durch eine oder mehrere Hebammen erfolgte und wie sie die Betreuung durch mehrere Hebammen empfanden.

Für 43,4 % der Befragten war ein und dieselbe Hebamme die ganze Zeit zuständig, 47,1 % der Befragten sagten explizit, ihre Hebamme habe einmal oder mehrmals gewechselt. Wenn es einen Hebammenwechsel gab, waren bei rund zwei Drittel der Gebärenden zwei oder drei Hebammen beteiligt. Bei fast 20 % der Gebärenden mit Hebammenwechsel waren aber auch noch vier oder fünf Hebammen zuständig. Diesen ein- oder mehrmaligen Wechsel empfanden 23,3 % der Frauen mit solchen Erfahrungen angenehm, 28,6 % störend und der relativen Mehrheit von 48,1 % war es egal. Mit einer Beleghebamme sind lediglich 7,2 % der Befragten in die Klinik gekommen.<sup>11</sup> Signifikant überdurchschnittlich nutzen dies Mütter mit Hauptschulabschluss sowie jene Frauen, die eine vaginal-operative oder Kaiserschnittgeburt hatten.

<sup>11</sup> Laut AQUA (2014) sind 11,2 % der an Geburten beteiligten Hebammen Beleghebammen.

Weitere signifikante Unterschiede gibt es bei der Anzahl der Hebammen bei den drei unterschiedlichen Entbindungsarten. Bei Gebärenden mit einer Spontangeburt ist der Anteil der durch eine Hebamme betreuten Befragten signifikant (\*) höher als der der durch mehrere Hebammen betreuten Mütter. Bei Gebärenden mit einer Saugglocken-/Zangengeburt oder einem Kaiserschnitt sind signifikant häufiger mehrere Hebammen beteiligt. Über die Ursachen geben die Daten zwar keine Auskunft, sie dürften aber mit der Länge des Gebärens zusammenhängen.

Betrachtet man fünf abgefragte Indikatoren für die Qualität der und Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Geburt, gibt es folgende Zusammenhänge:

- Gemessen an ihren Erwartungen sind signifikant (\*\*\*) mehr Frauen (66,8 %), die durch eine Hebamme kontinuierlich betreut wurden, mit deren Betreuung „sehr zufrieden“ als Frauen, die durch mehrere Hebammen betreut wurden (44,8 %).
- Bei den Frauen, die ihr Kind mit einem Kaiserschnitt auf die Welt bringen, fühlen sich signifikant (\*) mehr, die dabei von einer Hebamme betreut wurden (32,4 %), „sehr gut informiert“ über den Ablauf dieser Entbindung als jene, die dabei von mehreren Hebammen unterstützt wurden (17,7 %).
- Knapp unter der Signifikanzgrenze ( $p=0.067$ ) liegen dagegen die Unterschiede der Informationsqualität, wenn es um Informationen über die Folgen der Kaiserschnittentbindung geht. Absolut halten sich hier 31,9 % der Mütter mit einer Hebamme „sehr gut informiert“ und 17,5 % der Mütter mit mehreren Hebammen.
- Bei dem wichtigen Qualitätsaspekt des Gespräches nach der Geburt unterscheiden sich die Anteile der Mütter, die kein Gespräch oder eines zwischen einer und mehr als 30 Minuten hatten nicht signifikant. Wenn eine Hebamme kontinuierlich betreute, erhielten 44,8 % der so betreuten Frauen kein Gespräch, bei Frauen mit mehreren Hebammen waren es 47,5 %.

### Information über das Krankenhaus in dem die Geburt erfolgte

Auf die Frage, wie sie sich vor der Geburt, also in einer relativ langen und klar begrenzten Phase, über verschiedene Krankenhäuser informiert haben, antworteten 42,0 % der Mütter, sie hätten vorab keine Informationen gesucht. Diejenigen, die sich aber informiert hatten, machten dies mehrheitlich per Augenschein, dann mittels verschiedener schriftlicher Informationen und dann erst durch Gespräche mit Gynäkologinnen und Hebammen.

**Tabelle 3: Informationsstand und -arten über Kliniken vor der Geburt (Mehrfachantworten möglich) der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Haben Sie sich vor der Geburt über verschiedene Kliniken informiert?	
ja, durch schriftliche Informationen (z.B. Klinikbroschüre, Internet)	27,8 %
ja, durch Gespräche mit einer Gynäkologin	16,4 %
ja, durch Gespräche mit Hebamme	18,7 %
ja, vorher mehrere Kliniken angesehen	30,7 %
nein	42,0 %

Beim Informationsverhalten der Befragten gibt es einen hochsignifikanten (\*\*\*) Unterschied:

Während sich 69,7 % der Frauen mit einer Erstgeburt in einer der genannten Weisen über Kliniken informiert hatten, machten dies unter den Frauen, die zum wiederholten Male ein Kind geboren hatten, 43,6 %.

### Anwesenheit von weiteren Personen

Bei 94,4 % der Befragten war neben den professionellen Helfern oder Behandlern eine weitere Person anwesend.

Dies war in den allermeisten Fällen, d.h. bei 576 der Mütter, der Partner, am zweithäufigsten waren die Mutter oder eine ältere Verwandte bei der Geburt anwesend (n=40) und erst dann waren es weitere verwandte oder befreundete Personen.

Abgesehen von der heterogenen Gruppe der anderen Personen, empfanden zwischen 95 % und 100 % der Befragten die Anwesenheit des Partners oder einer Freundin als sehr oder zumindest eher hilfreich.

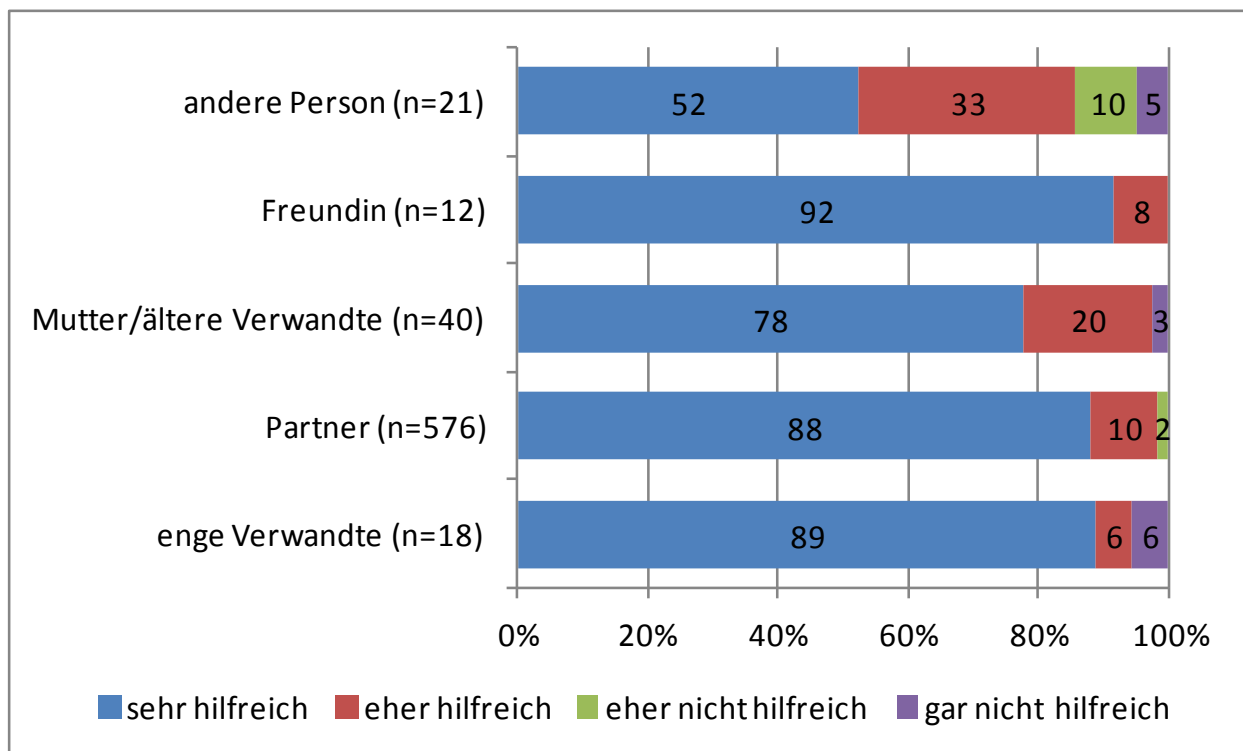


Abbildung 14: Anzahl der anwesenden nichtprofessionellen Personen und Bewertung der Anwesenheit der in der hkk versicherten Mütter 2014

### Wünsche zur Verbesserung der Betreuung während der Schwangerschaft und während der Geburt

Zur Ergänzung oder Vertiefung der durch standardisierte Fragen gewonnenen Einblicke in das Geschehen während der Schwangerschaft sowie unter und nach der Geburt, konnten die Befragten noch Wünsche zur Betreuung während der Schwangerschaft und unter der Geburt im Rahmen einer offenen Frage äußern. Von dieser Möglichkeit machte rund die Hälfte der Befragten Gebrauch und lieferte 310 erfassbare Antworten zur Schwangerschaft und 374 erfassbare Antworten zu ihren Wünschen zur Betreuung unter der Geburt. Die insgesamt 684 einzelnen Antworten (Mehrfachantworten waren möglich und wurden rege genutzt) lassen sich in 8 inhaltlich relativ homogene Sachbereiche zusammenfassen. Die Wünsche enthalten neben reinen Wünschen auch noch kritische Anmerkungen zum Verhalten der professionellen HelferInnen vor und während der Geburt.

**Tabelle 4: Quantitative und qualitative Übersicht über die Antworten auf offene Fragen zu Wünschen während der Schwangerschaft und unter der Geburt der in der hkk versicherten Mütter 2014**

Sachbereich	Beispiele	Anzahl der Wünsche	
		während Schwangerschaft (310)	unter der Geburt (374)
Hebammen	mehr Hebammen, mehr Zeit mit Hebammen, eine Hebamme - keine Hebammen- schülerin, ständige Anwesenheit oder Kritik an Schichtwechsel während der Geburt, gesprächigere Hebammen, möglichst keine negative Bewertung von Hebammen durch Gynäkologen, bessere Nachsorge durch Hebammen, mehr Geburtshäuser, 1:1-Verhältnis, Hebamme soll mehr nachfragen	63	172
Ultraschall	mehr oder häufiger Ultraschall, anderer Ultraschall (3D), volle Kostenübernahme durch Krankenkasse	71	7
Personal insgesamt	mehr Personal, bessere Präsenz, kein Personalwechsel	38	1
Gespräche/ Zuwendung	mehr oder überhaupt Empathie,	50	101
Informationen	Sofort-Info nach Beginn der Schwangerschaft, Erklärung Mutterpass, Erhalt sonstiger Leistungen (Haushaltshilfe)	31	12
Wartezeiten	in Praxen und im Krankenhaus	21	-
diverse Leistungen	Wassergymnastik, Haushaltshilfe, keine Zuzahlungen, volle Kostenübernahme durch Krankenkasse, häufigere Untersuchungen	23	-
diverse Umstände der Geburt	Umgang mit Schmerzen, separate „Schreiräume“, kleinere Räume	-	72
restliche Wünsche (z.B. vereinzelt Kritik an der hkk oder generelle Kritik an der Behandlung im Krankenhaus)		13	9

### 3. Ergebnisdiskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Befragung zeigen relevante Aspekte des Versorgungssystems auf und bieten Ansatzpunkte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt.

So ist zunächst einmal bemerkenswert, dass die Hälfte der Schwangeren vorgeburtlich zur Vorsorge ausschließlich eine Gynäkologin aufsucht, ein weiteres Viertel geht überwiegend zu dieser Facharztgruppe. Dies ist insofern erstaunlich, als dass eine gemeinsame Betreuung durch Frauenärzte und Hebammen oder auch eine schwerpunktmäßige Betreuung durch Hebammen rechtlich durchaus vorgesehen ist, aber offenbar nur selten in der Praxis umgesetzt wird. Dies hat nicht zuletzt seinen Grund darin, dass eine gemeinsame Betreuung nicht nur ungeübte Praxis ist, sondern auch durch Unsicherheiten in den Abrechnungsmodalitäten erschwert wird.

Die Zuständigkeit für die Betreuung ist noch immer ein Anlass für Kontroversen zwischen den Berufsgruppen, die auch nach Revision der Mutterschaftsrichtlinien noch existieren. Für schwangere Frauen ist es zudem selbstverständlich, dass Gynäkologinnen die Hauptanlaufstelle bei einer Schwangerschaft sind; Hebammen werden allenfalls als ergänzende Betreuungsoption wahrgenommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Frauen mit dem zweiten oder dritten Kind schwanger sind und somit bereits Erfahrungen mit dieser Lebensphase haben. Nimmt man die nicht in jedem Detail übertragbaren Ergebnisse internationaler Studien ernst, die zeigen, dass sich die Betreuungsqualität von Hebammen und Gynäkologinnen bei unproblematischen Schwangerschaften nicht unterscheidet, Frauen aber mit der Betreuung durch Hebammen zufriedener und geburtshilfliche Interventionen seltener notwendig sind (Villar et al., 2001), so wäre zu fragen, ob Betreuungsangebote durch Hebammen nicht stärker bekannt gemacht und Vorteile klarer herausgestellt werden sollten - unter Berücksichtigung der individuellen Schwangerschaftsrisiken.

Perspektivisch wäre die Umsetzung eines Betreuungsmodells zu prüfen, das stärker zwischen Risikoschwangerschaften und Schwangerschaften ohne Risiken differenziert. Allerdings ist hier auch damit zu rechnen, dass eine weniger engmaschige Betreuung von risikoarmen Schwangeren nicht unbedingt deren Bedürfnisse trifft - zumindest dann, solange die Betreuung in der Schwangerschaft derzeit noch stark von der ärztlichen Berufsgruppe dominiert wird.

Auf die offene Frage, was sich Frauen zur Verbesserung der Betreuung in der Schwangerschaft wünschen, wird erstaunlich oft der Wunsch nach mehr Untersuchungen (insbesondere Ultraschall) genannt - ein Hinweis darauf, dass der oft technikorientierten Betreuung durch Ärztinnen und Ärzten ein hoher Stellenwert für das situationsbedingt extrem hohe Bedürfnis nach Sicherheit für das Kind und sich selbst zukommt.

Für Schwangere in Deutschland ist die Vorsorge durch Fachärztinnen selbstverständlich. Sie wünschen sich nicht nur mehr Untersuchungen, die durch die gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden (vermutlich, weil zahlreiche Frauen zusätzliche Ultraschalluntersuchungen als „Individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) aus eigener Tasche finanzieren), sondern auch mehr weitere, kostenlose Untersuchungen, kürzere Wartezeiten in der Arztpraxis und mehr Zeit beim Gynäkologen oder der Gynäkologin. Nur wenige Frauen nehmen an dieser Stelle Bezug auf die Berufsgruppe der Hebammen - auch dies ist ein Hinweis auf den derzeit noch zentralen Stellenwert der ärztlichen Profession.

Hier wäre zu prüfen, ob eine Stärkung der hebammengestützten Schwangerenversorgung, die Informations- und Betreuungsbedürfnisse von Frauen nicht ebenso gut tift. Derzeit sind - so lassen sich die Ergebnisse deuten - noch viele Frauen zu wenig darüber informiert, dass auch Hebammen die Schwangerenvorsorge übernehmen können.

Insgesamt ist die Zufriedenheit mit der Betreuung hoch. Dies gilt gleichermaßen für die Betreuung durch Gynäkologinnen und Hebammen, auch wenn die Zufriedenheitswerte für die Berufsgruppe der Gynäkologinnen tendenziell höher ausfallen. Über die Gründe für die etwas geringere Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen bei einer Kaiserschnittgeburt (die sich ja auf die Betreuung in der Schwangerschaft bezog), lässt sich nur spekulieren. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass die Entscheidung für einen Kaiserschnitt bereits vor Einsetzen der Wehen fiel (primäre Sectio), schwangere Frauen sich dann aber bei Fragen rund um die Geburt von einer Hebamme nicht gut beraten fühlten oder die Sorge hatten, von dieser in der Entscheidung verunsichert zu werden.

Ein Fragenkomplex bezog sich auf die Schwangerschaftsrisiken, die im Mutterpass dokumentiert wurden. Bei 20 % der befragten Frauen wurde die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft deklariert, bei weitaus mehr wurden einzelne anamnestiche oder während der Schwangerschaft auftretende Risiken attestiert. Die Studie zeigt, dass diese Einstufung kaum Auswirkungen auf das Schwangerschaftserleben der betroffenen Mütter hat. In der psychologischen Literatur zum Schwangerschaftserleben wird immer wieder die These formuliert, Frauen fühlten sich durch die Risikoorientierung in der Schwangerschaftsbetreuung verunsichert und seien so in ihrem Erleben der Schwangerschaft getrübt. Die vorliegende Studie legt den Schluss nahe, dass dies nur teilweise der Fall ist.

Etwa ein Viertel der Frauen gibt an, durch die Attestierung von Risikofaktoren nicht verunsichert gewesen zu sein. Dieser Befund kann unterschiedlich gedeutet werden. Möglicherweise sind Frauen in der Lage, die Angabe der Risiken zu relativieren (auch weil mittlerweile breit kommuniziert wurde, dass z.B. ein Alter über 35 Jahren als Risikofaktor von mäßiger Bedeutung ist). Oder sie fühlen sich so gut betreut, dass sie sich darauf verlassen, dass mögliche Risiken medizinisch gut kontrolliert und Komplikationen früh behandelt werden.

Ein besonderes Augenmerk der Studie gilt den Kaiserschnitten. Dieser Geburtsmodus hat in Deutschland in den vergangenen Jahren, wie in allen westeuropäischen Ländern, an Bedeutung gewonnen. Die in der Studie ermittelte Kaiserschnitttrate ist mit 31 % mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar. Interessant ist der Befund, dass die Kaiserschnitttraten weder mit dem Alter noch mit dem Bildungsabschluss signifikant variieren.

Lediglich die Parität, d.h. die Anzahl der individuellen Geburten hat einen Einfluss:

Frauen, die bereits ein Kind geboren haben, haben seltener einen Kaiserschnitt als Frauen, die erstmals ein Kind gebären. Auch das Verhältnis von primären zu sekundären Sectiones entspricht in der Studie in etwa den bundesdeutschen Daten. Bei etwas mehr als der Hälfte der Befragten fiel die Entscheidung vor Einsetzen der Wehen, mitunter (bei einem guten Drittel) bereits deutlich vor der Geburt.

Alarmierend sind die Ergebnisse zur Informiertheit über den Ablauf eines Kaiserschnitts: Jede zehnte Frau, bei der die Entscheidung vor Einsetzen der Wehen fiel, fühlte sich nicht über den Ablauf informiert. Bei den Frauen mit einer sekundären Sectio betrifft dies sogar jede achte Frau. Der Informationsgrad über Ablauf und Folgen liegt lediglich im mittleren Bereich; Ärztinnen und Ärzte schneiden hier etwas besser ab als Hebammen. Hier deutet sich ein noch nicht behobenes Informationsdefizit an, das bereits in einer früheren Studie (Lutz & Kolip, 2006) moniert wurde.

Von besonderer Bedeutung für die Versorgungspraxis sind die Angaben der befragten Frauen zu postpartalen Gesprächen mit einer Fachperson, die bei der Geburt dabei war. Bei der Geburt handelt es sich um ein einschneidendes Erlebnis, das sich überwiegend nicht rational verfolgen lässt. Frauen erleben eine existenzielle Phase in einer in der Regel unvertrauten Umgebung. So ist es nur nachvollziehbar, dass Frauen den Wunsch haben, nach der Geburt über das Erlebte zu sprechen und das Erleben mit einer Außenperspektive abgleichen zu können - dies gilt insbesondere dann, wenn ungewöhnliche oder beunruhigende Ereignisse die Geburt prägten (z.B. bei einer Geburt mit Saugglocke). Mehr als die Hälfte der Frauen war mindestens drei Tage im Krankenhaus - eigentlich genügend Zeit für ein Gespräch mit einer professionellen Person, die bei der Geburt dabei war. Dass ein solches Gespräch auf Interesse stößt, zeigen die Antworten auf die Frage, ob ein nachgeburtliches Gespräch als hilfreich eingeschätzt würde:

Mehr als zwei Drittel der befragten Frauen bejahen dieses; wenn es sich um einen Kaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburt handelt, sind es sogar 76 % bzw. 88 %. De facto werden solche Gespräche aber nur selten geführt:

Etwa die Hälfte der Frauen hatte kein Gespräch mit der Geburtshebamme oder der Geburtsmedizinerin/dem Geburtsmediziner. Wenn Gespräche stattfanden, waren sie in der Regel nur von kurzer Dauer. Sicherlich sind die nichtprofessionellen Begleitpersonen (z.B. der Partner) hier wichtige Gesprächspartner, aber auch sie sind in einer ungewöhnlichen Situation und können die professionelle Sichtweise und Reflektion nicht ersetzen. Es sei deshalb dringend empfohlen, dem Wochenbett stärkere Aufmerksamkeit zu schenken und postpartale Gesprächsangebote unabhängig von der Länge des Krankenhausaufenthaltes zu machen.

Abschließend sei noch auf die Auswertung der offenen Frage zur Verbesserung der Begleitung unter der Geburt hingewiesen. Aus den Antworten lässt sich die Personalsituation in den Kreißsälen herauslesen. Am häufigsten wünschen sich Frauen eine bessere Personalsituation, eine kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme, weniger Hektik und Zeitnot. Diese Antworten sprechen eine deutliche Sprache. Die auch aus fachwissenschaftlicher Perspektive immer wieder dokumentierte Sinnhaftigkeit einer kontinuierlichen Betreuung im Kreißsaal, die nachgewiesenermaßen zu weniger geburtshilflichen Interventionen und niedrigeren Kaiserschnitttraten führt, wird auch von den Frauen gewünscht. Hier wäre auch aus fachwissenschaftlicher Perspektive ein Umsteuern gewünscht. Versorgungsmodelle wie der Hebammenkreißsaal haben auch in Deutschland ihre Bewährungsprobe bestanden und verdienen weitere Verbreitung und politische Unterstützung.



## Literatur

AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2013 - 16/1 – Geburtshilfe. Göttingen: AQUA

Bauer, N.H. (2011). Der Hebammenkreißaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Göttingen

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014). Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“, 29.4.2014. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht\\_IMAG-Gesamt.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf)

Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., Risher, P. (2002). Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association

Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S. (2006). Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York

Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., Herrlich, A. (2006). Listening to mothers III: Pregnancy and Birth. Report of the third national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (2013). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Hochschule Osnabrück. Verfügbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/43268.html>

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2011). Mutterpass. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/83-691-259/RL\\_Mutter\\_An13-2011-02-03.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/83-691-259/RL_Mutter_An13-2011-02-03.pdf)

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2014). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). In der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 24. April 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.06.2014 B3 in Kraft getreten am 28. Juni 2014

Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Verfügbar unter: <https://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Villar, J. (1998). Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 12: 7–26

Kolip, P. (2009). Kriterien für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung. In K. Mozygemba et al. (Hg.), Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? (S.129-138). Bern

Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.) (2010). Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim

Kolip, P., Nolting, H.-D., Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh

Lutz, U., Kolip, P. (2006). Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. St. Augustin

Makowsky, K., Schücking, B. (Hg.) (2013). Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim

Sandall, J., Soltani H., Gates S., Shennan, A., Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8

Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kolip, P., Schücking, B., Bauer, N., Ellerbrock, B., Kehrbach, A., Rahden, O. von, Siebe, A. (2005). Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Pflege & Gesellschaft, 10, 3-16

Statistisches Bundesamt (2014). Krankenhausentbindungen 2013. Abrufbar unter: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) [24.9.2014]

Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G.G.P., Gülmezoglu, A.M. (2001). Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4

WHO (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Abrufbar unter: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)

Zok, K. (2013). Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. Wido Monitor, (1) 10, 1-8

## Anhang

### Kurzüberblick zum Geburtsgeschehen bei hkk-Versicherten 2008 bis 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Postpartale Routineversorgung des Neugeborenen (OPS 92620)	2348	2207	2249	2457	2454	2508
spezielle Versorgung Risiko-neugeborenes (OPS 92621)	614	607	689	731	838	804
<b>Summe stationär geborene Kinder</b>	<b>2962</b>	<b>2814</b>	<b>2938</b>	<b>3188</b>	<b>3292</b>	<b>3312</b>
Überwachung/Leitung normaler Geburt (OPS 9260) ohne Operationen	982	926	986	1042	1097	1241
Überwachung/Leitung Risikogeburt (OPS 9261) ohne Operationen	613	598	653	855	862	741
Überwachung/Leitung Geburt n.n.bez. (OPS 9268) ohne Operationen	4	4	5	8	11	3
Entbindung aus Beckenendlage/instrumentelle Entbindung (OPS 572*)	145	155	171	176	222	224
andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt (OPS 573*)	739	686	684	736	782	765
darunter: Episiotomie (OPS 5738*)	540	485	443	458	473	518
darunter: künstliche Fruchtblasensprengung (OPS 5730*)	257	256	288	346	369	300

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primärer KS (OPS 57400)	197	223	193	178	213	196
sekundärer KS (OPS 57401)	156	159	185	167	180	164
KS suprazervikal und corporal (5741*)	86	44	30	48	60	43
primärer Misgav-Ladach-KS (OPS 574910)	312	285	297	324	311	321
sekundärer Misgav-Ladach-KS (OPS 574911)	279	276	337	375	407	402
<b>Summe KS</b>	<b>1030</b>	<b>987</b>	<b>1042</b>	<b>1092</b>	<b>1171</b>	<b>1126</b>
darunter: Resection (OPS 57490)	272	272	257	313	320	293
<b>Anteil KS an allen stationären Geburten</b>	<b>34,8%</b>	<b>35,1%</b>	<b>35,5%</b>	<b>34,3%</b>	<b>35,6%</b>	<b>34%</b>
andere geburtshilfliche Operationen (OPS 575*)	1043	976	1062	1182	1233	1255
absolute Anzahl der in der hkk versicherten Frauen im Alter zwischen 16 und 45 Jahren (gebärfähiges Alter)	76510	74925	80069	81760	82266	81975
Versichertenjahre (VJ) der in der hkk versicherten Frauen im Alter zwischen 16 und 45 Jahren (gebärfähiges Alter)	64340	63552	65334	68207	69456	69061
stationäre Geburten je 1.000 VJ	46	44,3	45	46,7	47,4	48
Kaiserschnitt je 1.000 VJ	16	15,5	15,9	16	16,9	16,3
OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin; KS = Kaiserschnitt						

## Impressum

**Herausgeber:**

hkk Erste Gesundheit.  
Martinistraße 26, 28195 Bremen  
Tel. 0421 3655-0, Fax 0421 3655-3700  
info@hkk.de

**Wissenschaftliche Leitung:**

Dr. Bernard Braun, Tel. und Fax 0421 5976896  
Bremer Institut für Arbeitsschutz und  
Gesundheitsförderung (BIAG)  
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen  
info@biag-forschung.de,  
biag-forschung.de

Prof. Dr. Petra Kolip, Tel. 0521 10667273  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften/AG 4  
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld  
petra.kolip@uni-bielefeld.de

**Projektleitung und Redaktion:**

hkk Erste Gesundheit.  
Anna Dietrich, Tel. 0421 3655-3041  
anna.dietrich@hkk.de  
Holm Ay, Tel. 0421 3655-1000  
holm.ay@hkk.de

Veröffentlicht im November 2014