



Kaiserschnitt – ein Einschnitt in das Leben einer Frau

**Eine Erhebung inwieweit das aktuelle
Betreuungsangebot der Professionistinnen und
Professionisten im Einklang mit den individuellen
Bedürfnissen der betroffenen Frauen steht.**

Angelika Bednar, DSA

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Mai 2009

Erstbegutachterin:
Dr. Sylvia Supper

Zweitbegutachterin:
MMag. Andrea Rogy

Executive Summary

Angelika Bednar

Kaiserschnitt – ein Einschnitt in das Leben einer Frau

Eine Erhebung inwieweit das aktuelle Betreuungsangebot der Professionistinnen und Professionisten im Einklang mit den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Frauen steht.

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im Mai 2009

Die Diplomarbeit thematisiert die Geburtsmethode Kaiserschnitt, die in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen hat. Erhoben wird, welche unterstützenden Angebote bereits in der Abteilung für Geburtshilfe sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Bereich zur Vorbereitung und Bearbeitung dieser Extremsituation bereitgestellt werden. Weiters wird untersucht, inwieweit diese Angebote die Bedürfnisse der betroffenen Frauen erfüllen, beziehungsweise welche Wünsche bisher noch nicht abgedeckt werden. Ein weiteres Ziel liegt in der Auseinandersetzung mit der Berufsgruppe der Sozialarbeit und einem Ausblick hinsichtlich einer intensiveren Betreuung der Frauen mit einem Kaiserschnitt.

Wissenschaftliche Studien, eine intensive Literatur- und Internetrecherche und die Einbeziehung von Ratgeberliteratur dienten im ersten Teil der Arbeit einer Annäherung zum Thema Kaiserschnitt. Im theoretischen Teil wurden zum besseren Verständnis die geschichtliche Entwicklung der Methode Kaiserschnitt, medizinische Grundlagen und Indikationen beschrieben. Auf die Darstellung von Vorteilen und Risiken dieser Geburtsmethode für die Frauen und ihre ungeborenen Kinder wurde größter Wert gelegt.

Um die Forschungsfragen empirisch zu bearbeiten, wurden die Methoden der Expertinnen- und Experteninterviews für das interdisziplinäre Team einer Abteilung für Geburtshilfe und Narrative Interviews für die betroffenen Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, gewählt. Nach der Auswertung werden die inhaltlichen Schwerpunkte beider Interviewgruppen gegenüber gestellt, analysiert und interpretiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine äußerst breite Angebotspalette für interessierte schwangere Frauen zur Vorbereitung anbieten und sich auf Wunsch außerhalb des Aufklärungsgesprächs Zeit für Einzelgespräche nehmen. Es ist

auffallend, dass der medizinische Teil im Mittelpunkt steht, allerdings die emotionale Vorbereitung und Nachbetreuung unzureichende Aufmerksamkeit findet. Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass schwangere Frauen häufig zuviel an Information hinsichtlich Geburtskomplikationen ablehnen mit der Begründung eine übertriebene Sorge um die Gesundheit aller Beteiligten zu entwickeln. Diese Tatsache wird den Frauen erst nach der Durchführung ihres Kaiserschnitts bewusst. Eine weitaus größere Gelassenheit wird von Frauen mit einem geplanten Kaiserschnitt erlebt.

Die Untersuchung ergab weiters, dass die Tätigkeitsbereiche der Sozialarbeit und der Psychologie auszuweiten sind. Es werden Überlegungen angestellt, mit welchen Maßnahmen die Sozialarbeit verstärkt auf sich aufmerksam machen und in welchen Bereichen ihr Fachwissen involviert werden könnte.

Die Zusammenarbeit von medizinischem Fachpersonal und psychosozialen Berufsgruppen muss noch weiter intensiviert werden, um eine ganzheitliche Betreuung der Frauen sicherzustellen.

Cesarean section – An extremely difficult time in a woman´s life

An empirical survey concerning the support from the health professions and the needs of the women.

This thesis examines the cesarean section which has become more popular over the last years. The key focus of the analysis is what kind of supporting services do presently exist at the maternity ward for women who need help to handle their experiences. Additionally it researches if the needs of the women with a cesarean section get fulfilled with the services of the ward and what wishes are open. At least there is a critical examination of the role of the social workers.

The first part of this work is based on a research on scientific studies, scientific literature, guides for birth and on internet to approach the topic cesarean section from different points of view. It should help to come into contact with the historical development, basic medical facts and health disorders. The main focus is on the advantages and risks of the women and the unborn children.

The empirical qualitative research is based on interviews. Employees of a maternity ward were interviewed as experts, women who experienced cesarean sections were asked to give narrative interviews. The results of the interviews with both groups are presented, analysed, and compared.

The outcome shows that the hospital staff provides a lot of services for pregnant women. On the one hand they offer courses and on the other hand they take time for individual talks with the women. The medical care is the most important issue. The mental stress before, during and after the operation are neglected. It is very interesting that the women do not want to know all about complications that may occur when giving birth. Nevertheless after the surgery they regret their opinion. Women who have planned their cesarean section are much more confident than women who have an unexpected surgery.

The study shows that the field of work of the social workers and the psychologists have to be enlarged. The most important thing is to make the already existing services more known to the target group of pregnant women. It is recommendable to intensify the cooperation between the medical staff and the social workers in order to offer a higher quality of service.

Für Michael und Patricia

VORWORT

Die Kaiserschnitt-Geburt meiner Tochter war Juli 2006. Diese Erfahrung zeigte mir, dass ein breites Netzwerk notwendig ist, um neben der Verarbeitung der psychischen Belastung auch die Bewältigung des Alltags sicher zu stellen. Seit damals beschäftigen mich verschiedene Fragen, wie zum Beispiel, ob ich den Geburtsort nach richtigen Kriterien ausgewählt habe oder welches Setting meinem Lebensgefährten und mir geholfen hätte, mit dieser Ausnahmesituation leichter zurechtzukommen, welche Informationen wir gebraucht hätten, um zu verstehen, warum eine derart rasche ärztliche Intervention unumgänglich war und welche Berufsgruppe wofür zuständig war.

Ich möchte mich herzlich bedanken...

... bei Dr. Sylvia Supper, die mir bei der Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand und mich bei der inhaltlichen Aufarbeitung der Interviews unterstützte.

... bei Prim. Univ.- Doz. Dr. Michael Medl, Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Hanusch-Krankenhaus, der mir die Erlaubnis gab, die Expertinnen- und Experteninterviews auf seiner Station durchzuführen und trotz seiner eingeschränkten Zeitressourcen für die Klärung organisatorischer Angelegenheiten stets ein offenes Ohr hatte.

... bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Hanusch-Krankenhaus, die sich unvoreingenommen dazu bereit erklärten, mir im Rahmen von Expertinnen- und Experteninterviews alle meine Fragen zu beantworten und mir Informationsmaterial zur Verfügung stellten.

... bei den betroffenen Frauen, die sich sehr spontan, teilweise ohne mich vorher kennen gelernt zu haben, auf ein Interview mit mir einließen und mich an ihren äußerst persönlichen Erfahrungen ihrer Kaiserschnitt-Geburt Anteil nehmen ließen.

... bei meiner Mutter, die unermüdlich meine ausführlichen Interviews der Expertinnen und Experten und der betroffenen Frauen detailliert transkribierte.

... bei meiner Familie, die mich während dieser Zeit mit Babysitten unserer Tochter unterstützte und auch engagierte Korrekturleserinnen und Korrekturleser waren.

... bei meinem Lebensgefährten, der mir durch seine Unterstützung das Studium auf der Fachhochschule erst ermöglichte. Er ließ sich auf inhaltliche Diskussionen ein und unterstützte mich mental dabei, die Forschungsfrage nicht aus den Augen zu verlieren. Er motivierte mich in Zeiten der Stagnation weiterzumachen.

VIELEN DANK!

**„Bei der Geburt gibt es
keinen Erfolg und kein Versagen,
es gibt nur eine Frau,
die ein Kind zur Welt bringt.“**

Sheila Kitzinger

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	DIE ENTWICKLUNG DER KAISERSCHNITT-GEBURT	1
1.2	GLIEDERUNG DER ARBEIT	3
TEIL A THEORETISCHER TEIL		
2	EINFLUSSFAKTOREN.....	5
2.1	ÜBERLEGUNGEN DER ÄRZTESCHAFT	5
2.2	ÜBERLEGUNGEN DER WERDENDEN ELTERN	6
3	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN	10
3.1	INDIKATIONEN.....	10
3.1.1	Primäre Sectio	10
3.1.2	Sekundäre Sectio	11
3.1.3	Kaiserschnitt auf Verlangen	11
3.1.4	Sectiobereitschaft	12
3.2	ANÄSTHESIE	13
3.2.1	Periduralanästhesie	13
3.2.2	Intubationsnarkose.....	13
3.3	WEITERE BEGRIFFSDEFINITIONEN	14
3.4	RISIKEN UND AUSWIRKUNGEN	15
3.4.1	Für die Frau	15
3.4.2	Für das Kind	15
4	PSYCHOSOZIALE KOMponentEN	17
4.1	AUFKLÄRUNG UND INFORMATION	17
4.2	FEHLENDES GEBURTSERLEBNIS.....	17
4.3	VERARBEITUNGSPROZESS	18
4.4	MUTTER-KIND-BEZIEHUNG	19
TEIL B EMPIRISCHER TEIL		
5	FORSCHUNGSDESIGN.....	20

5.1	FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG.....	20
5.2	ERHEBUNG	20
5.2.1	Expertinnen- und Experteninterviews	20
5.2.1.1	<u>Wahl der Forschungsmethode</u>	22
5.2.1.2	<u>Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe</u>	22
5.2.1.3	<u>Interviewleitfaden und Durchführung der Interviews</u>	23
5.2.2	Narrative Interviews	25
5.2.2.1	<u>Wahl der Forschungsmethode</u>	26
5.2.2.2	<u>Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe</u>	26
5.2.2.3	<u>Durchführung der Interviews</u>	28
5.3	TRANSKRIPTION.....	29
5.4	AUSWERTUNG	29
6	DARSTELLUNG UND VERGLEICH DER ERGEBNISSE.....	32
6.1	PRÄSENTATION DER INTERVIEWPARTNERINNEN &-PARTNER.....	32
6.1.1	Das interdisziplinäre Team der Abteilung für Geburtshilfe	32
6.1.2	Vorstellung der Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrung	33
6.1.2.1	<u>Geburten-Anamnese</u>	34
6.1.3	Kategoriensystem	36
6.2	VORBEREITUNG AUF DIE GEBURT	36
6.2.1	Angebote zur Geburtsvorbereitung seitens der Abteilung für Geburtshilfe.....	36
6.2.1.1	<u>Stationsführungen</u>	37
6.2.1.2	<u>Geburtsvorbereitungskurs</u>	37
6.2.1.3	<u>Schwangerengymnastik</u>	39
6.2.1.4	<u>Stillinformation</u>	39
6.2.1.5	<u>Einzelgespräche im medizinischen Bereich</u>	39
6.2.1.6	<u>Einzelgespräche im psychosozialen Bereich</u>	40
6.2.1.6.1	Sozialarbeit	40
6.2.1.6.2	Psychologie.....	40
6.2.2	Geburtsvorbereitung der schwangeren Frauen	41
6.2.2.1	<u>Auswahl des Krankenhauses</u>	41
6.2.2.2	<u>Geburtsvorbereitung</u>	42
6.2.2.3	<u>Spezielle Vorbereitung auf eine Kaiserschnitt-Geburt</u>	43
6.2.3	Fazit	43
6.3	MEDIZINISCHE AUFKLÄRUNG BEI EINEM KAISERSCHNITT.....	46
6.3.1	Aufklärung seitens des Fachpersonals.....	46
6.3.1.1	<u>Mit der Fachärzteschaft</u>	46

6.3.1.2	<u>Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal</u>	47
6.3.1.3	<u>Mit den Hebammen</u>	48
6.3.2	Bewertung der Aufklärung seitens der Frauen	48
6.3.3	Fazit	48
6.4	ENTSCHEIDUNGSPROZESS ZUR KAISERSCHNITT- GEBURT	50
6.4.1	Indikationen seitens der Fachärzteschaft	50
6.4.2	Kaiserschnitt auf Verlangen	51
6.4.3	Indikationen seitens der betroffenen Frauen	52
6.4.4	Entscheidungsprozess – Selbstbestimmung der schwangeren Frauen?	53
6.4.5	Fazit	54
6.5	ERLEBEN DER OPERATIVEN GEBURTSBEENDIGUNG	55
6.5.1	Das Erleben der Operation seitens der betroffenen Frauen	55
6.5.2	Die Rolle des Partners	56
6.5.3	Hebamme	56
6.5.4	Fazit	57
6.6	AUSWIRKUNGEN DER KAISERSCHNITT- GEBURT UND DEREN VERARBEITUNG..	58
6.6.1	Schmerzempfindung aus der Sicht des Teams	58
6.6.2	Postoperative Beschwerden aus der Sicht der Frauen	59
6.6.3	Verarbeitung	60
6.6.4	Fazit	60
6.7	AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	61
6.7.1	Kontakt zum Neugeborenen	62
6.7.2	Stillen	62
6.7.3	Fazit	63
6.8	BEURTEILUNG DER BETREUUNG DURCH DAS FACHPERSONAL	64
6.8.1	Fachliche Betreuung auf der Wochenbettstation	64
6.8.2	Beurteilung der Wochenbettbetreuung	65
6.8.3	Fazit	66
7	ÜBERLEGUNGEN ZUR FUNKTION DER SOZIALARBEIT	67
8	RESÜMEE	70
9	SCHLUSSWORT	73
10	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	75
10.1	FACHLITERATUR	75

10.2	RATGEBERLITERATUR.....	77
10.3	INTERVIEWS	77
10.4	INTERNET	77
11	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	79
12	TABELLENVERZEICHNIS	80
	ANHANG A	81
	ANHANG B	83

1 EINLEITUNG

1.1 DIE ENTWICKLUNG DER KAISERSCHNITT-GEBURT

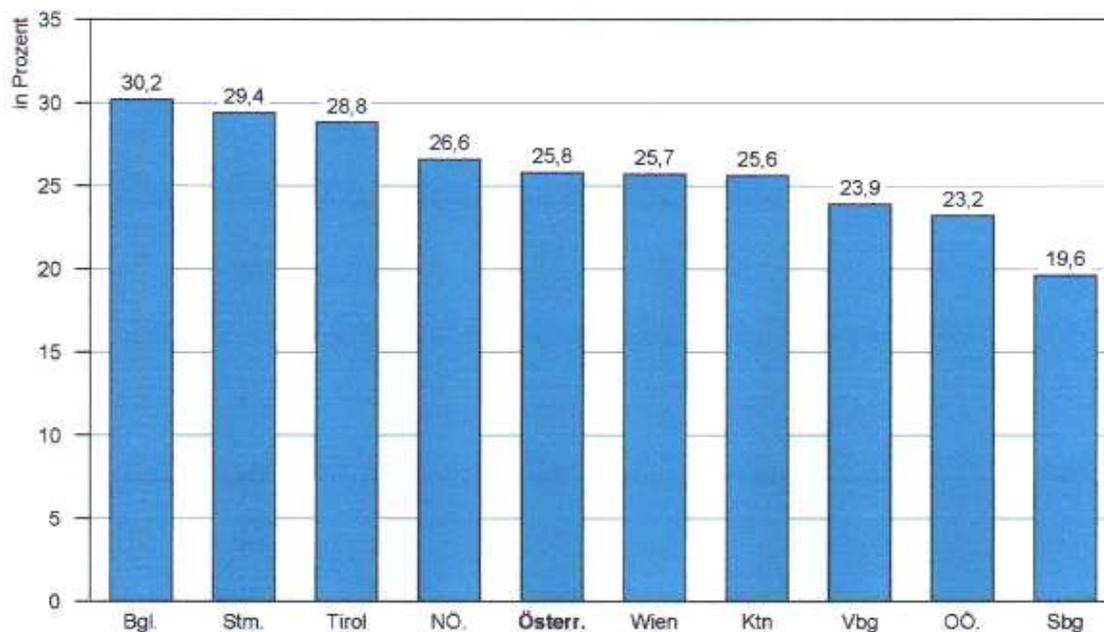
Seit Beginn des 21. Jahrhunderts ist eine enorme Veränderung bei der Einstellung schwangerer Frauen und der Professionistinnen und Professionisten in diesem Bereich zum Kaiserschnitt zu beobachten. Immer weniger werdende Mütter bringen ihre Kinder auf natürlichem Wege zur Welt. Für die meisten Frauen ist der operative Eingriff nicht nur mehr im Notfall anzuwenden, sondern eine Variante wie das Baby zur Welt kommen kann. Bereits seit Ende des 20. Jahrhunderts ist diese Methode für die Gynäkologinnen und Gynäkologen ein routinemäßiger Eingriff. Seither wird den Frauen die Möglichkeit zugestanden, sich selbst bestimmt für eine Geburt per Kaiserschnitt zu entscheiden, auch wenn keine medizinische Indikation besteht. Diese Entwicklung begründet, dass die Kaiserschnitt-Geburt auf Verlangen, ein so genannter „Wunsch-Kaiserschnitt“ immer beliebter wird (vgl. Odent 2005: 14-16).

Am Ausgangspunkt dieser Entwicklung steht der medizinische Fortschritt. Diese Operation ist aus heutiger Sicht der Befürworterinnen und Befürworter sicherer und risikoärmer geworden. Seit Ende der 60iger Jahre hat sich der von Hermann Pfannenstiel erprobte quer verlaufende Schnitt oberhalb der Schambehaarung durchgesetzt. Abgesehen vom Aspekt der kaum sichtbaren Narbe sind weitere Komplikationen durch den Schnitt im unteren Bereich der Gebärmutter vermindert. Bei der Misgav-Ladach-Methode, die die Traumatisierung des Gewebes durch Aufdehnung statt Aufschneiden reduziert, wurde eine Operationsmethode entwickelt, die nachweislich die Operationszeit verkürzt und den Blutverlust für die Frauen vermindert. Parallele Entwicklungen seit den 80iger Jahren, wie der Einsatz der Periduralanästhesie im Vergleich zur Vollnarkose, verringerten weiter das Risiko sowohl für die Mutter als auch für das Kind (vgl. Odent 2005: 18-24).

Auch in Österreich ist diese Entwicklung deutlich erkennbar und statistisch belegt. Im Jahr 2006 wurden in Österreich 76.914 Lebendgeborene registriert, davon waren 38.745 Buben und 38.169 Mädchen. 68,6% der Lebendgeborenen kamen 2006 spontan zur Welt, 25,8% wurden mittels Kaiserschnitt entbunden. Bei 5,2% wurde die Saugglocke, bei 0,2% die Zange und bei 0,2% die Manualhilfe bei der Geburt eingesetzt. Die Rate der Geburten mittels Kaiserschnitt war im Burgenland mit 30,2% am höchsten, gefolgt von der Steiermark mit 29,4%, Tirol mit 28,8% und Niederösterreich mit 26,6%. Den von allen

Bundesländern niedrigsten Anteil hatte Salzburg mit 19,6% (vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006: 25-26, Abbildung 1).

Kaiserschnittentbindungen 2006 nach Bundesländern



Q: STATISTIK AUSTRIA

Abbildung 1: Kaiserschnittentbindungen 2006 nach Bundesländern

Quelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006: 26

Nachdem Wien Ort der Forschung ist, wird ergänzend eine Statistik für Wien herangezogen. Anhand der Auswertungen der letzten zehn Jahre wird ersichtlich, dass Kaiserschnitt-Entbindungen in Wien deutlich angestiegen sind. Wurden 1996 14,6% der lebend geborenen Kinder mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht, so kamen 2006 bereits mehr als ein Viertel (25,7%) aller Neugeborenen auf diese Weise zur Welt (vgl. <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/abschnitt-saeuglinge.pdf>, Abbildung 2).

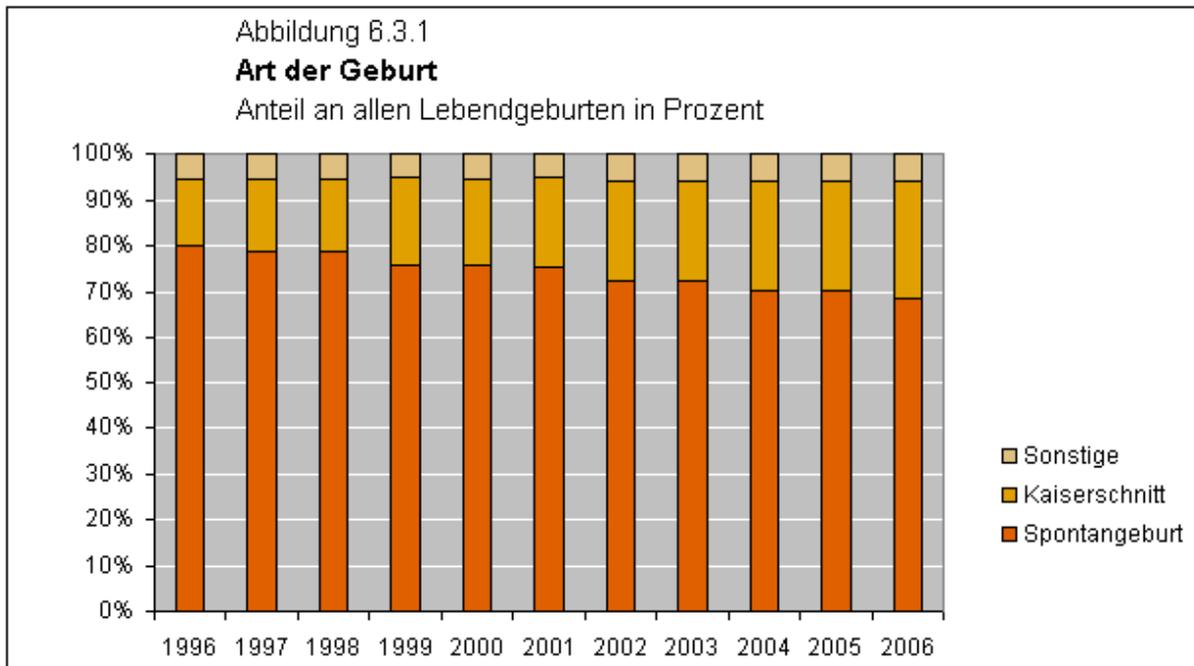


Abbildung 2: Art der Geburt. Anteil an allen Lebendgeburten in Prozent in Wien

Quelle: <http://www.wien.gv.at/statistik/daten/grafik/saeglinge.gif>

1.2 GLIEDERUNG DER ARBEIT

Der theoretische Teil der Arbeit basiert auf einer umfassenden Literatur-, Internet- und Studienrecherche. Ratgeberliteratur wurde in die Arbeit einbezogen, da die werdenden Eltern vielfach ihr Wissen aus diesen Büchern beziehen.

Ziel ist die Aufarbeitung der Bedeutung einer Kaiserschnitt-Geburt für die werdenden Eltern und deren Kinder. Das Erleben einer Sectio ist maßgeblich von der medizinischen Aufklärung, der Indikation (geplant oder ungeplant) und dem Anästhesieverfahren (Vollnarkose oder Periduralanästhesie) abhängig. Um diese Einflussfaktoren besser zuordnen zu können, beschäftigt sich der zweite Teil der Arbeit mit den medizinischen Aspekten eines Kaiserschnitts, wobei speziell die Vorteile und Risiken herausgearbeitet werden.

Die empirische Forschung basiert auf zwei Gruppen von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern, die der Expertinnen und Experten einer Abteilung für Geburtshilfe und die der Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben. Ziel dieser Forschung ist eine Gegenüberstellung beider Perspektiven, um schlussendlich darzustellen, inwiefern die Angebote der Geburtsstation die Bedürfnisse der betroffenen Frauen erfüllen.

Die Ergebnisse sind keine statistisch repräsentativen Daten. Mit Hilfe der qualitativen

Forschungsmethode sollen vielmehr typische Problemlagen hinsichtlich einer Kaiserschnitt-Geburt für Mutter und Kind, wie auch typische Muster im Verhalten der Fachleute, in der Geburtsvorbereitung werdender Eltern und in der nachfolgenden Belastung durch eine Kaiserschnitt-Geburt dargestellt werden.

Es erfolgt zudem eine kritische Auseinandersetzung mit der Berufsgruppe der Sozialarbeit. Ergänzend fließen einige Ideen ein, mit welchen Maßnahmen, der Sozialarbeit eine vermehrte Aufmerksamkeit zuteil werden könnte.

TEIL A THEORETISCHER TEIL

2 EINFLUSSFAKTOREN

Die Diskussion zum Thema Kaiserschnitt-Geburt ist aktuell häufig im Gange. Die Fachleute der Geburtshilfe stehen dieser Entwicklung ambivalent gegenüber.

2.1 ÜBERLEGUNGEN DER ÄRZTESCHAFT

Auffallend bei den Debatten in diversen Medien ist die Annahme der steigenden Bereitschaft, sich in schwierigen Geburtssituationen sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus der Perspektive der werdenden Eltern rascher für die Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt zu entscheiden. Mitverantwortliche Aspekte liegen im steigenden Sicherheitsbewusstsein der werdenden Eltern (vgl. Kurier 4.1.2008: 23). In den Ergebnissen der GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz und Kolip im Jahr 2006 wird bestätigt, dass aus diesem Grund oftmals von der Ärzteschaft rascher zu einer Operation geraten und ein längeres Abwarten des Geburtsverlaufs nicht mehr riskiert wird. Andererseits erleichtern der hohe Einsatz von technischen Hilfsmitteln und eine regelmäßige Überwachung des Schwangerschaftsverlaufs die **Früherkennung von problematischen Entwicklungen**, wobei bereits bei geringen Auffälligkeiten bei Mutter und Kind aus Sicherheitsgründen auf einen Kaiserschnitt zurückgegriffen wird (vgl. Lutz/Kolip 2006: 19-21). Ärztinnen und Ärzte weisen darauf hin, **rechtlich** stark unter Druck zu stehen, falls bei Mutter und/oder Kind Komplikationen auftreten sollten (vgl. Kurier 4.1.2008: 23). „*Ärzte und Ärztinnen betonen darüber hinaus forensische Aspekte: Die Zahl der Prozesse wegen nicht erfolgter geburtsmedizinischer Interventionen (mit der Folge kindlicher Schädigungen) ist gestiegen, dies führt zu einem defensiven Vorgehen in der Geburtshilfe, und der Kaiserschnitt erscheint vielfach als die sicherste Option*“ (Kolip 2008: in Österreichisches Hebammengremium Landesgeschäftsstelle Wien).

Es wurden in der Ratgeberliteratur von De Jong, tätig als Medizinjournalistin und Kemmler, tätig als Diplompädagogin und Geburtsvorbereiterin, im Jahr 2003 auch Interviews mit Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, geführt. Die Erfahrungen der Frauen zeigen, dass potentielle Komplikationen nach einem Kaiserschnitt in der vorherigen Aufklärung laut Angabe vieler betroffener Frauen nur unzureichend erörtert werden. Weitere Aussagen beziehen sich auf die Risiken, sowohl direkt nach der Geburt

(Entzündungen, Blutungen) als auch langfristige (Verwachsungen, Organverletzungen, Sterilität), die bei dieser Operation eingegangen werden. Diese werden häufig unterschätzt und daher oft nur peripher wahrgenommen (vgl. De Jong/Kemmler 2003: 107-108). Es wird über Vorteile und Nachteile dieses Eingriffs, kompetente professionelle Beratung und eine Statistik über medizinische Aspekte hinsichtlich des Eingriffs diskutiert. In der Studie von Jurgelucks, Krankenschwester für Psychiatrie und Psychotherapie, wird betont, dass das subjektive Erleben der Frauen nur wenig in die medizinischen Gesamtüberlegungen der Fachleute miteinbezogen wird (vgl. Jurgelucks 2004: 9).

2.2 ÜBERLEGUNGEN DER WERDENDEN ELTERN

Kriterien, die für werdende Eltern für die **Auswahl des Geburtsorts** maßgeblich sind, orientieren sich hauptsächlich an den medizinischen Standards von Krankenanstalten, weil sich Frauen vorrangig auf Vorsorgeuntersuchungen und das Fachurteil der Gynäkologinnen und Gynäkologen verlassen, sich häufig in eine Krankenhausgeburt begeben und sich wenig mit Alternativen auseinandersetzen. Weitere entscheidende Aspekte bestehen in der Anwendung von alternativen Methoden zur Geburtserleichterung, wie beispielsweise Akupunktur, Bachblüten, Aromatherapie und Homöopathika, in der nahe gelegenen Möglichkeit einer medizinischen Nachsorge des Kindes und in der Ausstattung der Kreißsäle (vgl. Lutz/Kolip 2006: 26).

De Jong und Kemmler geben in ihrer Ratgeberliteratur an, in Gesprächen mit werdenden Müttern und Vätern herausgefunden zu haben, dass diesen wenig Gelegenheit geboten wurde, ihr Selbstbewusstsein soweit zu stärken, um sich auf eine natürliche Geburt einzulassen. Im Gegenteil, oftmals fühlen sich die Betroffenen nicht im Stande, die Geburt ihres Kindes ohne medizinische Unterstützung zu bewältigen. Diesen Frauen fehlt folglich das Vertrauen in sich selbst, in ihre Kräfte und Fähigkeiten, ihr Kind auf natürliche Art und Weise auf die Welt zu bringen, obwohl sie das im Vorfeld vielfach nicht einschätzen können. (vgl. De Jong/Kemmler 2003: 106-108). Ergebnisse der GEK-Kaiserschnittstudie zeigen, dass viele Frauen sich mit einer Situation konfrontiert sehen, die mit **Schmerzen, Anstrengung und viel Angst** verbunden ist. Sie sehen sich dem Geburtsgeschehen ausgeliefert, fühlen sich überfordert und empfinden Angst vor einem unerträglichen Schmerzerleben (vgl. Lutz/Kolip 2006: 30). Dr. Dick-Read hat bei der Beobachtung von gebärenden Frauen in der Zeit um 1930 im Rahmen seiner Tätigkeit als Geburtshelfer den Zusammenhang von Schmerzempfindung und Angst erforscht. Er ging davon aus, „*dass*

sich jede Gemütsbewegung (Affekt), jede seelische Anspannung der Gebärenden auf ihr Gesamtverhalten auswirkt. Sie „verkrampft“ (verspannt) sich und das erhöht, verstärkt den Schmerz.“ (Heller1998: 10). Er verfolgte weniger das Ziel die Geburt schmerzfrei zu gestalten, sondern vielmehr alle möglichen Störfaktoren auszuschalten (vgl. Heller 1998: 10).

Ott-Gmelch und Böning, langjährig als freiberufliche Hebammen tätig, berichten über ihre Erfahrungen mit Geburtssituationen für schwangere Frauen in ihrer Ratgeberliteratur. Sie sehen den Vorteil einer Wehentätigkeit in der regelmäßig wiederkehrenden Muskelanspannung, wobei die Frauen dazwischen schmerzfrei sind, um sich zu erholen. Der Körper produziert in dieser Zeit Stoffe, die den Schmerz hemmen und Wohlbefinden hervorrufen, um den Frauen Energie und Kraft zu verleihen. Diese körpereigene Schmerzstillung wirkt aber einerseits nicht bei Verabreichung von Schmerzmittel und andererseits nicht bei Angst, da es zur Blockade von körpereigenen Opiaten kommt (vgl. Ott-Gmelch/Böning 2007: 29-30).

Aus Sorge um das Wohlergehen des Kindes und aus Unwissenheit zum weiteren Geburtsverlauf hinsichtlich der zu ertragenden Schmerzen, der Dauer der Geburt und möglicher Komplikationen sind laut Untersuchungen von Jurgelucks viele der befragten Frauen, die mittels Kaiserschnitt geboren haben, rasch zu einer operativen Geburtsbeendigung bereit, wenn dieser von der Ärztin oder dem Arzt angeboten wird (vgl. Jurgelucks 2004: 8-9). Bopp, tätig als Medizinjournalistin, weist in ihrer Ratgeberliteratur aus Erfahrungsberichten von Frauen mit Kaiserschnitt auf Wunsch darauf hin, dass bei der Entscheidung von vielen werdenden Eltern nicht beachtet wird, dass der Kaiserschnitt nicht schmerzfrei verläuft und auch das Risiko eines länger dauernden Heilungsprozesses der Bauchwunde gegeben sein kann (vgl. Bopp 2003: 42-43).

Die Sorge um **Harn- und Stuhlinkontinenz** wird häufig als Komplikation mit einer vaginalen Geburt in Zusammenhang gebracht. Viele Frauen empfinden das potentielle Risiko bereits als derart einschränkend, dass sie ohne zu hinterfragen eine operative Methode für die Geburt vorziehen. Allerdings bewirken auch Faktoren wie die hormonelle Veränderung im weiblichen Körper während einer Schwangerschaft sowie die Gewichtsbelastung durch das ungeborene Kind eine Schwächung des Beckenbodens. Es bestätigt sich in der GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz und Kolip eine erhöhte Häufigkeit von Harninkontinenz nach einer Kaiserschnitt-Geburt, die sich bei wiederholtem

Kaiserschnitt potenziert (vgl. Lutz/Kolip 2006: 43-44).

Ein Argument der Kaiserschnitt-Befürworterinnen und Kaiserschnitt-Befürworter ist der Schutz des „love channels“, da die steigende Sorge einer beeinträchtigten **Sexualität** nach einer vaginalen Geburt vorhanden ist. Es gibt nur wenige Studien, die sich mit dieser Problematik befassen. Es werden Vermutungen dahingehend angestellt, dass Frauen mit einer vaginalen Geburt erst später nach der Geburt und seltener Geschlechtsverkehr haben als Frauen mit operativen Geburtsvarianten, was allerdings auf das Stillverhalten der Frauen zurückzuführen ist (vgl. Lutz/Kolip 2006: 45).

Des Weiteren spielt das steigende **Alter der Gebärenden** eine wesentliche Rolle. Ein Aspekt, der in der GEK-Kaiserschnittstudie thematisiert wird, liegt in der Tatsache, dass Schwangere höheren Alters häufiger mit Komplikationen während der Geburt zu rechnen haben, weshalb sie sich oft für den ihrer Meinung nach sichereren Weg der Kaiserschnitt-Geburt entscheiden. Die Risiken sollen durch den Kaiserschnitt so gering wie möglich gehalten werden, nachdem bei Spätgebärenden die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Schwangerschaft eingeschränkt ist (vgl. Lutz/Kolip 2006: 26).

Statistiken belegen, dass das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt von Lebendgeborenen im Berichtsjahr 2006 29,7 Jahre beträgt. Das niedrigste Durchschnittsalter wiesen Mütter in Oberösterreich mit 29,5 Jahren auf, das höchste in Tirol mit 30,1 Jahren. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes hat sich in den letzten 10 Jahren von 25,9 auf 27,5 Jahre erhöht (vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006: 24).

Anhand der Ergebnisse von Lutz und Kolip wird die **Rolle des Vaters** bei der Geburt unterschiedlich beurteilt. Als Erfolg wird der Trend der 70iger Jahre bewertet, der die Familien orientierte Geburtshilfe propagierte und dem Vater die Gelegenheit gab an der Geburt teilzunehmen (vgl. Lutz/Kolip 2006: 28). Aus der Ratgeberliteratur von Meissner, die ihre Erfahrungen mit gebärenden Frauen als Hebamme niedergeschrieben hat, ist zu ergänzen, dass die Rolle der Partner während der Geburt sich vorrangig auf eine liebevolle, motivierende und unterstützende Präsenz beschränkt. Durch deren Anwesenheit fühlen sich viele Frauen während ihrer physisch enorm anstrengenden Arbeit gestärkt. Allerdings wird oft vernachlässigt, welche Wirkung die Situation einer Geburt auf die Männer hat und unter welcher psychischen Anspannung diese während der Geburt stehen. Diese Umstände sind häufig mitverantwortliche Aspekte hinsichtlich der Beratung der gebärenden Partnerin bei

eventuellen Komplikationen (vgl. Meissner 2003: 129-131). Michael Odent hingegen betrachtet als Arzt und Begründer der sanften Geburt in der Schweiz die Teilnahme der Männer bei der Geburt und deren Einfluss auf den Ablauf äußerst kritisch. Er vertritt die Meinung, dass *„die Teilnahme der Väter an der Geburt im Kreißsaal einer weiteren Technisierung und Medikalisierung Vorschub leistet, da die Väter im Kreißsaal dazu neigen, rational an die Geburt heranzugehen, und dieses auch auf die Frauen übertragen“* (Odent 2005 in Lutz/Kolip 2006: 28).

3 MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN

3.1 INDIKATIONEN

„Der Kaiserschnitt ist eine Operation, die zu jedem Zeitpunkt während der Schwangerschaft und Geburt unabhängig vom Geburtsfortschritt eine rasche Entbindungsvariante darstellt. Die Operation ist dann angezeigt, wenn die Notwendigkeit für eine baldige Geburt besteht und die Voraussetzungen für ein vaginales Vorgehen nicht erfüllt sind.“ (Jurgelucks 2004: 32).

3.1.1 Primäre Sectio

Indikationen, die zur Entscheidung führen, einen Kaiserschnitt als Geburtsmethode zu wählen und bereits vor der Geburt bestehen, werden als primäre Sectio caesarea bezeichnet. Spezifisch für einen geplanten oder auch elektiven Kaiserschnitt ist der Beginn des operativen Eingriffs vor Einsetzen der effektiven Wehentätigkeit (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 510).

Als häufigste Indikation wird die Beckenendlage genannt, weiters auch eine Quer- und Schräglage, das Gewicht des ungeborenen Kindes über 4,5 kg, eine vorzeitige Plazentaablösung, die Schwangerschaftsvergiftung, ein zu kleines Becken der Frau und Mehrlingsgeburten (vgl. Jurgelucks 2004: 32-33).

Mittlerweile werden auch vorangegangene Kaiserschnitt-Geburten als Indikation angeführt (vgl. Lutz/Kolip 2006: 32). *„Obwohl ein vorangegangener Kaiserschnitt keinesfalls automatisch eine Indikation zur erneuten Sectio (Re-Sectio) bei nachfolgender Geburt darstellt, wird die Frau doch automatisch in der nächsten Schwangerschaft einer Risikoklientel zugeordnet.“ (Lutz/Kolip 2006: 33).*

Festgehaltene Erfahrungsberichte von Frauen, zusammengefasst in der Ratgeberliteratur von De Jong und Kemmler, lassen Vorteile für einen bereits im Vorfeld geplanten Kaiserschnitt erkennen. Diese ergeben sich aus der Tatsache, dass sich alle Beteiligten auf das bevorstehende Ereignis einstellen können. Weiters ist zusätzliche Unterstützung leichter zu organisieren, die nach einer Kaiserschnitt-Geburt mit Sicherheit benötigt wird (vgl. De Jong/Kemmler 2003: 155-157).

Jurgelucks hat im Rahmen ihrer Studie belegt, dass die Situation bei einem Kaiserschnitt für das Kind im Vergleich zu einer vaginalen Geburt wesentlich belastender ist. Die

unvorbereitete Einleitung der Geburt und der rasche Geburtsverlauf lösen extremen Stress aus, der sich häufig in Form von Anpassungsstörungen bemerkbar macht. Damit besteht das Risiko vermehrter Atemschwierigkeiten für das Neugeborene, weil die Kontraktionen der Wehen, die das Fruchtwasser aus dem Lungengewebe pressen sollen, fehlen. Vermutungen bestehen dahingehend, dass während einer vaginalen Geburt Hormone bei der Mutter freigesetzt werden, die für eine endgültige Lungenreifung verantwortlich sind, was bei einem Kaiserschnitt nicht erfolgt (vgl. Jurgelucks 2004: 38-39).

3.1.2 Sekundäre Sectio

Ganz im Gegenteil zur primären Sectio basiert die Entscheidung für eine sekundäre Sectio caesarea auf unterschiedlichsten Indikationen, die sich während der Geburt unerwartet ergeben. Die sekundäre Indikationsstellung beinhaltet verschiedene Dringlichkeitsstufen, wobei die eilige Sectio oder Notsectio ohne Zeitverzögerung durchgeführt werden muss, um das Leben von Mutter und/oder Kind zu retten (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 510). Diese Geburtsvariante wird angewendet, wenn während der Geburt Unregelmäßigkeiten entweder bei der Mutter oder dem Kind auftreten, was bei beiden massiven Stress auslöst. Während diese Form der Geburt erhebliche Vorteile für das Kind bringt, weil die bereits eingesetzte Wehentätigkeit dem Kind bei dessen letzter Reifung nützt und der Geburtsbeginn vom Kind mitbestimmt wird, zeigt sich die Situation für die Eltern bei weitem kritischer, weil der sekundäre Kaiserschnitt unerwartet notwendig wird. Diese Situation erfordert vom medizinischen Personal eine behutsame und empathische Weitergabe relevanter Information über die weitere Vorgehensweise.

3.1.3 Kaiserschnitt auf Verlangen

Mehr an Bedeutung gewinnt der Kaiserschnitt auf Verlangen, der so genannte „Wunsch-Kaiserschnitt“, der ohne medizinische Indikation auf eigenen Wunsch der werdenden Mutter beziehungsweise des Paares vorgenommen wird. *„Als Wunschsectio dürfen nur solche Operationen bezeichnet werden, bei denen weder anamnestiche Erfahrungskrisen noch schwere psychologische oder psychiatrische Veränderungen Auslöser für den Wunsch nach operativer Entbindung sind und somatische Störungen weder aufseiten des Feten noch der Frau vorliegen.“* (Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 517).

Die Wunschsectio veranlasst häufig Diskussionen über deren ethische Vertretbarkeit, wobei die Meinung vieler Fachärzte folgendermaßen aussieht: *„Nicht jede ärztliche Maßnahme*

geschieht zu Heilzwecken. Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise oft Behandlungen durch, die wie Sterilisation oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können. Die Sectio auf Wunsch ist solchen Eingriffen gleichzustellen, sofern sie nach gehöriger Aufklärung mit wirksamer Einwilligung vollzogen wird und medizinisch jedenfalls nicht kontraindiziert ist.“ (Stellungnahme DGGG 2004 in Lutz/Kolip 2006: 37).

Der Begriff wird häufig missverständlich gedeutet und ist nicht gleich bedeutend mit einem Wunsch nach einem operativen Eingriff, dem eine unvoreingenommene Entscheidung der werdenden Eltern zugrunde liegt. Dahinter stehen oft vielfältige Ursachen, wie unbeschreibliche Ängste vor dem unbekanntem Geburtsgeschehen, traumatische Erfahrungen früherer Geburten oder eine erheblich leichtere Planbarkeit und Organisation der Geburt (vgl. Lutz/Kolip 2006: 37).

3.1.4 Sectiobereitschaft

Auf der einen Seite gibt es die **Absolute Sectiobereitschaft**, wobei „*zwingende geburtsmedizinische Gründe zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes oder der Mutter*“ vorliegen (Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 511), unabhängig davon, ob die Entscheidung vor oder während der Geburt getroffen wurde (Lutz/Kolip 2006: 33). Mögliche Diagnosen sind beispielsweise vorzeitige Plazentaablösung, Herpes genitalis, drohende Uterusruptur, Nabelschnurvorfall, Quer- oder Schräglage.

Auf der anderen Seite ergeben sich **Relative Indikationen**, die bei 90% aller Kaiserschnitt-Geburten vorliegen. „*Hierbei handelt es sich um Regelwidrigkeiten oder Risikofaktoren, die anzeigen, dass die Belastbarkeit von Mutter oder Kind während der Geburt überstiegen werden kann*“ (Lutz/Kolip 2006: 33-34). Bevor ein Kaiserschnitt vorgenommen wird, werden die geburtsmedizinischen Gründe für Mutter und Kind sorgfältig abgewogen. Bei Mehrlingsgeburten und Beckenendlage, sowie bei Kindern über ein angenommenes Geburtsgewicht von 4500 g wird in den meisten Fällen ein Kaiserschnitt aus Sicherheitsgründen vorgezogen.

Eine wichtige Ergänzung sind die **Psychischen Indikationen**, die hauptsächlich für die Motivation einen Kaiserschnitt auf Verlangen durchzuführen, verantwortlich sind. Diese Motivation tritt häufig bei Frauen auf, die bereits geburtstraumatische Erfahrungen, ein überaus großes Sicherheitsbedürfnis gegenüber dem Kind und/oder Angst vor Schmerzen,

Kontrollverlust und/oder Spätschäden haben (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 510-511).

3.2 ANÄSTHESIE

Die Wahl der Narkose, das heißt, ob eine Intubationsnarkose (Vollnarkose) oder eine Lokalanästhesie (Spinal- oder Periduralanästhesie) durchgeführt wird, hängt davon ab, wie dringend die Operation vorgenommen werden muss.

3.2.1 Periduralanästhesie

Bei der Periduralanästhesie wird *„im mittleren Lendenwirbelsäulenbereich eine Punktion mittels Katheter in den Periduralraum zwischen Wirbelkanal und Rückenmarkshaut geschoben, eine Schmerzausschaltung bewirkt und dadurch bei einem Kaiserschnitt nur eine Lokalbetäubung angewendet.“* (Pschyrembel 2004: 1391).

Von Vorteil ist, dass Frauen bei dieser Narkosetechnik bei vollem Bewusstsein sind und gleich nach der Geburt das Neugeborene sehen und berühren können. Der Säugling wird meist noch im Operationssaal zum ersten Stillen angelegt. Bei möglichen Komplikationen erhalten die Frauen alle Informationen und können sich bei dem Erfordernis das Neugeborene in ein Kinderspital zu transferieren, in Ruhe verabschieden.

Als Nachteile werden Nebenwirkungen schlecht gelegter Katheter genannt, die massive Kopfschmerzen auslösen können. Zu berücksichtigen ist, dass das bewusste Miterleben der Geburt von manchen Frauen als Stress empfunden werden kann. Es kann passieren, dass das Gefühl ein Kind zu bekommen durch eine enorme Nervosität überschattet wird und dadurch die Geburt trotz allem nicht in guter Erinnerung behalten wird (vgl. Jurgelucks 2004: 36-38).

3.2.2 Intubationsnarkose

Vorrangig bei Notkaiserschnitten oder bei Indikationen, die ein rascheres Vorgehen notwendig machen, kommt die Vollnarkose zum Einsatz, wobei Frauen in einen schlafähnlichen Zustand versetzt werden. Die Intubationsnarkose ist ein *„durch Zufuhr von Narkotika induzierter reversibler Zustand, in dem Operationen bei erloschenem Bewusstsein ohne Schmerzempfindung und Abwehrreaktionen durchgeführt werden können“* (Pschyrembel 2004: 1235). Um das Kind nicht mit der Medikation zu belasten, wird die Narkose kurz vor der Operation gegeben und erst beim Zunähen der Wunde

vertieft.

Die größte Schwierigkeit für die betroffenen Frauen stellt oft der Erinnerungsverlust durch die Narkose dar. Ihnen fehlen der Zusammenhang der Geburt und das sofortige Bonding nach der Entbindung, was die Intensivierung der anfänglichen Mutter-Kind-Beziehung erschweren kann (vgl. Jurgelucks 2004: 35-36). In dieser Phase des Bondings wäre eine ruhige Atmosphäre eine unbedingte Voraussetzung, um die erste intensive Kontaktaufnahme von Mutter, Vater und Kind zu gewährleisten. Die Zeit wird normalerweise genutzt, um das Neugeborene zu berühren, zu streicheln und anzusehen, um schließlich die anfängliche Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 373).

3.3 WEITERE BEGRIFFSDEFINITIONEN

Wehen sind *„schmerzhafte Kontraktionen der Gebärmuttermuskulatur während der Schwangerschaft und unter der Geburt von 20 bis 60 Sekunden Dauer“* (Psyhyrembel 2004: 1951). Wehenmittel, beispielsweise das Hormon Oxytocin, fördern die *„rhythmischen Kontraktionen der Uterusmuskulatur und stärken die Frequenz der Kontraktionen“* (Psyhyrembel 2004: 1952) und kommen bei einer **Geburtseinleitung** sowie bei Kaiserschnitt-Entbindungen zur Anwendung.

Der **Scheidendammschnitt** oder auch Episiotomie genannt, dient *„zur Vermeidung eines Dammrisses, zur Erleichterung einer operativen Entbindung mittels Saugglocke oder Zange und zur Geburtsbeendigung, wenn sich der Kopf im Beckenausgang befindet“* (Psyhyrembel 2004: 513). Während der Austreibungsphase wird häufig ein Dammschnitt durchgeführt, wobei das Gewebe zwischen Scheide und After eingeschnitten wird, um den Scheidenausgang zu erweitern, damit die Geburt zu erleichtern und zu beschleunigen.

Wenn das Kind bereits zu tief im Geburtskanal steckt und kein Kaiserschnitt mehr durchgeführt werden kann, wird eine Geburt mittels **vaginaler Operation** wie Zange oder Saugglocke beendet. Der Einsatz der **Geburtszange** – *„ein aus zwei zusammensetzbaren Löffeln bestehendes geburtshilfliches Zuginstrument“* (Psyhyrembel 2004: 630) nimmt ab, da ein großes Verletzungsrisiko für Mutter und Kind besteht.

Bei der **Vakuum-Extraktion (VE)** wird die Saugglocke am Kopf des Kindes befestigt und der Geburtsvorgang während einer Kontraktion mit vorsichtigem Zug in Richtung zum

Beckenausgang unterstützt (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 505-507).

3.4 RISIKEN UND AUSWIRKUNGEN

3.4.1 Für die Frau

Nach der Geburt - im Wochenbett - treten bei Kaiserschnitt-Geburten häufiger Komplikationen auf als bei vaginalen Geburten. Erwähnenswert sind neben der Möglichkeit von Wundinfektionen (vgl. Merkle 2003: 2) unangenehme Auswirkungen auf den Darm, der mit einem Stillstand reagieren kann, weil durch den zu raschen Druckverlust der Gebärmutter Irritationen auftreten können (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2007: 515).

Bei einem Kaiserschnitt können Komplikationen wie Blutungen und Verletzungen des umliegenden Gewebes während der Operation wie auch danach auftreten. Dadurch entstehen Verwachsungen und Verklebungen der verschiedenen Gewebsschichten in der Bauchhöhle, die zu unangenehmen Spätfolgen führen können, wie einer eingeschränkten Funktion der betroffenen Organe (vgl. Jurgelucks 2004: 38-39). Eine vorübergehende Störung der Blase, die entweder durch einen Katheter irritiert oder durch Verwachsungen in Mitleidenschaft gezogen ist, ist keine Seltenheit (vgl. Merkle 2003: 2). Dadurch kann sich auch eine geringere Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schwangerschaft ergeben.

Gründe für das Ausbleiben einer weiteren Schwangerschaft liegen allerdings nicht nur in einer eingeschränkten Fertilität, sondern auch im negativen Erleben der vorherigen Geburt. Jedenfalls ist in der GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz und Kolip ein weitaus größerer Abstand zur nächsten Schwangerschaft deutlich erkennbar, der sich sowohl aus der längeren Dauer des Heilungsprozesses eines Kaiserschnitts ergibt, als auch aus dem Verarbeitungsprozess dieser prägenden Erfahrung (vgl. Lutz/Kolip 2006: 49).

3.4.2 Für das Kind

Bedeutend ist die Tatsache, dass durch den geplanten Kaiserschnitt ein Geburtsdatum gewählt wird, das bei einem möglicherweise falsch errechneten Geburtstermin das Risiko einer Frühgeburtlichkeit darstellt (vgl. Lutz/Kolip 2006: 51). Weitere negative Auswirkungen auf das Kind ergeben sich durch den unerwarteten Geburtsbeginn, den es nicht mitbestimmen kann (vgl. Jurgelucks 2004: 38). Der Kaiserschnitt bedeutet erheblichen Stress für das Neugeborene aufgrund vieler neuer Eindrücke in einem kurz

bemessenen Zeitraum.

Neben häufigen Anpassungsstörungen wurde nachgewiesen, dass eine Sectio negative Auswirkungen auf die kindliche Darmflora hat. Die Begründung liegt in der Tatsache, dass das Neugeborene den Keimen des Operationsteams ausgesetzt ist und nicht wie bei einer vaginalen Geburt mit den Keimen und Bakterien der Darm- und Vaginalflora der Mutter in Kontakt kommt, die als Grundlage für ein funktionierendes Immunsystem notwendig wären (vgl. Wolf 2007 in Oblasser 2007: 402-403).

Betäubungs- und Schmerzmittel, die kurz vor, bei der Geburt und zur Schmerzlinderung danach verabreicht werden, wirken nicht nur auf die Mutter, sondern auch auf das Kind. Dies kann die Ursache für dessen Schläfrigkeit und Lethargie sein, was „gelegentlich eine erweiterte ärztliche Versorgung (Sauerstoffgabe, Absaugen, Beatmung, u.a.) bedeutet“ (Merkle 2003: 3).

Ein zusätzliches Risiko für das Kind besteht bei der Operation in der Gefahr von Schnittverletzungen im Bereich des Kopfes oder des Gesichts (vgl. Lutz/Kolip 2006: 51).

Ein früher Hautkontakt von Mutter und Baby unmittelbar nach der Geburt – das Bonding – prägt den Säugling am meisten und ist neben psychischer Aspekte für die Stärkung des Immunsystems von großer Wichtigkeit. Durch fehlendes Bonding wird die Freisetzung des Hormons Prolaktin reduziert, das in den Tagen nach der Geburt für die Steuerung der Milchbildung bei der Mutter zuständig ist. Des Weiteren wurde nachgewiesen, dass das Hormon Kolostrum weniger endogene Opiate enthält und das Neugeborene somit weniger Befriedigung durch das Stillen erlebt, was oft stundenlanges Weinen zur Folge haben kann (vgl. Nehlsen/Schulz-Ruthenberg 2007 in Oblasser 2007: 356).

Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, berichten in der Ratgeberliteratur von De Jong und Kemmler, dass für sie durch den Verlust der gemeinsamen Geburtsarbeit wichtige Impulse verloren gehen. Darüber hinaus verhindert das unerwartete Herausgerissenwerden aus der Geborgenheit für das Kind offenbar die Möglichkeit zum Herantasten an die Außenwelt und lässt kaum Zeit zum Verabschieden. Nicht zuletzt ist auch entscheidend, mit welchem Feingefühl die Ärztin oder der Arzt die Entbindung durchführt und mit welcher Technik das Kind aus dem Mutterleib herausgehoben wurde. Wenn es wie üblicherweise am Kopf herausgezogen wurde, entsteht auf Hals und Wirbelsäule des Säuglings ein großer Druck (vgl. De Jong/Kemmler 2003: 115-120).

4 PSYCHOSOZIALE KOMPONENTEN

4.1 AUFKLÄRUNG UND INFORMATION

Schwangerschaft und Geburt sind natürlichste Vorgänge im Leben einer Frau, wobei es im Körper zu starken Veränderungen kommt, um diesen auf die Geburt und die künftige Mutterschaft vorzubereiten. Mit der Geburt eines Kindes ändert sich das gesamte Leben – aus einer Beziehung von Mann und Frau entwickelt sich eine Familie. Diese bevorstehende Umstellung kann Unsicherheiten und eventuell sogar Ängste und eine intensive Auseinandersetzung und Vorbereitung auf das Ereignis Geburt und Elternschaft erfordern. Beim ersten Kind können die werdenden Eltern auf keine Erfahrungswerte zurückgreifen und benötigen viel Aufklärung und Information. Die Geburt ist ein individuelles Geschehen, das sehr unterschiedlich erlebt und verarbeitet wird, was ein äußerst sensibles Vorgehen in dieser Situation notwendig macht.

Je überraschender ein Kaiserschnitt vorgenommen wird, desto eher fühlen sich die werdenden Eltern der Situation ausgeliefert und fremd bestimmt. Für viele Betroffenen bleibt häufig ein Gefühl der unzureichenden Informationsweitergabe und der nicht ausreichenden ärztlichen Aufklärung bezüglich der weiteren Maßnahmen zurück, weil meist aus medizinischen Gründen unverzüglich gehandelt werden muss. Dadurch besteht das Risiko von falschen Erwartungshaltungen seitens der Betroffenen, die bei Komplikationen erhebliche Gefühle der Enttäuschung begründen können (vgl. Wertaschnigg 2001: 72-73). Weiters liegt die Vermutung nahe, *„dass das Geburtserlebnis weniger vom Geburtsmodus per se abhängig ist als vom psychosozialen Kontext, von der Geburtsvorbereitung und vom Wissen und der Information über die Geburt, die ein Elternpaar erhalten hat.“* (Wertaschnigg 2001: 73).

4.2 FEHLENDES GEBURTSERLEBNIS

Frauen, die ohne voran gegangene Wehentätigkeit mittels Kaiserschnitt entbunden haben, beklagen, dass sich der Geburtsprozess auf eine extrem kurze Zeit - auf die Zeit während der Operation - reduziert. Ihnen fehlt das langsame Annähern an ihre bevorstehende Mutterrolle. Sie vermissen das Erlebnis eines natürlichen Geburtsvorgangs und als werdende Familie gemeinsam die Kraft und Energie für die Geburt ihres Kindes aufzubringen.

Bei einer eiligen Sectio, die immer unter Vollnarkose durchgeführt wird, kommt erschwerend das Fehlen des gemeinsam erlebten Moments beim ersten Anblick des Kindes hinzu. Viele Frauen vermissen den Höhepunkt - das Glücksgefühl ihr Kind erstmals berühren zu können. Begleitende Emotionen können das Gefühl der Enttäuschung bei den Eltern darüber sein, die Geburtsarbeit nicht alleine bewältigt zu haben, was mitunter zu einer emotionalen Überforderung führen kann. Anderen Frauen wiederum werden diese Versagensgefühle oft erst Wochen nach der Geburt bewusst (vgl. Haslauer 2007 in Oblasser 2007: 366). Das Auftreten von Depressionen nach der Geburt, wie auch von posttraumatischen Belastungsreaktionen und Belastungsstörungen sind keine Seltenheit (vgl. Jurgelucks 2004: 47-50).

4.3 VERARBEITUNGSPROZESS

Der Verarbeitungsprozess einer Kaiserschnitt-Geburt, die traumatisch erlebt wurde, wird aufgrund physiologischer Gegebenheiten erschwert. *„Durch die fehlende Hormonausschüttung der physiologischen Geburt bleibt der Schmerz bei einem Kaiserschnitt viel stärker im Gedächtnis haften.“* (Schmid 2005: 11-12 in Lutz/Kolip 2007: 31).

Zwei amerikanische Wissenschaftlerinnen, Julienne G. Lipson und Virginia Peterson Tilden, setzten sich intensiv mit der Verarbeitung eines Kaiserschnitts bei betroffenen Frauen auseinander. Sie beobachteten, dass Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrung unterschiedlichster Herkunft und sozialer Einbettung Ähnlichkeiten in der Art der Verarbeitung aufwiesen.

Die Phasen der Verarbeitung werden von Lipson und Tilden unterteilt in:

„Phase 1: Die ersten Stunden nach der Geburt,

Phase 2: Die ersten Tage nach der Geburt,

Phase 3: Beginn der Bewusstwerdung,

Phase 4: Mittelfristige Auflösung,

Phase 5: Die (Er-) Lösung“

(Lipson/Tilden 1980 in Jurgelucks 2004: 52-53).

In den ersten Stunden nach der Geburt, in denen die Frau unter medikamentösem Einfluss steht und emotional durch die vielen Eindrücke der Geburt völlig erschöpft ist, reagiert sie

äußerst ruhig. Diese Lähmung wird in den darauf folgenden Tagen abgelöst von Gefühlen der Enttäuschung und des Neids gegenüber anderen Gebärenden auf der Wochenbettstation, was unvermeidlich zu einem Rückzug führt, weshalb hier einer emotionalen Hilfe des Personals große Bedeutung zukommt. Zurück in der eigenen Wohnung werden der jungen Mutter die körperlichen Einschränkungen, die unweigerlich zu erheblichen Betreuungsschwierigkeiten führen, bewusst. Sie ist in der alltäglichen Lebensführung mit dem Neugeborenen auf fremde Unterstützung angewiesen und beginnt sich mit dem Geburtsverlauf und den daraus entstandenen Komplikationen auseinanderzusetzen, diesen zu hinterfragen und zu reflektieren. Es kann einige Zeit in Anspruch nehmen bis das Erlebte akzeptiert und angenommen wird. Erfahrungswerte zeigen, dass bei einer neuerlichen Schwangerschaft häufig der Verarbeitungsprozess fortgesetzt wird (vgl. Jurgelucks 2004: 53-55).

4.4 MUTTER-KIND-BEZIEHUNG

Meissner, die Erfahrungsberichte von Frauen niedergeschrieben hat, die unerwartet mittels Kaiserschnitt entbunden haben, gibt an, dass sie sich trotz eines gesunden Kindes nicht sofort an ihrer Mutterschaft erfreuen können. In der Begleitung dieser Frauen ist es besonders wichtig darauf hinzuweisen, keine Schuldgefühle aufgrund der fehlenden Euphorie zu entwickeln, sondern das Elternpaar darin zu motivieren, sich Zeit zu nehmen. Um dieses Ereignis verarbeiten und annehmen zu können, sind häufig Kontakte mit Gleichgesinnten hilfreich (vgl. Meissner 2003: 27-29).

Ergänzend ist zu erwähnen, dass die neue Mutterschaft durch die körperlichen Einschränkungen, die sich durch die Bauchoperation ergeben und durch die Schmerzen vor allem in den ersten Tagen beeinträchtigt ist, obwohl gerade diese Phase für den Beginn einer Mutter-Kind-Beziehung eine erhebliche Bedeutung hat (vgl. Der Standard 15.5.2008 in <http://derstandard.at/druck/?id=3336833>). Mütter brauchen deshalb verstärkt Unterstützung auf diesem Weg, weil *„durch den Schnitt wurde in die Natur eingegriffen, die Bindung zwischen Mutter und Kind zertrennt. Es reicht nicht aus, nur die Wunden zu heilen. Es müssen auch Mutter und Baby dabei unterstützt werden, ihre innere Bindung wiederherzustellen, damit sie ihren weiteren Weg Hand in Hand gehen können.“* (Haslauer 2007 in Oblasser 2007: 368).

TEIL B EMPIRISCHER TEIL

5 FORSCHUNGSDESIGN

5.1 FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG

Die durchgeführten Interviews mit den Expertinnen und Experten einer Geburtshilfe-Abteilung dienen der Erhebung begleitender und unterstützender Angebote zur Bearbeitung und Aufklärung der Extremsituation Geburt mittels Kaiserschnitt für die betroffenen Frauen. Es soll am Fallbeispiel des Hanusch-Krankenhauses in Wien gezeigt werden, welche Angebote Frauen zur Geburtsvorbereitung vom interdisziplinären Team zur Verfügung gestellt werden, hinsichtlich Aufklärung über potentielle Geburtskomplikationen und Vorbereitung auf eine Kaiserschnitt-Geburt sowie auch zur Unterstützung nach diesem operativen Eingriff. Dabei wird mittels Interviews von Expertinnen und Experten, die in der Abteilung für Geburtshilfe tätig sind, herausgearbeitet, welche organisatorischen und institutionellen Handlungsmuster der daran beteiligten Berufsgruppen vorhanden sind, weiters soll offenkundig werden, welche Haltungen gegenüber einer Kaiserschnitt-Geburt eingenommen werden und welche im stationären Bereich der Geburtshilfe-Abteilung üblich sind.

In der zweiten Gruppe von Interviewpartnerinnen wird die Perspektive der betroffenen Frauen mittels Narrativen Interviews erhoben. Ihre Erfahrungen mit einer Geburt mittels Kaiserschnitt sowie Umfang und Art der Verarbeitung ihres Erlebnisses und die Beurteilung der ihnen zuteil gewordenen Unterstützung von Beginn der Schwangerschaft an bis hin zur Entlassung aus der stationären Betreuung bilden zentrale Themen der Gespräche. Weiters liefern die Interviews einen Einblick in sehr persönliche Details der Geburts-Erfahrungen.

Anschließend soll die Forschung im Rahmen einer Gegenüberstellung der Perspektiven der Expertinnen und Experten und mit jenen der betroffenen Frauen ermitteln, welche Angebote für die Betreffenden eine Unterstützung darstellten und welche Bedürfnisse nicht abgedeckt wurden.

5.2 ERHEBUNG

5.2.1 Expertinnen- und Experteninterviews

Die Professionistinnen und Professionisten der Abteilung für Geburtshilfe des Hanusch-

Krankenhauses wurden in Form von Expertinnen- und Experteninterviews befragt. Da es um die Erfassung von Handlungen, Beobachtungen und Wissen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner geht, wird von rekonstruierenden Untersuchungen gesprochen (vgl. Gläser/Laudel 2004: 38).

Im Mittelpunkt des Interesses bei Expertinnen- und Experteninterviews steht nicht die Gesamtperson der Expertinnen und Experten, sondern ihre Rolle als Sachkundige in einem bestimmten Handlungsfeld. Sie werden nicht als Individuen befragt, sondern als Repräsentanten ihrer Berufsgruppe, die in einem bestimmten institutionellen und organisatorischen Kontext stehen (vgl. Flick 2007: 214-215). *„Im Experteninterview tritt die Person des Experten in ihrer biografischen Motiviertheit in den Hintergrund, statt dessen interessiert der in einen Funktionskontext eingebundene Akteur.“* (Meuser/Nagel 2003b: 57).

Das bevorzugte Erhebungsinstrument für Expertinnen- und Experteninterviews ist das Leitfadenterview, das den nicht standardisierten Interviewtechniken zugeordnet wird. Es ist sinnvoll, den Interviewleitfaden als Orientierungshilfe einzusetzen, um sicher zu stellen, dass relevante zu erforschende Gesichtspunkte und Aspekte während des Gesprächs nicht verloren gehen (vgl. Gläser/Laudel 2004: 38-41). Die Erstellung eines Leitfadens setzt eine vorhergehende intensive Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen des zu untersuchenden Themenbereichs voraus, wodurch die Interviewpartnerin oder der Interviewpartner als kompetente Gesprächspartnerin oder kompetenter Gesprächspartner auftreten und spontan auf offene Fragen reagieren kann (vgl. Flick 2007: 203). Der Leitfaden zielt darauf ab, die Interviews bei der inhaltlichen Analyse vergleichbar zu machen (vgl. Flick 2007: 219).

Die Interviewsituation soll weitgehend entspannt und natürlich sein. Um ausreichend Spielräume für den Interviewverlauf zu gewährleisten, werden lediglich Themen und Fragenvorschläge vorgegeben. Da von der Vorgabe von Antwortmöglichkeiten und der rigiden Einhaltung einer Fragenreihenfolge Abstand genommen wird, können die Expertinnen und Experten ihre Einstellungen und Erfahrungen ohne Vorbehalte und frei artikulieren. Diese Methode beeinflusst die Antwortvielfalt und die Offenheit positiv. Es liegt in der Entscheidungskompetenz der Interviewerin oder des Interviewers, ob Zusatzfragen relevant sind oder gewisse Themenbereiche gestrichen werden (vgl. Flick 2007: 222-224).

5.2.1.1 Wahl der Forschungsmethode

Die Durchführung von Expertinnen- und Experteninterviews erscheint zur Erreichung des Forschungsziels aus mehreren Gründen als sinnvoll. Die freie Gestaltungsmöglichkeit der Fragen, die eine intensive Auseinandersetzung mit einer Materie bewirkt und eine qualitativ wertvolle Datenmenge liefert, eignet sich besonders, weil pro Profession nur eine Vertreterin oder ein Vertreter interviewt werden soll. Ein weiteres Argument für den Einsatz von Expertinnen- und Experteninterviews ergibt sich aus der Flexibilität des Interviewverlaufs, der zwar strukturiert, aber nicht durch starre, zuvor festgelegte Richtlinien beengt wird. Wenngleich die Methode der persönlichen Befragung ein hohes Zeiterfordernis bedeutet, erleichtert diese eine vertrauensvolle Gesprächssituation, die einen Rahmen für tiefer gehende Fragestellungen ermöglicht (vgl. Flick 2007: 222-224).

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Expertinnen und Experten sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Geburtshilfe des Hanusch-Krankenhauses beziehungsweise Personen aus Berufsgruppen, die in enger Kooperation mit dieser Abteilung stehen. Es wurden einerseits zum Thema Kaiserschnitt die differenzierten Einstellungen im Kontext zu den Tätigkeitsbereichen betrachtet, wie auch die unterschiedlichen, berufsgruppenspezifischen Zugänge näher analysiert.

5.2.1.2 Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe

Die Entscheidung, die Befragung im Hanusch-Krankenhaus vorzunehmen, begründet sich in der Tatsache, dass die Geburtsstation klein und überschaubar ist. Die Geburtshilfe-Abteilung verzeichnete im Jahr 2006 die geringe Anzahl von 758 geborenen Kindern; es ist nach der Privatklinik Rudolfinerhaus und der Privatklinik Döbling die drittkleinste Geburtsstation Wiens. Die Station ist für 40 Betten konzipiert. Im Kreißsaalbereich befinden sich drei Geburtseinheiten und ein eigener Bereich mit einer Geburtsbadewanne. Es wird explizit auf die Möglichkeit der kompetenten Unterstützung bei einer intensiven Vorbereitung auf die Schwangerschaft und die bevorstehende Geburt hingewiesen „*Unser Team ist bemüht Ihnen während der Schwangerschaft und in den ersten sechs Wochen und Monaten danach, mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, und lädt Sie ein, unsere kostenlosen Kurse zu besuchen!*“ (Hanusch-Krankenhaus in: http://www.wgkk.at/esvapps/page/page.jsp?ppageid=221&p_menuid=66619&p-id=6).

Angebote wie Geburtsvorbereitungskurse, Stillgruppen und die Auswahl einer Wahlhebamme können genutzt werden, um etwaige Fragen betreffend die Geburt zu klären. Themenbereiche wie Geburtskomplikationen und Kaiserschnitt werden speziell im vierten

Teil der Geburtsvorbereitungskurse zur Diskussion gestellt, bei der eine Fachärztin oder ein Facharzt der Geburtshilfe-Abteilung mögliche Varianten der Geburtsbeendigung und die dazu bereit gestellten medizinischen Geräte vorstellt.

Dieses persönlich gestaltete Umfeld bietet einen überschaubaren Rahmen sowohl für die Expertinnen und Experten als auch für die Frauen, die auf der Abteilung für Geburtshilfe ihre Kinder per Kaiserschnitt geboren haben. Die erhobenen Daten der Expertinnen- und Experteninterviews werden im zweiten empirischen Teil exemplarisch für die Gegenüberstellung zu den Bedürfnissen und Wünschen der Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, herangezogen.

Als Auswahlkriterium für die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gab es lediglich die Notwendigkeit einer Anstellung im Hanusch-Krankenhaus auf der Geburtshilfe-Abteilung oder eine enge Kooperation innerhalb der Krankenhausstruktur. Sowohl die Dauer der Anstellung als auch die hierarchische Position waren nicht entscheidungsrelevant. Vom Abteilungsvorstand wurden in einem einführenden Gespräch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in leitender Funktion empfohlen.

Die Wahl der Berufsgruppen begründet sich in der Erwartung der Vermittlung themenspezifischer Informationen, unterschiedlicher Zugänge und Erfahrungswerten der einzelnen Berufsgruppen. Ausgangspunkt der Interviews war die Sozialarbeit im Geburtshilfe-Bereich, wobei diese als Verbindungsdienst der Magistratsabteilung 11 Dezernat 3 eine gesonderte Position einnimmt. Berufsgruppen, die für die Interviews ausgewählt wurden, waren Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie, wobei sowohl eine weibliche Vertreterin als auch ein männlicher Vertreter von Interesse waren, weiters eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Sozialarbeit, des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, der Hebammen und der Kinderkrankenschwestern. Interviewt wurden auch Vertreterinnen und Vertreter der Psychologie/Psychotherapie und der Physiotherapie, die sich im Zuge des Forschungsprozesses als wichtig herausstellten.

5.2.1.3 Interviewleitfaden und Durchführung der Interviews

Der Interviewleitfaden besteht aus Fragen zum Arbeitsbereich, um den organisatorischen Ablauf, die Zuständigkeiten und die Vernetzungen der Berufsgruppen zu erheben, wobei stets auf den Themenschwerpunkt der jeweiligen Funktion und persönlichen Wahrnehmung hinsichtlich Unterstützung, Beratung und Begleitung der Frauen Bezug genommen wird:

- Aufgabenbereiche, Zuständigkeit der eigenen Berufsgruppe;
- Persönliche Wahrnehmung der Kooperationen und Schnittstellen der Professionen mit besonderem Augenmerk auf die Sozialarbeit;
- Sichtweise der eigenen Funktion hinsichtlich Unterstützung, Beratung und Begleitung der Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben und deren Partnern - spezifiziert auf vor, während und nach der Geburt;
- Berufsspezifische Begriffsklärungen Bezug nehmend auf den Themenschwerpunkt;
- Erfahrungswerte von Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben und deren Umgang mit der Geburtssituation in unterschiedlichen kulturellen Kontexten;
- Eigene Einschätzung des Anstiegs der Kaiserschnitt-Rate;
- Persönliche Einschätzung der eigenen Angebote.

Alle sieben Interviews fanden in den Räumlichkeiten des Hanusch-Krankenhauses statt. Die Bereitschaft Interviews zu geben, war ausnahmslos vorhanden. Dank der Bewilligung des Abteilungsvorstands konnten unbürokratisch und rasch Gesprächstermine vereinbart werden. Die Gespräche fanden in Form von Einzelinterviews in den Monaten März und April 2008 statt.

Während der Interviews wurde von den Befragten eine zurückhaltende interessierte Haltung eingenommen. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine dreiviertel Stunde. Bei einigen Interviews ergaben sich trotz der Technik des losen Interviewleitfadens kaum Abschweifungen und Ergänzungen seitens der Befragten. Es wurden konkrete und prägnante Antworten gegeben. Die Bemühungen richteten sich dahingehend, die Fragen möglichst offen zu stellen, um die Expertinnen und Experten wenig in ihrer Meinung und Einstellung zu beeinflussen. Allerdings entstand meistens kein richtiger Erzählfluss. Begründungen für die knappen Antworten werden in der Tatsache vermutet, dass die meisten Expertinnen und Experten nicht gewohnt sind außerhalb der eigenen Profession – mit Laien – über den bereits erwähnten Themenschwerpunkt zu sprechen. Ein weiterer Grund wird in der Zeitknappheit gesehen, die sich unweigerlich ergab, wenn die Interviews während der Dienstzeit geführt wurden. Störfaktoren wie Telefonate und Lärmbelästigungen erschwerten die Interviews.

Bei anderen Interviews gestaltete sich die Gesprächssituation entspannter, da eine räumliche Distanz von der Station möglich war und dadurch eine angenehme Gesprächsatmosphäre ermöglicht wurde.

5.2.2 Narrative Interviews

Narrative Interviews finden vorrangig im Zuge biografischer Forschungstätigkeit ihre Anwendung (vgl. Flick 2007: 228). Die Interviewform eignet sich besonders gut *„wenn es dem Forscher um die Rekonstruktion komplexer Sachverhalte in der sozialen Wirklichkeit geht, die auch als Geschichte erzählt werden kann“* (Glinka 1998: 25). Im Mittelpunkt des Interesses liegt ein sozialer Prozess, der eine individuelle Ablaufstruktur aufweist. Kennzeichnend für diese Methode ist die Motivation der Befragten sich an vergangene Sachverhalte zu erinnern und diese selbst erlebten Ereignisse zu erzählen. Die Zielsetzung besteht darin, einen Erzählfluss in Gang zu setzen, der eventuelle Erinnerungslücken und Barrieren abbaut (vgl. Glinka 1998: 25-26). Die Befragten sollen dazu bewegt werden, die zusammenhängende Geschichte des in Frage kommenden Gegenstandsbereichs mit allen relevanten Ereignissen von Anfang bis Ende zu erzählen. Der Kern eines narrativen Interviews ist die Erzählung eines Ereigniszusammenhangs, den die befragte Person (zumindest teilweise) selbst erlebt hat. Die dominante Darstellungsform ist dabei die Erzählung einer Geschichte.

Der Ablauf der narrativen Interviewform erfolgt in verschiedenen Phasen. Nach einer kurzen Erklärungsphase über die Funktion und die Besonderheiten des narrativen Interviews beginnt die Erzählaufforderung mit einer möglichst breiten und offenen Eingangsfrage, die sich zwar auf einen spezifisch angesprochenen Themenbereich bezieht, aber die Befragte oder den Befragten in der Abfolge des Erzählten nicht beeinflussen darf (vgl. Flick 2000: 229-232), denn *„in der narrativ-retrospektiven Erfahrungsaufbereitung wird so berichtet, wie die erlebnisgeschichtlichen Ereignisse vom Erzähler als Handelnden erfahren worden sind“* (Schütze 1976: 197 in Flick 2000: 232).

Dieses Charakteristikum bildet die Grundlage, denn *„...Wir dürfen keinesfalls eine enggefaßte Beobachtungsperspektive, die die Aufmerksamkeit a priori fokussieren und die gleichzeitig viele andere Erscheinungen ausblenden würde, einnehmen. Wir wollen uns ja gerade auch öffnen für das andere Fremde“* (Glinka 1998: 27). Das Merkmal dieser Gesprächsphase besteht im Rückzug der Interviewerin oder des Interviewers aus der aktiven Rolle eines Gesprächspartners und in der Übernahme der Funktion der aktiven Zuhörerinnen oder des aktiven Zuhörers. Ziel dieser bestätigenden und empathischen Haltung ist, den Erzählfluss zu unterstützen. Den Abschluss dieser Phase gibt die Befragte oder der Befragte vor (vgl. Flick 2000: 230-236).

Der narrative Nachfrageteil bietet Gelegenheit, offene Punkte oder aufgetretene

Unklarheiten seitens der Interviewerin oder des Interviewers erneut aufzugreifen, um diese wiederum in Erzählform beantwortet zu bekommen. Die Bilanzierungsphase erlaubt detailliertes und konkretes Nachfragen zu spezifischen Themenbereichen, um Begründungen für Haltungen und Motivationen zu erhalten (vgl. Flick 2000: 230).

5.2.2.1 Wahl der Forschungsmethode

Obwohl die Methode der narrativen Interviews als äußerst zeitaufwendig eingestuft wird, wird dieses Instrument für die Befragung der betroffenen Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, aus mehreren Gründen als vorteilhaft angesehen. Da die wenigsten Frauen Erfahrungen mit Interviews haben, stehen sie dieser Methode der qualitativen Forschung mit Vorbehalt und Respekt gegenüber. Um die Unsicherheitsfaktoren gering zu halten, können die Frauen bei dieser Interviewform die Sequenz ihrer Lebensgeschichte selbst strukturieren. Es liegt in ihrer Entscheidung, wie der Aufbau und die Vertiefung ihrer Erzählung erfolgt. Aus diesem Prozess entsteht ein tiefer Einblick in die persönlichen Geschichten der Frauen (vgl. Flick 2000: 234-236).

Ein weiteres Kriterium besteht in der Tatsache, dass den Befragten die Wahl des Ortes, an dem das Interview durchgeführt wird, selbst überlassen wird. Die vertraute Umgebung ermöglicht eine geschützte Atmosphäre, die wiederum für eine Vertiefung der Gesprächsinhalte verantwortlich sein kann (vgl. Glinka 1998: 35).

Durch diese Interviewmethode werden viele Themen angesprochen, die nur eingeschränkt für die Ergebnisse von Relevanz sind. Um trotzdem spezielle Schwerpunkte zur Sprache zu bringen, wurde gezielt nachgefragt (vgl. Flick 2000: 238).

5.2.2.2 Kriterien zur Auswahl der Zielgruppe

Die Arbeit war auf fünf Frauen, die die Erfahrung einer Kaiserschnitt-Geburt im Hausch-Krankenhaus erlebt hatten, angelegt. Vorab wurde ein selektives Sampling in Erwägung gezogen, wobei spezielle Merkmalsausprägungen als Kriterien für die Auswahl der Befragten ausschlaggebend waren. Ziel der Forschung bestand darin, unterschiedliche Fälle in den Untersuchungsprozess einzubeziehen, um ein möglichst breites Spektrum zu erfassen.

Kriterien, die für die Auswahl der Gesprächspartnerinnen entscheidend waren und bei denen unterschiedliche Gesichtspunkte und Haltungen erwartet wurden, waren:

- Geplanter oder ungeplanter Kaiserschnitt,
- Kaiserschnitt auf Verlangen im Vergleich zu Notsectio,
- Periduralanästhesie oder Vollnarkose,
- Frauen mit inländischer Abstammung oder Frauen mit Migrationshintergrund,
- Ausbildungsstatus der Frauen.

Die Befragten sollten im Hanusch-Krankenhaus ihre Kaiserschnitt-Geburt erfahren haben, damit die Gegenüberstellung der Bedürfnisse der Frauen mit den Angeboten desselben Krankenhauses eine qualitativ höherwertige Aussagekraft hat. Die Geburt sollte im Zeitraum zwischen August 2006 und Februar 2008 liegen, weil die jungen Mütter im ersten halben Jahr mit der Eingewöhnung ihrer neuen Rolle beschäftigt sind. Das Ereignis sollte nicht länger als zwei Jahre zurückliegen, weil die meisten Frauen nach zwei Jahren Elternkarenz wieder in den Arbeitsprozess integriert sind, womit ihre Zeitressource für die Interviewdurchführung stark eingeschränkt ist.

Aufgrund des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000), BGBl. I 165/1999 Artikel 1 § 1 Abs. 1, das besagt, dass *„Jedermann hat, insbesondere auch in Hinblick auf die Achtung seines Privat- und Familienlebens, Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht.“* (Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I 165/1999 Artikel 1 §1 Abs. 1 in <http://www.dsk.gv.at/dsg2000d.htm#1>), war es nicht möglich, Frauen nach den zuvor beschriebenen Anforderungen, beispielsweise aus dem Geburtenbuch auszuwählen. Durch geringe Personalressourcen sowohl im ärztlichen als auch im administrativen Bereich des Krankenhauses war es auch unmöglich, betroffene Frauen, die den Kriterien entsprachen, genannt zu bekommen, da eine vorherige Kontaktaufnahme seitens der Institution zwecks Einhaltung des Datenschutzgesetzes zu aufwendig gewesen wäre.

Um eine andere Zugangsmöglichkeit zur Zielgruppe zu erschließen, wurde die Samplingstrategie kurzfristig auf das Schneeballverfahren geändert. Bei dieser Variante werden durch konkretes Erfragen zukünftige Interviewpartnerinnen gewonnen. *„Dieses Vorgehen orientiert sich nicht am Prinzip der Varianzmaximierung, sondern an Strukturen des untersuchten Feldes.“* (Reinders 2005: 14).

Die Auswahlkriterien beschränkten sich daher lediglich auf den Zeitraum der Kaiserschnitt-

Geburt, die zwischen August 2006 und Februar 2008 liegen sollte. Es wurde keine Rücksicht hinsichtlich der Wahl des Krankenhauses, der Indikationen des Kaiserschnitts, des Ablaufs und des Status genommen.

Der Feldeinstieg erfolgte durch die Teilnahme an der Stillgruppe, die zu den begleitenden ambulanten Angeboten des Hanusch-Krankenhauses zählt. Tatsächlich kam es zur Kontaktaufnahme mit einer Frau, die den Kriterien entsprach, sich zu einem Interview bereit erklärte und Frauen mit ähnlichen Erfahrungen empfehlen konnte. Von der Teilnahme an der Rückbildungsgymnastikgruppe wurde abgesehen, da dieses Angebot maximal ein halbes Jahr nach der Geburt in Anspruch genommen wird und daher keine Interviewpartnerinnen im erwünschten Geburtszeitraum erwartet werden konnten.

Ein weiterer Zugang zu Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrungen war die Nachfrage im Bekanntenkreis. Es gab eine interessierte Frau, die sich bereit erklärte aus ihrem Erfahrungsschatz zu berichten und zusätzlich Unterstützung durch die Empfehlung von weiteren potentiellen Interviewpartnerinnen.

Nachdem im Rahmen des Schneeballprinzips keine Frau im Hanusch-Krankenhaus entbunden hatte, wurde an den Abteilungsvorstand das Anliegen gerichtet, zwei Frauen seiner Wahl für ein Interview zu motivieren. Schlussendlich war eine Frau zu einem Interview bereit.

Die Vorstellung der interviewten Frauen ist im Kapitel 6.1.2 nachzulesen.

5.2.2.3 Durchführung der Interviews

Alle sechs Interviews fanden in den Wohnungen der Befragten statt. Die vertraute Umgebung schaffte eine rasche Vertrauensbasis, weshalb drei der sechs Frauen bereits bei der Begrüßung das Du-Wort anboten.

Die Interviews wurden im Monat Juni 2008 durchgeführt. Die Interviewpartnerinnen wurden bereits am Telefon kurz über die Motivation für das Interview und das Thema der Befragung informiert. Den passenden Zeitpunkt für das Interview zu finden, oblag den betroffenen Frauen, die sich nach ihren Kinderbetreuungszeiten und anderen Erledigungen richteten. Die Interviewsituationen gestalteten sich unterschiedlich. Bei drei Frauen gab es die Möglichkeit einer Kinderbetreuung während des Interviews, was die Gesprächssituation sehr entspannte. Bei einer anderen Frau gestaltete sich die Situation schwieriger. Sie hatte zwar ihre Kinder im Kindergarten, allerdings war ein Hund anwesend und suchte ständig nach Aufmerksamkeit. Zwei Mütter hatten ihre noch zu stillenden Kinder beim Interview

dabei.

Diese Situation erforderte größte Aufmerksamkeit seitens der Interviewerin und erschwerte einen störungsfreien und unbeeinflussten Erzählfluss, der beim Verlauf des narrativen Interviews möglich sein sollte. Es entstand die Notwendigkeit den Nachfrageteil ausführlicher zu gestalten.

Die betroffenen Frauen waren alle sehr motiviert über ihre Kaiserschnitt-Geburt zu berichten. Es bestätigte sich, dass Frauen, deren Geburt länger zurücklag viel sachlicher über das Erlebnis erzählten und weniger Details in Erinnerung hatten.

Durch das Schneeballprinzip als Auswahlverfahren konnte zu der Zielgruppe „Frauen mit Migrationshintergrund“ bedauerlicherweise kein Kontakt hergestellt werden. Alleinerziehende Frauen, wie auch Frauen mit einem niedrigen Ausbildungsstatus gehörten nicht zur Gruppe der Interviewten. Überlegungen wurden dahingehend angestellt, Kontakte zum Eltern-Kind-Zentrum herzustellen, um diese Zielgruppe zu erreichen. Es gestaltete sich aber zu schwierig von der Magistratsabteilung 11 eine Genehmigung erteilt zu bekommen, unverbindlich an einer Eltern-Gruppe teilzunehmen und betroffene Frauen um ein Interview zu ersuchen.

5.3 TRANSKRIPTION

Die Gespräche wurden im Einvernehmen mit den Befragten auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Sowohl die Expertinnen- und Experteninterviews als auch die narrativen Interviews wurden wortwörtlich wiedergegeben, dabei auf den Dialekt Rücksicht genommen und etwaige Pausen angemerkt. Falls sich sinngemäße Wiederholungen ergaben, wurde auf die bereits erwähnten Inhalte mit der dazu gehörigen Zeilennummer hingewiesen. Die Namen der Expertinnen und Experten wurden weggelassen, da nur die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe relevant war. Die betroffenen Frauen wurden ebenfalls anonymisiert. Lediglich demographische Daten wie das Alter bei der Geburt, der Familienstand und die Ausbildung wurden für die Auswertung herangezogen.

5.4 AUSWERTUNG

Die Auswertung der qualitativen Interviews zielt darauf ab, die Aussagen der

unterschiedlichen Zielgruppen, der Expertinnen und Experten und der betroffenen Frauen mit der Erfahrung einer Kaiserschnitt-Geburt, gegenüberzustellen und Überschneidungen und Gegensätzlichkeiten herauszuarbeiten, um diese anschließend zu analysieren und zu interpretieren. Das Auswertungsverfahren orientiert sich an der Methode des thematischen Kodierens von Uwe Flick (vgl. Flick 2007: 402).

Das Verfahren stellt einen mehrstufigen Prozess dar. Die erste Annäherung an das Interview erfolgt durch eine Kurzbeschreibung des Falls. Inhalt dieser Darstellung ist eine kurze Personenbeschreibung, eine Zusammenfassung des zentralen Themas und die Zuordnung zu einem Motto, die *„zunächst heuristischen Wert für die anschließenden Analysen hat. Nach Abschluß der Fallanalyse ist sie (eventuell in überarbeiteter Form) Bestandteil ihrer Ergebnisse.“* (Flick 2007: 403).

Der nächste Schritt besteht in der Erarbeitung eines Kategoriensystems, das anhand der Textanalyse der Interviews erstellt wird. Ein besonderes Merkmal dieser Methode ist, dass bei der Formulierung der thematischen Struktur zuerst offen, dann selektiv vorgegangen wird. Um die Darstellung der Untersuchungsergebnisse übersichtlich zu gestalten, werden die Inhalte in Kernkategorien zusammengefasst, denen Kapitel zugeordnet werden. Ein entscheidender Gesichtspunkt liegt darin, dass für die ersten Interviews eigene Fallanalysen entwickelt werden, die dann sukzessive mit den weiteren Interviews überprüft werden, wobei Überschneidungen vermerkt und wenn notwendig ergänzt werden. Mit diesem Vorgehen wird die Vergleichbarkeit der Inhalte erleichtert (vgl. Flick 2007: 402-404).

Bei der Feinanalyse – dem dritten Schritt des Auswertungsprozesses – werden bereits inhaltliche Interpretationen vorgenommen.

Um gewisse Inhalte strukturiert und vergleichbar zu machen, wird jedes Interview nach dem Kodierparadigma von Strauss (vgl. Strauss 1991: 57-58 in Flick 2007: 405) bearbeitet. Dabei steht eine konkrete Auseinandersetzung mit den Themenschwerpunkten, den Bedingungen, den Interaktionen zwischen den Handelnden, den Strategien und Taktiken und den Konsequenzen im Vordergrund (vgl. Flick 2007: 405). *„Dabei werden ähnliche Kodierungen in der einzelnen Gruppe zusammengefaßt und spezifische Themen der jeweiligen (Berufs-)Gruppen herausgearbeitet. Aus dem konstanten Vergleich der Fälle auf der Grundlage der entwickelten Struktur läßt sich das inhaltliche Spektrum der Auseinandersetzung der Interviewpartner mit den jeweiligen Themen skizzieren.“* (Flick 2007: 407).

Der letzte Schritt besteht in der Gegenüberstellung der unterschiedlichen Kategorien

beziehungsweise Themenschwerpunkte des erarbeiteten Kategorienschemas. Nach einer Skizzierung der unterschiedlichen Perspektiven werden diese verglichen und interpretiert.

6 DARSTELLUNG UND VERGLEICH DER ERGEBNISSE

6.1 PRÄSENTATION DER INTERVIEWPARTNERINNEN &-PARTNER

6.1.1 Das interdisziplinäre Team der Abteilung für Geburtshilfe

Im Hanusch-Krankenhaus ist die Abteilung für Geburtshilfe mit der gynäkologischen Abteilung gekoppelt.

Das interdisziplinäre Team der Geburtshilfe-Abteilung lässt sich hinsichtlich der Zuständigkeiten in ein Team für medizinische Angelegenheiten und in Expertinnen und Experten aus dem psychosozialen Bereich unterteilen. Diese Multiprofessionalität ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung der Mutter vor, während und nach der Geburt.

Die Berufsgruppen, die sich den Expertinnen- und Experteninterviews stellten, waren:

- Fachärzteschaft,
- Gesundheits- und Krankenpflegepersonal,
- Hebammen,
- Kinderkrankenschwestern,
- Physiotherapie,
- Sozialarbeit,
- Psychologie/Psychotherapie.

Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass die Tätigkeitsbereiche der Berufsgruppen der Abteilung für Geburtshilfe genau definiert und voneinander deutlich abgegrenzt sind. Das Team bewertet dies hinsichtlich einer effizienten Zusammenarbeit als vorteilhaft. Die Abteilung ist örtlich auf drei Ebenen aufgeteilt. Trotzdem ergeben die räumliche Nähe von Kreißsaal, Kinderzimmer und Operationssaal einerseits und von Station und Sozialarbeit andererseits überschaubare Strukturen, die die Kooperationen zwischen den jeweiligen Berufsgruppen fördern. Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner betonen die gute interdisziplinäre Vernetzung, gleichwohl sie es bedauern, dass durch den knappen Personalstand begrenzte Zeitressourcen für interne Besprechungen zur Verfügung stehen. Die Informationsweitergabe bezüglich ihrer Patientinnen und deren Neugeborenen funktioniert unbürokratisch sowie auch die Kommunikationskultur innerhalb des Teams.

„Es baut jeder eine andere Beziehung zu einer Patientin auf. Es ist sehr häufig, wer das Erstgespräch macht, der baut da in der Beziehung auf. Beim Nachtdienst, wenn die ihre Runde durchgehen und sie dann mehr Zeit haben zu reden. [...] Aber ich

glaub´ da sucht sich der Patient seinen „Partner“. Oder sie kommt zum Arzt, wenn es ein Arzt ist, den sie kennt, dann werden sie sich an ihm wenden und der gibt ´s wieder an uns weiter. Das geht dann kreuz und quer, das ist interdisziplinär diese Verknüpfung.“ (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP), Interview 4, Seite 7-8, Zeile 230-249)

Die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit wird als Unterstützung angesehen. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter steht im täglichen Kontakt mit der Station, der Hebamme und der Kinderkrankenschwester, so wie auch der Ambulanz an Tagen der Schwangerenambulanz.

Die Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse spiegeln die hierarchische Struktur eines Krankenhauses wider.

In den Interviews ergaben sich hinsichtlich der Thematik Kaiserschnitt spezifische Aufgabenverteilungen. Die Berufsgruppen des medizinischen Bereichs sind sowohl vor der Geburt oder der Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt, als auch während der Geburt die hauptsächlichen Ansprechpersonen. Nach dem Kaiserschnitt wird die Sozialarbeit dann involviert, wenn die Notwendigkeit besteht, den Frauen beispielsweise bei administrativen und finanziellen Angelegenheiten oder bei Wohnungsproblematiken und fehlenden Ressourcen für die Kinderbetreuung daheim, Hilfestellung zu geben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Darstellung der interviewten Berufsgruppen und ihrer spezifischen Aufgabenverteilung bei Kaiserschnitt-Geburten

	Angebote vor Geburt	Aufklärung bei Kaiserschnitt	Ablauf der Operation	Stationäre Nachbetreuung
Fachärzteschaft	X	X	X	
Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	X	X		X
Hebammen	X	X	X	X
Kinderkrankenschwestern				X
Physiotherapie	X			X
Sozialarbeit	X			X
Psychologie/Psychotherapie	X	X		X

6.1.2 Vorstellung der Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrung

Sechs Frauen waren zu einem Narrativen Interview bereit. Die Interviewpartnerinnen

befanden sich in der Altersgruppe zwischen 32 und 39 Jahren, was dem allgemeinen Trend des steigenden Alters bei Geburten entspricht.

Bei allen sechs Frauen war eine medizinische Indikation Grund des Kaiserschnitts. Vier der Frauen hatten eine geplante Sectio. Eine der Frauen bekam während des Geburtsverlaufs die Empfehlung zur Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt. Bei der zuletzt befragten Frau wurde eine eilige Sectio bereits kurz nach Einsetzen der Wehentätigkeit vorgenommen. Diese Frau war die Einzige, bei der eine Intubationsnarkose als Anästhesiemethode notwendig wurde, die anderen fünf Interviewpartnerinnen bekamen eine Periduralanästhesie (siehe Tabelle 2).

Vier der befragten Frauen (Interviewpartnerinnen 2, 4, 5 und 6) hatten ausschließlich Kaiserschnitt-Geburten. Zwei dieser Frauen erlebten jeweils eine Kaiserschnitt-Entbindung, die anderen zwei Frauen brachten jeweils ihre beiden Kinder mittels Kaiserschnitt zur Welt. Interviewpartnerin 1 erlebte bei ihrem ersten Kind eine vaginale Geburt und bei ihrem zweiten Kind einen Kaiserschnitt. Interviewpartnerin 3 hatte bei ihrem letzten von vier Kindern eine Geburt mittels Kaiserschnitt.

Tabelle 2: Übersicht der befragten Frauen in der Reihenfolge der Interviewdurchführung

	Geburtsjahr der Frau	Anzahl der Kaiserschnitt-Geburten	Art des Kaiserschnitts (KS)	Indikation	Anästhesie
Interview 1 4. Juni 2008	1974	2. Kind 2006	primärer KS	Beckenendlage	Periduralanästhesie
Interview 2 6. Juni 2008	1968	1. + 2. Kind 2005 + 2007	primärer KS, Re-Sectio	Bluthochdruck der Mutter	Periduralanästhesie
Interview 3 10. Juni 2008	1968	4. Kind 2007	Primärer KS	Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)	Periduralanästhesie
Interview 4 15. Juni 2008	1967	1. Kind 2008	sekundärer KS	Dauer/ Stressfaktoren	Periduralanästhesie
Interview 5 27. Juni 2008	1968	1. + 2. Kind 2003 + 2006	primärer KS, Re-Sectio	Bluthochdruck Risiko Netzhautablösung	Periduralanästhesie
Interview 6 30. Juni 2008	1972	1. Kind 2006	Not KS	Herztonabfall des Kindes	Vollnarkose

6.1.2.1 Geburten-Anamnese

Die Darstellung der Vorgeschichte der Frauen bezüglich Anzahl und Verlauf vorhergehender Schwangerschaften dient als Hintergrundinformation, die Zusammenhänge

in Bezug auf den Entscheidungsprozess, die Wahrnehmung und die Verarbeitung der Geburtssituation erkennen zu lassen.

Die erste Schwangerschaft und Geburt von **Interviewpartnerin 1** wurden als völlig unauffällig beschrieben. Die zweite Schwangerschaft wurde durch einen vorhergehenden Abortus als Risikoschwangerschaft eingestuft. Aufgrund einer Beckenendlage wurde vom Facharzt ein Kaiserschnitt empfohlen. Die Wehentätigkeit begann bereits eine Woche vor dem geplanten Termin des Kaiserschnitts.

Interviewpartnerin 2 brachte 2005 und 2007 ihre beiden Kinder per Sectio zur Welt. Durch einen vorangegangenen Abortus wurde die erste Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft geführt. Die werdende Mutter litt bei beiden Geburten unter Bluthochdruck, weshalb aus Sicherheitsgründen ein Kaiserschnitt dringend angeraten wurde.

Interviewpartnerin 3 hatte bereits drei vorangegangene Schwangerschaften, wobei das erste Kind im Alter von drei Monaten verstarb und das zweite Kind tot geboren wurde. Die dritte Schwangerschaft endete mit einem Abortus. Diese Anamnese war der Grund für die Einstufung als Risikoschwangere. In den letzten Wochen der vierten Schwangerschaft entwickelte sich eine Gestose (Schwangerschaftsvergiftung), weshalb letztlich eine Kaiserschnitt-Entbindung notwendig wurde.

Interviewpartnerin 4 gab einen langjährigen Kinderwunsch an, der sich erst im Alter von 39 Jahren erfüllte. Die Schwangerschaft gestaltete sich unauffällig. Aufgrund eines zu langsamen Geburtsfortschritts riet der Facharzt zur Geburtsbeendigung mittels Kaiserschnitt.

Bei **Interviewpartnerin 5** wurde die erste Schwangerschaft erst im vierten Monat erkannt, die zweite Geburt erfolgte drei Jahre später. Bis zur ersten Schwangerschaft wurde seitens des Facharztes eine Unfruchtbarkeit der Frau diagnostiziert. Aufgrund von Bluthochdruck und des Risikos einer Netzhautablösung während der Presswehen, wurde bei beiden Kindern ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Interviewpartnerin 6 erwartete ihr erstes Kind im Alter von 34 Jahren. Die Schwangerschaft verlief unauffällig. Die Entscheidung das Kind mittels Kaiserschnitt zur Welt zu bringen, wurde zu Beginn der Wehentätigkeit getroffen. Grund dafür waren

Unregelmäßigkeiten des kindlichen Herzschlags, weshalb zwanzig Stunden nach der Geburt ein Transfer in eine Beobachtungsstation eines Kinderspitals erfolgte.

6.1.3 Kategoriensystem

Um die Interviews des interdisziplinären Teams und der betroffenen Frauen vergleichbar zu machen, wurden inhaltliche Schwerpunkte gesetzt. Aufgrund der angewandten Auswertungsmethode „Thematische Kodierung“ von Flick ließen sich die Inhalte aller Interviews in sieben Kategorien zusammenfassen:

- Vorbereitung auf die Geburt, im speziellen auf eine Sectio,
- Medizinische Aufklärung bei einem Kaiserschnitt,
- Indikation und Entscheidungsprozess bis zur Kaiserschnitt-Geburt,
- Ablauf und Erleben der operativen Geburtsbeendigung,
- Auswirkungen der Kaiserschnitt-Geburt und deren Verarbeitung,
- Auswirkungen auf das Kind,
- Betreuung durch das Fachpersonal.

6.2 VORBEREITUNG AUF DIE GEBURT

6.2.1 Angebote zur Geburtsvorbereitung seitens der Abteilung für Geburtshilfe

In den Interviews wurde betont, dass eine große Anzahl an Kursen und Informationsabenden stattfinden, die vom Team der Geburtshilfe-Abteilung organisiert werden und der Geburtsvorbereitung von schwangeren Frauen dienen. Die **Kurse** und deren Ansprechpersonen sind in einer übersichtlichen **Informationsbroschüre** aufgelistet, die den werdenden Eltern bei der ersten Kontaktaufnahme in der Schwangerenambulanz ausgehändigt wird. Die Kurse stehen den werdenden Müttern **unentgeltlich** zur Verfügung, was bedeutet, dass es keine finanzielle Barriere gibt. Die werdenden Eltern lernen durch die Teilnahme sowohl die Räumlichkeiten als auch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Geburtshilfe kennen, was eine gewisse **Vertrauensbasis** für den Tag der Geburt schafft.

Die Initiative der Frauen ist gefragt, wenn es darum geht, sich bei den jeweiligen Angeboten anzumelden. Die Kurse werden alle in Deutsch abgehalten, was eine **Sprachbarriere** für Frauen mit Migrationshintergrund bedeuten kann.

Die Inhalte der Angebote, die teils in Kursen, teils in persönlichen Gesprächen vermittelt werden, wurden hinsichtlich einer Auseinandersetzung mit dem Thema Kaiserschnitt-

Geburt dargestellt und überprüft (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Auflistung der Angebote nach den Berufsgruppen der Fachärzteschaft, DGKP, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Physiotherapie, Sozialarbeit , Psychologie/Psychotherapie

	Angebote zur Vorbereitung auf einen Kaiserschnitt	Angebote
Fachärzteschaft	X	Vortrag über operative Geburtsmethoden
Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP)		Stationsführungen
Hebammen	X	Geburtsvorbereitungskurs
Kinderkrankenschwestern		Stillinformation
Physiotherapie	X	Schwangerengymnastik
Sozialarbeit	X	Anmeldung Wäschepaket inklusive Beratung bei Behördenwegen
Psychologie/Psychotherapie		Beratungsgespräch bei Kaiserschnitt auf Verlangen

6.2.1.1 Stationsführungen

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bietet Stationsführungen für schwangere Frauen und deren Partner an, die ein erstes **Kennen lernen** der Räumlichkeiten und des **Tagesablaufs** der Station ermöglicht. Ziel ist, eine Entscheidungshilfe für die Auswahl des Spitals beziehungsweise der **Abteilung für Geburtshilfe** zu geben. Die erste Kontaktaufnahme der werdenden Eltern erfolgt bereits frühzeitig ab dem vierten Schwangerschaftsmonat. Im Interview wird hervorgehoben, dass die schwangeren Frauen durch die Möglichkeit des Internets außerordentlich gut für die Auswahl des richtigen Krankenhauses für ihre Geburt vorbereitet sind.

„Die Frauen kommen auch hierher und informieren sich vor Ort, schauen sich den Kreißsaal an, schauen sich das Kinderzimmer an, schauen sich die Station an, haben Fragen, was ist, wenn, wann, was, bis zum **Kind** hin, wo es dann hinkommt, wenn es **transferiert** wird. ... Sie möchten schon schauen, wo sie das Gefühl haben das passt ihnen am besten. Es kommt nicht nur drauf an, wo der **nächste Bezirk** ist....aber es schreckt niemand ab, dann weiter zu fahren, wenn er das Gefühl hat, dort ist er besser aufgehoben.“ (DGKP, Interview 4, Seite 15-16, Zeile 508-516)

6.2.1.2 Geburtsvorbereitungskurs

Der Geburtsvorbereitungskurs liegt in der Zuständigkeit der Hebammen. Der Kurs dauert

fünf Abende und bietet grundsätzliche Informationen zur Vorbereitung auf den **Geburtsverlauf** und die unmittelbare Zeit danach an, sowie auch die Möglichkeit des **Erfahrungsaustauschs** der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander und der Klärung von individuellen Fragen.

Der dritte Abend wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt gehalten und widmet sich speziell dem Thema **Geburtskomplikationen**, wie der Intervention mit Saugglocke, dem Kaiserschnitt und den üblichen Anästhesieverfahren.

„Da kennt sich die Gruppe auch schon gut, da haben sie nicht mehr so die Scheu. Am ersten Abend sind sie noch wie Mauserln. Das sind ja immer die gleichen. Die Gruppen sind nicht groß, 12 Paare maximal, da kennen sich die Frauen schon vom Turnen oder vom Kaffeehaus. ..., da merkst dann schon, da trauen sie sich schon und fragen.“ (Hebamme, Interview 2, Seite 11, Zeile 341-346)

Die Möglichkeit, neben den Indikationen zusätzlich die technischen Geräte und die Art der Anwendung kennen zu lernen, wird von den Frauen gerne angenommen. Die Informationen im Vorfeld werden im Interview von der Hebamme als unerlässlich angesehen, um in der Stresssituation der Geburt die Vorgänge im eigenen Körper und medizinisch unumgängliche Interventionen leichter nachvollziehen zu können.

Weiters wird großer Wert darauf gelegt, dass nicht nur die **schwangeren Mütter** motiviert werden, am Geburtsvorbereitungskurs teilzunehmen, sondern auch die **werdenden Väter** integriert werden. Während der Kreißsaalführung werden Paare häufig das erste Mal mit der auf sie zukommenden Situation der Geburt konfrontiert, die sehr wohl große Betroffenheit bei den werdenden Eltern auslösen kann. Es ist vorteilhaft, sich bereits vor der Geburt mit möglichen Risiken und Gefahren für Mutter und Kind sowie mit den Schmerzen während der Geburt auseinanderzusetzen.

Die Ärzteschaft und die Hebammen sehen eine Diskrepanz bei der Auswahl der inhaltlichen Schwerpunkte. Ambivalente Haltungen finden sich in den Interviews vielfach in der **richtigen Dosierung der Information**, die einerseits mögliche Gefahren für Mutter und Kind und die daraus resultierenden Schritte skizzieren, andererseits wiederum das besonders Schöne am Erleben einer Geburt unterstreichen soll. Die Aufklärungspflicht verlangt die detaillierte Angabe von Risiken und deren Folgen die Geburt betreffend, den Einsatz von Medikationen, diversen Anästhesieverfahren und Operationstechniken. Die Professionistinnen und Professionisten geben allerdings zu bedenken, dass der Unsicherheitsfaktor und eventuelle Ängste bezüglich des Geburtsvorgangs damit drastisch erhöht werden können. Ihre Erfahrungen zeigen, dass der Umgang mit Information

hinsichtlich kritischer Situationen im Geburtsverlauf, ein äußerst individueller Vorgang ist. Dieser kann ihrer Meinung nach nur im Einzelfall betrachtet und im persönlichen Gespräch bearbeitet werden.

6.2.1.3 Schwangerengymnastik

Die Schwangerengymnastik, die von der Physiotherapie initiiert wird, zielt nicht nur darauf ab, mit schwangeren Frauen die verschiedenen Geburtsstellungen zu erproben, sondern auch spezielle Entspannungs- und Atemtechniken zu üben. Diese Maßnahmen können den Geburtsverlauf entscheidend positiv beeinflussen und den Geburtsfortgang beschleunigen.

Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut bestätigt, dass das Thema Kaiserschnitt im Vergleich zur vaginalen Geburt auch in den Gruppen immer wieder thematisiert wird. In diesen Fällen wird die **Beckenbodenproblematik**, im Speziellen das **Inkontinenzrisiko** angesprochen.

Im Interview wird mehrmals darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, diese Muskulatur wieder zu trainieren.

„Es kursiert noch der Irrglaube, dass bei einem Kaiserschnitt das nicht notwendig ist, so nach dem Motto, das ist eh keine vaginale Geburt, da ist eh nichts unten passiert. Nur gibt es mittlerweile Studien, dass dies eigentlich vernachlässigbar ist, weil einfach die Schwangerschaft, die Belastung in der Schwangerschaft dieselbe war. Die Muskulatur ist schwach ... und gehört unbedingt wieder aktiviert.“ (Physiotherapie, Interview 7, Seite 7, Zeile 203-210)

Als vorteilhaft wird bewertet, wenn Frauen trotz eines geplanten Kaiserschnitts die Gymnastikgruppe weiter besuchen.

„...weil sie dann wieder auftrainieren. Nach der Geburt, nach dem Kaiserschnitt es natürlich um einiges leichter ist, wenn man vorher etwas gemacht hat, als wenn die Frauen untrainiert sind.“ (Physiotherapie, Interview 7, Seite 2, Zeile 44-46)

6.2.1.4 Stillinformation

Bei der Stillinformation vor der Geburt wird laut Aussage der Kinderkrankenschwester das Thema Kaiserschnitt selten inhaltlich angesprochen.

„Es kommt niemand extra zur Stillvorbereitung, sondern die Frauen, die in der Gymnastik sind, können das anschließend in Anspruch nehmen. (...) Die Stillinformation wird sehr unterschiedlich angenommen. ..., das wird hauptsächlich von Erstgebärenden angenommen.“ (Kinderkrankenschwester, Interview 6, Seite 10-11, Zeile 343-355)

6.2.1.5 Einzelgespräche im medizinischen Bereich

Es gibt Frauen, die neben den Gruppenangeboten des Krankenhauses auch **persönliche Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten**, sowie mit der **Hebamme** in Anspruch nehmen.

Hebammen werden kontaktiert, wenn es darum geht, sich vor der Geburt Rat zu holen, um schlussendlich einen Kaiserschnitt zu verhindern.

„Bei der Beckenendlage ist das schon so. Die Frauen werden zu uns geschickt, da gibt's die Moxibustion – eine Akupunkturform, dass man versucht zu drehen. Das wird ihnen angeboten in der Ambulanz. Je nachdem, ob sie dann rauf kommen, machen wir das dann hier. Wenn sich das Kind nicht dreht, dann wird es halt ein Kaiserschnitt.“ (Hebamme, Interview 2, Seite 6, Zeile 190-194)

Das persönliche Gespräch mit Fachärztinnen und Fachärzten wird von den werdenden Eltern meist im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen eingefordert. Für Gespräche, um über den Schwangerschaftsverlauf und um über eventuelle medizinische Indikationen für operative Eingriffe zu sprechen, ist nach Meinung der Fachärzteschaft ausreichend Zeit vorhanden.

6.2.1.6 Einzelgespräche im psychosozialen Bereich

6.2.1.6.1 Sozialarbeit

Der Kontakt zur Sozialarbeit erfolgt über die **Anmeldung für das Wäschepaket**. Auf dieses Angebot wird in der Informationsbroschüre hingewiesen. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter bietet Raum für das Gespräch bezüglich **administrativer und finanzieller Fragen, Ängste und Unsicherheiten**, was von den schwangeren Frauen allerdings unterschiedlich angenommen wird.

Im Interview wird die geringe Kontaktaufnahme seitens der schwangeren Frauen bedauert. Die mangelnde Initiative wird in der Tatsache vermutet, dass zwar häufig Untersuchungen in der Ambulanz stattfinden und die Frauen vor Ort wären, aber aufgrund der sehr zeitaufwendigen ärztlichen Kontrollen danach augenscheinlich wenig Motivation besteht, sich für das Wäschepaket anzumelden.

„Momentan ist es für mich auch eine wichtige Aufgabe, dass ich immer wieder Kontakt zur Station halte, zum Kinderzimmer, zur Ambulanz, um einfach noch einmal zu sagen, schickt mir die Frauen. Es ist wichtig, dass ich sie vor der Geburt erreiche.“ (Sozialarbeit, Interview 8, Seite 8, Zeile 245-250)

6.2.1.6.2 Psychologie

Der Arbeitsschwerpunkt der Psychologin oder des Psychologen liegt in der Psycho-Onkologie. Diese Berufsgruppe wird von der Schwangerenambulanz nur dann involviert, wenn am Anfang der Schwangerschaft bei einer Frau ein besonders **hohes Maß an Ängsten** vor der Geburt auffällig wird.

6.2.2 Geburtsvorbereitung der schwangeren Frauen

6.2.2.1 Auswahl des Krankenhauses

Nach bekannt werden der Schwangerschaft stand für die interviewten Frauen die Auswahl des Spitals beziehungsweise der Abteilung für Geburtshilfe im Vordergrund. Die schwangeren Frauen, die die **Gynäkologin oder den Gynäkologen ihres Vertrauens** bei der bevorstehenden Geburt involvierten, wählten das **Krankenhaus**, in dem ihre Fachärztin oder ihr Facharzt praktizierten.

Eine andere Option war die Entbindung in einem **Privatspital** mit der Möglichkeit einer Betreuung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt ihrer Wahl.

„Ich glaub, es ist immer anders, wenn man in einem Privatspital mit dem gleichen Gynäkologen entbindet, als wenn man in irgendein öffentliches Spital geht. (...) Aber wenn ich jetzt in ein öffentliches Spital gehen würde und dass ich dann natürlich irgendeinen Arzt hab, grad den Diensthabenden, dass ich dann schon weniger Vertrauen hätte in die ganze Geschichte.“ (Interview 2, Seite 12, Zeile 376-395)

Für die interviewten Frauen, die ihre Ärztin oder ihren Arzt nicht zur Geburt mitnahmen, wurden **andere Entscheidungshintergründe** für die Auswahl der Geburtshilfe-Abteilung in Betracht gezogen.

„In erster Linie hab ich das Krankenhaus deswegen ausgesucht, weil es im **Nahbereich** liegt oder eines der nächsten ist. (...) Das (spricht die Ignaz Semmelweis Frauenklinik an) wäre mir einfach zu weit gewesen und ich wollt das Risiko nicht eingehen, soweit hinüber zu pendeln. (...) Was mir in zweiter Linie wichtig war, dass, wenn ich schon nicht in der Semmelweis Klinik bin, die ja keine **Intensivstation** hat, (...) wenn ich schon ein anderes nehmen muss, dass da komplett alles vorhanden ist.“ (Interview 1, Seite 12-13, Zeile 399-419)

Es ist deutlich erkennbar, dass für die Befragten ein **vertrautes und sicheres Umfeld** als weiterer Entscheidungsfaktor relevant war. Sie betonten, dass das Wohlfühlen primär mit einem hohen Vertrauen zu den handelnden Personen der Station und nur bedingt mit der Ausstattung zu tun hatte.

Diese Haltung spiegelte sich in der Tatsache wider, dass die interviewten Frauen geringes Interesse an einer Kreißsaalführung zeigten.

Frauen mit mehreren Geburten begründeten ihren **Spitalswechsel** einerseits mit dem **Dienstortwechsel der Ärztin oder des Arztes** ihres Vertrauens und andererseits mit vorhergehenden **negativen Geburts-Erfahrungen**, die mit dem Krankenhaus in Verbindung gebracht wurden.

6.2.2.2 Geburtsvorbereitung

Die interviewten Frauen wählten drei Varianten, um sich auf die Geburt vorzubereiten.

Als anfängliche Informationsquellen dienten den Frauen hauptsächlich einschlägige **Ratgeberliteratur, Internet-Recherchen und diverse Informationsbroschüren.**

„... ich habe Bücher gelesen. Die letzten Wochen vor der Geburt habe ich mich dann eher damit auseinandergesetzt, ... also mit dem Thema Geburt, dem Geburtsablauf, wie die Stadien sind, wie man einem Kind erleichtern kann geboren zu werden, was es an Möglichkeiten gibt, um Schmerzen zu reduzieren. Ich habe das einfach gelesen und aufgenommen.“ (Interview 6, Seite 1, Zeile 13-19)

Die **Kursangebote** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Geburtshilfe, wie Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik, waren den befragten Frauen bekannt. Diese wurden vorrangig von Erstgebärenden genutzt, einerseits um sich mit anderen Schwangeren auszutauschen und andererseits um sich Informationen bezüglich des Geburtsverlaufs zu beschaffen.

Im Rahmen der Angebote zur Geburtsvorbereitung fand der Geburtsvorbereitungskurs bei den interviewten Frauen den größten Anklang. Hintergrund der Teilnahme war sowohl die erwartete Vermittlung relevanter Informationen hinsichtlich des Geburtsgeschehens, als auch der erwünschte persönliche Austausch mit dem Fachpersonal. Die Inhalte für eine Einführung in das Thema Geburt wurden von den befragten Frauen als umfangreich und ausreichend beurteilt. Trotz alledem wurde im Nachhinein vom Großteil der Frauen mit Bedauern festgestellt, dass im aktuellen Geschehen der Geburt die Informationen nur bedingt genutzt werden konnten.

Kritische Äußerungen gab es bezüglich der inhaltlichen Schwerpunkte.

„Bei ihr hab ich das (Geburtsvorbereitungskurs) gemacht, aber nur so lange bis ich wusste, es wird ein Kaiserschnitt (...). Die Hebamme, die das gemacht hat, hat halt Tipps gegeben bei einer Geburt, aber eigentlich war im Prinzip alles für eine normale Geburt ausgelegt.“ (Interview 5, Seite 12, Zeile 395-404)

Weiters wurde bemängelt, dass die operativen Geburtsvarianten und deren mögliche Vorteile wie auch Nachteile sowie postoperative Beschwerden nur unzureichend thematisiert wurden.

Die Frauen, die diesen Kurs nicht besuchten, bevorzugten Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten im Bekanntenkreis.

Als weitere Option der Informationseinholung wurden von den Interviewpartnerinnen

persönliche Gespräche genannt. Es ist erkennbar, dass die Informationseinholung nicht an eine Vertreterin oder einen Vertreter einer bestimmten Berufsgruppe gebunden war, sondern vielmehr an eine Person, mit der bereits eine vertraute Gesprächsbasis vorhanden war. Als primäre Kontaktpersonen wurden erstens die Fachärztin oder der Facharzt, zu der oder dem eine enge Bindung aufgrund engmaschiger Untersuchungstermine aufgebaut werden konnte, zweitens eine selbst erwählte Wahlhebamme und drittens Ärztinnen und Ärzte aus dem Bekanntenkreis zur Meinungsbildung herangezogen.

6.2.2.3 Spezielle Vorbereitung auf eine Kaiserschnitt-Geburt

Es lassen sich deutliche Unterschiede zwischen einer geplanten und einer ungeplanten Sectio erkennen.

Der Zeitpunkt, an dem die Interviewpartnerinnen begannen, sich intensiver mit der Problematik einer operativen Geburtsbeendigung auseinanderzusetzen, hing mit der Bekanntgabe der medizinischen Indikation für einen Kaiserschnitt zusammen.

Die Konfrontation mit einem **geplanten Kaiserschnitt** löste eine hohe Motivation der Informationseinholung aus.

„Was hab ich gemacht ... Zeitungen, weil das ist immer wieder ein Thema unter dem Aufhänger Wunsch-Kaiserschnitt. (...) Hab im Bekanntenkreis gefragt, auch ihre Taufpatin, die Ärztin ist, also auch Ärzte gefragt, die wir so kennen.“ (Interview 3, Seite 6, Zeile 184-188)

Beim **ungeplanten Kaiserschnitt** musste sich die betroffene Frau mit der Information, die ihr das Fachpersonal in der kurzen Zeit vor der Operation übermitteln konnte, zufrieden geben.

„Ich hab weder etwas darüber gelesen, noch hab ich mit ihm (dem Gatten) darüber geredet, weil ´s für mich eigentlich klar war, dass das eine natürliche Geburt wird.“ (Interview 4, Seite 11, Zeile 563-565)

Die interviewte Frau mit der **eiligen Sectio** gab an, dass sie durch das rasche Vorgehen und das Entstehen einer Extremsituation mit dem Ablauf der Vorgänge überfordert war, obwohl sie vor der Geburt grundlegende Informationen gelesen hatte.

„Natürlich war ich auch bei einem Anästhesie Vortrag, bei dem über Periduralanästhesie gesprochen worden ist über Kaiserschnitt, aber ich habe das wahr genommen und das war es auch schon für mich, weil ich mir nie hätte vorstellen können, dass ich einen Kaiserschnitt brauchen hätte müssen,....“ (Interview 6, Seite 1, Zeile 24-27)

6.2.3 Fazit

Die Geburtshilfe-Abteilung stellt den Anspruch service- und kundenorientiert zu arbeiten.

Damit die Fachleute auf die Bedürfnisse der Zielgruppe differenzierter eingehen können, stellen sie den werdenden Eltern eine breite Palette an Angeboten in Form von Kursen und persönlichen Gesprächen zur Verfügung. Professionistinnen und Professionisten, die auf einer Abteilung für Geburtshilfe arbeiten oder wie im Falle der Sozialarbeit in enger Kooperation mit dieser Station stehen, zeigen eine hohe Motivation in der Aufklärung werdender Eltern über die Gegebenheiten auf der Station, den Geburtsverlauf und Verhaltensempfehlungen nach der Geburt. Sowohl der medizinische, der alternativmedizinische als auch der psychosoziale Bereich sind aktiv an der Zusammenstellung inhaltlicher Schwerpunkte beteiligt.

Es zeigt sich allerdings basierend auf den Ergebnissen der Interviews mit den Frauen ein überwiegendes Interesse am **Geburtsvorbereitungskurs** und der Schwangerengymnastik. Das Thema Kaiserschnitt wird im Geburtsvorbereitungskurs und - völlig unerwartet - ebenso in der Schwangerengymnastik inhaltlich angesprochen. Als verbesserungswürdig erscheinen die Geburtsvorbereitungskurse, die zwar großteils besucht werden, jedoch in Hinblick auf die Geburtsart Kaiserschnitt und die Aufklärung darüber als unzureichend beschrieben werden. Es gibt Kritik seitens der Frauen im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit dem Thema Kaiserschnitt, da die Kurse vorrangig auf den Verlauf einer vaginalen Geburt ausgerichtet sind. Potentielle Geburtskomplikationen und die daraus resultierenden Maßnahmen werden ihrer Meinung nach nur peripher thematisiert.

Das widerspricht allerdings dem Eindruck der Frauen, die vor der Geburt die Meinung vertreten, ausreichend Informationen über mögliche Komplikationen zu haben. Allerdings wird diese Ansicht nach einer durchgeführten Kaiserschnitt-Geburt von den Betroffenen häufig revidiert. Informationen aus den Kursen zum Thema Kaiserschnitt können durch den Stress in der tatsächlichen Situation nicht mehr abgerufen werden. Somit ist schlussendlich die Meinung bei den Frauen vorherrschend, nicht die für sie notwendigen Details erfahren zu haben. Auf die medizinischen Grundlagen wird praxisnah auf die Schmerzen und die Spätfolgen allerdings nur ungenügend eingegangen. Offensichtlich informiert vorrangig die Ärzteschaft auf eine nicht laiengerechte Art und Weise, um die Frauen auf etwaige Folgen vorzubereiten. Erschwerend für das Fachpersonal kommt hinzu, dass sich Frauen vor der Geburt nur ungern mit potentiellen Risiken und Schwierigkeiten auseinandersetzen wollen. Damit das Feedback der Frauen die Organisatorinnen und Organisatoren auch tatsächlich erreicht, wäre es günstig, sich nicht direkt nach den Kurseinheiten Rückmeldungen geben zu lassen, sondern die Reflexion erst nach der Geburt durchzuführen. Zu diesem Zeitpunkt

können die betroffenen Frauen besser beurteilen, was ihnen in der Geburtssituation an vorheriger Information geholfen hätte und welche Inhalte weniger hilfreich waren, um einer künftigen Unzufriedenheit der werdenden Eltern soweit als möglich entgegenzuwirken. Nach diesem Feedback können die inhaltlichen Schwerpunkte dementsprechend angepasst werden, um Frauen vor falschen Erwartungshaltungen bezüglich einer vaginalen Geburt und speziell einer Kaiserschnitt-Geburt zu bewahren.

Im ersten Drittel der Schwangerschaft steht die **Auswahl der Abteilung** für Geburtshilfe im Vordergrund, wobei folgende Kriterien der Entscheidungsfindung dienen. Wird auf die Begleitung der eigenen Fachärztin oder des Facharztes zur Geburt Wert gelegt, richtet sich die Wahl des Krankenhauses vielfach nach deren oder dessen Dienort. Privatkliniken kommen erst dann in die engere Wahl, wenn die eigenen Fachärztinnen oder Fachärzte nicht in einem öffentlichen Spital arbeiten.

Um sich einen Überblick über die unterschiedlichen Schwerpunkte der Geburtsabteilungen zu verschaffen, werden diverse Möglichkeiten genutzt. In erster Linie sind Internet, Ratgeberliteratur und Kursangebote der Krankenhäuser hilfreiche Informationsquellen.

Die Kreißsalauführungen - ein weiteres Angebot - sind zur Entscheidungsfindung bei der Auswahl des Krankenhauses nur für diejenigen wichtig, die keine eigene Ärztin oder keinen eigenen Arzt zur Geburtsbegleitung beanspruchen. Diese werdenden Eltern orientieren sich vorwiegend an der Nähe zum Wohnort, an der Ausstattung der Station und am ersten Eindruck bei der Anmeldung zur Geburt.

Es ist deutlich ersichtlich, dass sich die Eltern viel Zeit zur intensiven Recherche nehmen, bevor die Entscheidung fällt, in welchem Krankenhaus die Geburt stattfinden wird. Im Nachhinein betrachtet, betonen die betroffenen Frauen, dass die Ausstattung des Kreißsaals für sie nicht maßgeblich war. Bedeutend wichtiger sind Menschen, mit denen eine Vertrauensbasis entstehen kann und die in dieser extremen Situation emotionalen Beistand leisten können.

Grundsätzlich bemühen sich die Fachleute einer Geburtshilfe-Abteilung um eine **ganzheitliche Betreuung** der schwangeren Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und auf der Wochenbettstation. Trotzdem ist aus den Inhalten der Interviews bei den Fachleuten und bei den betroffenen Frauen eindeutig erkennbar, dass Schwangerschaft und **Geburt hauptsächlich in der Hand der Medizin** liegen.

Der Kontakt zur Hebamme erfolgt vor der Geburt nur bei speziellen Problemen, wie beispielsweise Beckenendlage. Ansonsten wird deren persönliche Beratung vor der Geburt nur wenig in Anspruch genommen, obwohl eine Beratung im Fall einer Kontaktaufnahme als äußerst hilfreich beurteilt wird. Es stellt sich die Frage, wieso **Hebammen** in der hierarchischen Struktur des Krankenhauses derart wenige Entscheidungsbefugnisse haben. Es wäre von Vorteil, dieser Berufsgruppe einen höheren Stellenwert einzuräumen, um ihr bereits während der Schwangerschaft mehr beratende Funktionen zuteil werden zu lassen. Eine Variante wäre die Einbindung in das Aufklärungsgespräch der Ärzteschaft, um Frauen zu sensibilisieren, dass die Geburt nicht nur ein hoch medizinischer Akt ist, sondern vorrangig von ihrer eigenen Motivation und aktiven Teilnahme abhängig ist. Dies würde vermutlich die Reduktion der Anzahl von Geburtsbeendigungen mittels Kaiserschnitt vorrangig bei der Indikation Erschöpfungszustand der gebärenden Frauen beziehungsweise zu hoher Stress für die Ungeborenen zur Folge haben.

6.3 MEDIZINISCHE AUFKLÄRUNG BEI EINEM KAISERSCHNITT

6.3.1 Aufklärung seitens des Fachpersonals

6.3.1.1 Mit der Fachärzteschaft

Das Aufklärungsgespräch liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit der Fachärztin oder des Facharztes. Bei einem geplanten Kaiserschnitt oder einem ungeplanten Kaiserschnitt bereits vor Wehenbeginn wird dieses Gespräch zeitgerecht vor der Geburt, am Besten mit beiden Elternteilen gemeinsam, geführt. Neben dem umfassenden Aufklärungsbogen, der in zahlreichen Sprachen aufliegt, gibt es eine mündliche Erklärung der Fachärztin oder des Facharztes über verschiedene Indikationen, die zu einem operativen Eingriff führen können, über den Ablauf dieser Operation, das Anästhesieverfahren und die Risiken für Mutter und Kind. Es wird in den Interviews auf die Tatsache hingewiesen, dass die Beteiligten erst dann durch ihre Unterschrift die Einwilligung zu einem operativen Eingriff geben, wenn keine Unklarheiten mehr vorhanden sind.

Interessant ist die ambivalente Haltung gegenüber den Inhalten der Informationsschwerpunkte.

„Was ich aufklären will ist, dass es eine Operation ist und sie nachher Schmerzen haben wird und es natürlich sein kann, dass es eine schlechte Wundheilung gibt und es zu einer Narbenbildung kommen kann, die vielleicht möglicherweise kein

besonders Zufriedenstellendes kosmetisches Ergebnis liefert, das sage ich schon (...) in Wahrheit muss ich aufklären bis zum Tod der Patientin, machen wir natürlich nicht, aber so sollte es eigentlich passieren.“ (Fachärzteschaft, Interview 5, Seite 6, Zeile 208-217)

Bei einer ungeplanten Sectio oder einer eiligen Sectio, der bereits eine Wehentätigkeit vorangeht, wird die Sinnhaftigkeit einer detaillierten Aufklärung als fraglich betrachtet. Die Erfahrung der Ärzteschaft hat wiederholt gezeigt, dass Frauen mit Wehen in der angespannten Situation einer bevorstehenden Kaiserschnitt-Geburt nicht mehr in der Lage sind, die komplette Information aufzunehmen. Des Weiteren geht die Vermutung dahingehend, dass die Frauen nur eingeschränkt fähig sind, diese schwierige Entscheidung die eigene Person und das Kind betreffend, mit Klarheit treffen zu können.

Die Ärztinnen und Ärzte müssen in dieser Situation eine klare Diagnose abgeben, die Grundlage für alle weiteren Entscheidungen gemeinsam mit den werdenden Eltern sein sollte.

6.3.1.2 Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist die erste Anlaufstelle bei geplanten Sectios. Es wird großen Wert auf eine entspannte Situation gelegt. Es sieht seine Aufgabe darin, den Frauen in Vorgesprächen den gesamten Ablauf einer Kaiserschnitt-Entbindung zu erklären sowie Verhaltensempfehlungen für die Zeit danach zu geben. Als äußerst wichtig wird das Ansprechen der zu erwartenden Schmerzen und der möglichen Gegenmaßnahmen angesehen. Die Versicherung der ständigen Anwesenheit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters der Station danach im Aufwachzimmer stellt eine Beruhigung für die Frauen dar. Das vorhergehende Besichtigen des Aufwachraums dient der besseren Orientierung nach der Operation. Weiters wird erklärt, in welcher Weise die erste Kontaktaufnahme mit dem Neugeborenen erfolgen wird.

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal hat die Erfahrung gemacht, dass die Frauen mit einer umfassenden Information über die Vorgänge einer Kaiserschnitt-Geburt besser auf den Ablauf vorbereitet sind und dadurch ruhiger werden.

„Wir versuchen ihnen die Angst zu nehmen vorm Kaiserschnitt. ... Es kommen oft dann Fragen von Patientinnen, die der Arzt schon abklären sollte. Manche Frauen kommen öfter als andere Patientinnen. Die merken es sich nicht, sind zu nervös und fragen dann wieder.“ (DGKP, Interview 4, Seite 1, Zeile 26-30)

Bei einem ungeplanten Kaiserschnitt, wenn die Geburt im Kreißsaal beginnt, lernt das Personal auf der Station die Patientinnen erst nach dem operativen Eingriff kennen.

6.3.1.3 Mit den Hebammen

Die Hebammen verfolgen wie die Kolleginnen und Kollegen der anderen Berufsgruppen das Ziel, die schwangeren Frauen auf die Option einer Kaiserschnitt-Geburt vorzubereiten, gerade deshalb, weil sich die meisten der werdenden Eltern nur mit dem Ablauf einer vaginalen Geburt auseinandersetzen.

„Nur ich sprech` es natürlich trotzdem an, weil es kann immer sein. Sie dürfen ja nicht enttäuscht sein, wenn man sich alles so schön ausmalt und dann ist ein Kaiserschnitt. Sie sind oft wirklich enttäuscht. ..., die haben das Gefühl, sie haben als Frau versagt. Ich hab mein Kind nicht normal auf die Welt bringen können, so in die Richtung geht das. Die leiden zum Teil extrem darunter, ich hab alles getan und warum ist es trotzdem nicht gegangen.“ (Hebamme, Interview 2, Seite 9-10, Zeile 296-301)

6.3.2 **Bewertung der Aufklärung seitens der Frauen**

Die interviewten Frauen, die die geplante Kaiserschnitt-Entbindung durch ihre Fachärztin oder ihren niedergelassenen Facharzt vornehmen ließen, gaben an, mit der Aufklärung bezüglich der Narkosetechnik und der Operationsmethodik zufrieden gewesen zu sein.

Ein weiterer Faktor, der bei den betroffenen Frauen eine bedeutende Rolle spielte, war ein durchgehender Kontakt mit einer kompetenten Person innerhalb der Fachärzteschaft.

„Er war jeden Tag bei mir und ich hab immer das Gefühl g`habt, er kümmert sich wirklich um mich. Das sind einfach Dinge, die einfach von der Vertrauensbildung her, das ist sowieso alles irgendwie erschreckend genug und wenn man dann irgendwie weiß, man ist in guten Händen und wirklich dem Arzt auch gut vertraut, dann bringt das schon sehr viel mit sich.“ (Interview 5, Seite 7, Zeile 210-215)

Im Gegensatz dazu wurde die Vorbereitung durch die zuständige Fachärztin oder den zuständigen Facharzt auf die eilige Sectio in der knappen vorhergehenden Entscheidungsphase von der betroffenen Interviewpartnerin als unzureichend betrachtet. Es ergab sich eine weitreichende Informationslücke, die enorme Ängste um das Wohl des ungeborenen Kindes wie auch um des Ihrigen auslöste. Danach vermisste sie eine ausführliche Erklärung der Gründe, die zu dieser dringlichen operativen Geburtsbeendigung führten.

6.3.3 **Fazit**

Die Fachärzteschaft, das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und die Hebammen nehmen ihre **Aufklärungspflicht** sehr ernst. Es gibt eine schriftliche Aufklärung in Form eines Aufklärungsbogens, der sogar in diversen Sprachen für die werdenden Eltern zur Verfügung gestellt wird. Das ergänzende Aufklärungsgespräch durch die Fachärztin oder

den Facharzt soll der grundsätzlichen Information und der Klärung zusätzlicher Fragen dienen. Schwierigkeiten bereiten den Expertinnen und Experten offensichtlich, dass werdende Eltern nur eine eingeschränkte Informationsaufnahmefähigkeit haben. Deshalb ist es unerlässlich, diese Gespräche wiederholt anzubieten, damit inhaltliche Schwerpunkte detaillierter besprochen und internalisiert werden können. Diese Aufgabe teilen sich unterschiedlichste Berufsgruppen in der Hoffnung, alle Betroffenen zeitgerecht zu erreichen.

Eine spezielle Herausforderung für das Fachpersonal entsteht in der Situation eines **ungeplanten Kaiserschnitts**. Gerade in der Situation von Ungewissheit und Sorge um die Gesundheit von Mutter und Kind fordern die werdenden Eltern erklärende Worte. Der **medizinische Aspekt** steht in der Aufklärung im **Vordergrund**, obwohl die werdenden Eltern auch Beruhigung und psychischen Beistand benötigen. Die psychosoziale Situation wird häufig nicht beachtet und die Vorbereitung auf die **psychische Belastung** wird stark **vernachlässigt** oder sogar aus den Augen verloren. Es gibt im Vorfeld, das heißt vor der Geburt wenig Einbindung der Berufsgruppen der Sozialarbeit und der Psychologie, die diesen Part übernehmen könnten. Die Personalressourcen müssen in diesem Fall einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

Bezüglich der gegenwärtigen Haltung zum Thema Kaiserschnitt ist erkennbar, dass sich die Meinung der **Ärztenschaft** von den anderen Berufsgruppen deutlich abhebt. Das ergibt sich einerseits aus der hierarchischen Struktur, da die Entscheidung zwar im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Berufsgruppe stattfindet, ob ein operativer Eingriff vorgenommen werden muss, aber schlussendlich der Ärzteschaft die letzte **Entscheidungsbefugnis** obliegt. Andererseits spricht die gegenwärtige rechtliche Situation den Patientinnen und deren Neugeborenen hohe **Haftungsansprüche** zu. Deshalb sind Fachärztinnen und Fachärzte viel eher bereit, einer Kaiserschnitt-Entbindung zuzustimmen ohne vorherige Alternativen auszuprobieren, beziehungsweise ohne den weiteren Geburtsverlauf abzuwarten, um keinesfalls ein gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind einzugehen. Hebammen hingegen sind motivierter vor Ort den gebärenden Frauen Unterstützung zu bieten, um eine vaginale Geburt zu ermöglichen.

Ein steigender Anteil an Frauen neigt dazu, eine Kaiserschnitt-Geburt einer vaginalen Geburt vorzuziehen. Das betrifft primär Frauen, die noch keine Erfahrung mit einem

Kaiserschnitt gemacht haben oder mit dem Ergebnis der vorangegangenen Sectio zufrieden waren. Diverse Gründe, wie **bessere Planbarkeit**, die Hoffnung auf weniger Schmerzen, **kürzere Dauer der Geburt** und die geringere Kraftanstrengung werden häufig als Begründung für die Entscheidung einer Kaiserschnitt-Geburt angegeben.

Im Gegensatz dazu bezogen sich geäußerte Kritikpunkte nach der Geburt hauptsächlich auf eine unzureichende frühzeitige Aufklärung über den Verlauf des Kaiserschnitts. Besonders erwähnt wurden dabei die unerwartet großen **Wundschmerzen**, die Einschränkungen in der eigenen Beweglichkeit unter Bedachtnahme der Versorgung des Kindes und die Risiken eines operativen Eingriffs.

6.4 ENTSCHEIDUNGSPROZESS ZUR KAISERSCHNITT-GEBURT

6.4.1 Indikationen seitens der Fachärzteschaft

Die Berufsgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte wie auch die der Hebammen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung, ob sich die werdenden Eltern beziehungsweise die schwangeren Frauen auf eine operative Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt einlassen oder nicht.

Die Fachärzteschaft steht dem Thema Kaiserschnitt ambivalent gegenüber. Sie betrachtet die Kaiserschnitt-Geburt aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Der wichtigste Aspekt ist die **Gesundheit von Mutter und Kind**. Ist das Leben einer der beiden in Gefahr, wird ohne Verzögerung eine operative Geburtsbeendigung vorgenommen.

Es gibt Indikationen wie **Beckenendlage** oder eine **vorhergehende Kaiserschnitt-Geburt**, bei denen ein erhöhtes Risiko einer vaginalen Geburt besteht und aus Sicherheitsgründen auf die Option einer Sectio hingewiesen wird.

Eine andere Betrachtungsweise kommt zum Tragen, wenn bei einem **verzögerten Geburtsfortgang** nach mehrstündiger Wehentätigkeit Energie und Kraft der Frauen stark nachlassen. Diese Situation verstärkt häufig das Gefühl der Unsicherheit, das dann bei der Ärzteschaft wie auch bei den Frauen rasch zur Entscheidung führen kann, einen Kaiserschnitt durchzuführen.

„Also man spielt sich nicht mehr so lange, weil man eben Angst hat, dass einem, wenn was passiert, dann halt leider eine Klage trifft. Es gibt natürlich Ärzte, die aufgrund der forensischen Lage heutzutage und der vielen Klagen eher zum Kaiserschnitt greifen oder diese möglicherweise sogar froh sind, wenn eine Frau kommt und sagt, die will primär einen Kaiserschnitt.“ (Fachärzteschaft, Interview 5, Seite 2, Zeile 46-54)

Im Interview wird darauf hingewiesen, dass für Ärztinnen und Ärzte der Kaiserschnitt vielfach eine der sichersten Varianten bedeutet, wie Kinder geboren werden können. Erfahrungsgemäß gibt es selten Komplikationen während der Operation. Die Wundheilung der Bauchnarbe ist individuell sehr unterschiedlich und im Vorhinein nicht einschätzbar, daher für die Fachleute nicht unbedingt ein Kriterium, um von einem Kaiserschnitt abzuraten. Es wird darauf hingewiesen, dass sie die Langzeitfolgen bei den Frauen selten wahrnehmen, weil die Nachbetreuung einerseits in den Händen der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte liegt und andererseits die wenigsten Frauen über ihre Beschwerden berichten, vor allem dann nicht, wenn der Kaiserschnitt auf eigenen Wunsch durchgeführt wurde.

Die **personelle Unterbesetzung** der Geburtshilfe-Abteilung ist ein weiterer Aspekt, auf den im Interview hingewiesen wird und der bei der steigenden Anzahl der Kaiserschnitt-Geburten berücksichtigt werden muss. Die Personalressourcen sind bezüglich des Arbeitsaufwands auf der Station und der Notwendigkeit einer lückenlosen Patientinnendokumentation gering bemessen. Stark spürbar ist dies vor allem nachts und an den Wochenenden.

6.4.2 Kaiserschnitt auf Verlangen

Der Wunsch-Kaiserschnitt wird von den jeweiligen Berufsgruppen aus diversen Blickwinkeln beleuchtet. Die Fachleute sind der Meinung, dass die Tendenz zum Kaiserschnitt steigend ist. Dahinter stehen allerdings unterschiedlichste Aspekte, die zu berücksichtigen sind und im folgenden Absatz zu ersehen sind.

Mittlerweile ist der Kaiserschnitt als **Alternative zur vaginalen Geburt** ins Bewusstsein der Frauen und deren Partner gerückt. Aus diesem Grund liegt eine intensivere Behandlung der werdenden Eltern im Gespräch mit den Fachleuten nahe.

„Man hat ihr dann zwar Plus und Minus gesagt, was sind die Vorteile, was sind die Nachteile. Also o.k. sie hat den Wunsch, na gut dann machen wir einen Kaiserschnitt – so leicht wird es nicht gemacht.... Es gibt schon die Aufklärungspflicht, was ist der Vorteil einer Normalentbindung, welche Gefahren bringt der Kaiserschnitt.“ (DGKP, Interview 4, Seite 13, Zeile 428-434)

Nicht selten stehen hinter der Entscheidung eines Kaiserschnitts auf Verlangen große **Ängste** der schwangeren Frau vor der bevorstehenden Geburt.

„Wenn die Gynäkologen merken, da könnte es Hintergründe geben, warum die Frau unbedingt eine Sectio will, dann schicken sie sie schon zu einem Erstgespräch. Das ist ganz, ganz oft einfach das Thema Angst vor diesen Schmerzen zu haben, vor

einer tagelangen Geburt. Dann hören sie von einer Freundin, die hat eine Sectio gehabt, die war ganz klasse, da hat man keine Schmerzen. Über das Thema Wundschmerz danach spricht keiner.“ (Psychotherapie, Interview 3, Seite 9, Zeile 283-295)

Im Gegensatz dazu haben die Professionistinnen und Professionisten auch Frauen kennen gelernt, die sich von Beginn der Schwangerschaft an, auf einen Kaiserschnitt einstellen, obwohl keine medizinische Indikation besteht. Fachleute haben vielfach die Erfahrung gemacht, dass sich Frauen mit dem Wunsch einer Sectio nur selten von ihrer Meinung abbringen lassen und es werden motivierende Worte der jeweiligen Berufsgruppe nicht angenommen. Die Entwicklung geht in die Richtung einen Kaiserschnitt immer öfter nicht mehr nur in Notfällen anzuwenden.

Ein weiterer Aspekt ist die **bessere Planbarkeit** einer Kaiserschnitt-Geburt.

„Natürlich werden auch diese Frauen aufgeklärt. Das (die Risiken) hören sie nicht. Das glauben sie nicht. Die hören nur, ich komme und in einer Stunde ist alles vorbei, das ist das was hängen bleibt. Dass das eine Wunde ist, dass das ein Wundschmerz ist, dass das eine Bauchoperation ist, das hören sie nicht. Das nehmen sie nicht auf. Sie hören nur keine Schmerzen, also keine Wehen, Kind gleich da. Das ist das, was hängen bleibt, das ist einfach so.“ (Hebamme, Interview 2, Seite 5, Zeile 152-158)

Wenn keine medizinische Indikation besteht, dann sehen die **Hebammen** ihre Aufgabe darin, die schwangeren Frauen zu **motivieren** die Dauer der Geburt durchzuhalten. Allerdings wird dies rechtlich schwieriger, wenn bereits ein vorhergehender Kaiserschnitt auf Verlangen geäußert wurde.

„Dadurch dass die Leute heutzutage relativ leicht klagen, ist es halt dann so, wenn eine Patientin sagt, sie will einen Kaiserschnitt, wird kein Arzt sagen, sie kriegen keinen. Wenn Gott bewahre es ist dann irgendwas, steht er dann relativ schlecht da. (...) Aber wenn da irgendwo dokumentiert ist, Patientin wollte Kaiserschnitt – da hat sich schon einiges geändert.“ (Hebamme, Interview 2, Seite 3, Zeile 75-80)

6.4.3 Indikationen seitens der betroffenen Frauen

Aus den Interviews ist deutlich zu erkennen, dass den werdenden Müttern ihrer Empfindung nach eher **kurzfristig** von einer vaginalen Geburt abgeraten und eine geplante Sectio empfohlen wurde. In den Interviews erstreckt sich die Definition von kurzfristig im zeitlichen Rahmen von **sechs Wochen** vor dem errechneten Geburtstermin bis **hin zu ein paar Stunden vor Beginn der Operation**.

Die befragten Frauen mit einem medizinisch indizierten Kaiserschnitt litten unter Bluthochdruck oder Gestose und wären bei einer vaginalen Geburt selbst gefährdet gewesen. Bei den anderen Schwangerschaften bestand ein Gesundheitsrisiko für das

ungeborene Kind.

„...und der (Kaiserschnitt) ist aber eigentlich nur dadurch entstanden, weil ich so einen hohen Blutdruck kriegt hab und das ist von einer Stunde auf die andere dann entschieden worden, dass am nächsten Tag in der Nacht ein Kaiserschnitt gemacht wird.“ (Interview 2, Seite 1, Zeile 10-14)

Bei den **ungeplanten Sectios** wurde die Entscheidung, einen Kaiserschnitt vorzunehmen, erst nach Eintreten der Wehentätigkeit getroffen.

„Es war das CTG nicht in Ordnung von unserem Kind, es hat die Assistenzärztin uns darauf aufmerksam gemacht, dass etwas nicht in Ordnung ist mit den Herztönen des Kindes und möglicherweise ein Kaiserschnitt notwendig werden würde.“ (Interview 6, Seite 1-2, Zeile 33-36)

6.4.4 Entscheidungsprozess – Selbstbestimmung der schwangeren Frauen?

Die Interviewpartnerinnen standen in regelmäßiger medizinischer Betreuung bei ihren niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten sowie in der Abteilung für Geburtshilfe im Krankenhaus. Sie fühlten sich gut betreut, **waren immer am aktuellen Stand des eigenen Gesundheitszustands**, wie auch dem der Ungeborenen und hatten großes Vertrauen zur Ärzteschaft.

Auffallend ist, dass die Option der Inanspruchnahme einer Wahlhebamme nur selten genutzt wurde. Wenn dies der Fall war, wurde ausdrücklich auf die gute Zusammenarbeit mit der Fachärzteschaft hingewiesen, wobei die Entscheidung der Geburtsmethode in gegenseitiger Absprache der Fachärztin oder des Facharztes mit der Wahlhebamme in Einbeziehung der werdenden Mütter getroffen wurde.

Die interviewten Frauen gaben an, dass sich die **werdenden Mütter als medizinische Laien** betrachteten und als nicht ausreichend kompetent einschätzten, um eine derart schwerwiegende Verantwortung bezüglich der Geburtsmethode zu übernehmen. Die endgültige Entscheidung erfolgte im gemeinsamen Gespräch mit der Fachärztin oder dem Facharzt. Bei der eiligen Sectio wurde der operative Eingriff unverzüglich umgesetzt, um die Gesundheit von Kind und Mutter nicht zu gefährden. Zusätzlich gab es in dieser extremen Situation keine Zeit für ein informatives Gespräch.

„Es ist immer um ´s Kind gegangen, wenn er das sagt, das ist für ´s Kind, ich hab ihm insofern so vertraut. Wenn er sagt, das ist für ´s Kind einfach besser oder wir gehen kein Risiko ein, dann gehen wir auch kein Risiko ein.“ (Interview 5, Seite 16, Zeile 515-518)

Eine interviewte Frau wies ausdrücklich auf ihr Bedauern hin, dass sie sich so

bedingungslos der Entscheidung ihres Facharztes unterordnete. Aus heutiger Sicht beurteilt sie die Empfehlung des Arztes zum Kaiserschnitt bei Beckenendlage des Kindes als einseitig.

„Weil ich, eher weil ich schon noch Angst gehabt habe, dass einfach irgendwo ein erhöhtes Risiko einzugehen noch und ja ich mein, wenn ´s angesprochen worden wäre, dann hätt ich ´s vielleicht eher, vielleicht auch d´ rüber nachgedacht, aber so hab ich gar net darüber nachgedacht, es war einfach so.“ (Interview 1, Seite 5, Zeile 166-169)

6.4.5 Fazit

Die Gründe, warum die Wahl bei der Geburtsbeendigung auf einen Kaiserschnitt fällt – vorausgesetzt, dass keine medizinische Indikation vorliegt, sind vielfältig. Die Ärzteschaft gibt bei Beckenendlage und vorhergehender Sectio den Ratschlag, die Durchführung eines Kaiserschnitts vorzunehmen, um das Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind weitgehend zu minimieren. Weitere Aspekte sind die zunehmende Kraftlosigkeit und Unsicherheit bei lang andauernden Geburten, bei denen auch eine operative Geburtsbeendigung nahe gelegt wird. werdende Eltern halten sich größtenteils an diese Empfehlungen. Nur durch ausreichend Selbstbewusstsein, Eigeninitiative und einer Beratung durch eine Hebamme können Frauen Mut gewinnen, eine vaginale Geburt zu versuchen.

Ein großes Thema in der Kaiserschnitt-Diskussion ist **Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit**. Bei der Entscheidung des Geburtsmodus gibt es drei ausschlaggebende Interessen, nämlich die der Ärzteschaft, die der Hebamme und die der schwangeren Frauen. Oberstes Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind. Der Weg dorthin wird von jeder involvierten Berufsgruppe unterschiedlich beschritten. Von der Ärzteschaft geht die Tendenz aus, den werdenden Eltern ausreichend Informationen und Indikationen zum Kaiserschnitt zu geben, damit diese im gemeinsamen Gespräch die Entscheidung zum oder gegen eine Kaiserschnitt-Entbindung selbst fällen können. Es wird im allgemeinen eher rasch den medizinischen Laien die Sectio zur Geburtsbeendigung vorgeschlagen, jedoch kennt der Laie in der Situation sehr selten Alternativen zu dieser Geburtsmethode. Unter dem Deckmantel „mündige Patientinnen“ wird die Verantwortung an die schwangeren Frauen übergeben. Die betroffenen Frauen jedoch trauen sich diese Entscheidung nicht zu, aus Angst durch ihre Entscheidung Spätfolgen für ihre Kinder zu verantworten. Die werdenden Eltern betrachten sich als medizinische Laien. Der Vorschlag der Ärztin oder des Arztes in dieser Situation ist richtungweisend. Die Frauen und ihre Partner verlassen sich größtenteils bei der

Beurteilung der Situation auf die Meinung der Ärzteschaft.

Dies widerspricht den Forderungen der Hebammen, die die Selbstbestimmung der werdenden Mütter unterstützen. Sie wünschen sich mehr Mitspracherecht der schwangeren Frauen, wenn es um die Wahl des Geburtsmodus geht, wollen mündige und selbstbewusste Frauen, die sich ihrer Geburt an einem Ort der Ruhe stellen. Hilfreich wären frühzeitige Kontakte mit den Hebammen, die den Akt der Geburt ganzheitlich betrachten und sich nicht nur auf den medizinischen Ablauf konzentrieren, sondern auch die psychosoziale Situation und die psychische Verfassung der Frauen im Auge behalten.

6.5 ERLEBEN DER OPERATIVEN GEBURTSBEENDIGUNG

6.5.1 Das Erleben der Operation seitens der betroffenen Frauen

Beim Ablauf der Kaiserschnitt-Operation lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen einem geplanten Kaiserschnitt mit einer Periduralanästhesie, einem ungeplanten Kaiserschnitt mit Periduralanästhesie und einer eiligen Sectio mit Vollnarkose erkennen. Je länger die Vorbereitungszeit auf den Kaiserschnitt war, desto gelassener und ruhiger erlebten die werdenden Mütter diese Situation.

Weitere Faktoren prägten die Beurteilung der Situation in Bezug auf die Operation:

Die Interviewpartnerinnen berichteten, dass ihre **geplanten Kaiserschnitt-Entbindungen** hauptsächlich in der Früh stattfanden.

„Der Kaiserschnitt selbst war eigentlich, bis auf das was man g´wusst hat, hoppla, jetzt kommt das Kind, und hin und her relativ stressfrei. Das Personal war äußerst freundlich und auch sehr beruhigend und es hat eigentlich total gut geklappt, also sowohl vom Kreuzstich angefangen. Und es war auch sehr viel Humor dazwischen auch und mit Schmäh führen usw., also wirklich eine lockere Atmosphäre.“ (Interview 1, Seite 2, Zeile 47-53)

Die interviewten Frauen betonten ihre starke Nervosität während der Operation. Die **Anspannung** wurde im Interview häufig damit begründet, dass das Wahrnehmen der Instruktionen innerhalb des Operationsteams als äußerst unangenehm empfunden wurde und dadurch Sorgen um das Wohl des Kindes und der eigenen Gesundheit entstanden.

„Kurzfristig hab ich die Panik ´kriegt, aber das war, hab ich die Panik ´kriegt, weil ich hab dann schon, sie ziehen so herum, haben die zwei, also die Gynäkologin mit ihrem Mann, machst du oder, und dann haben ´s so herumgemurmelt. ...,wo ich kurzfristig mir ´dacht hab, vielleicht ist etwas net in Ordnung.“ (Interview 2, Seite 4-5, Zeile 135-145)

Im Fall der **eiligen Sectio** war eine rasche Vorgehensweise für die Gesundheit des Kindes

unbedingt erforderlich. Die interviewte Frau empfand die angespannte Situation als sehr **belastend** und besorgniserregend, da **wenig Zeit für Aufklärung** war und während der Operation eine Vollnarkose notwendig war.

6.5.2 Die Rolle des Partners

Es war deutlich erkennbar, dass die Partner einen wichtigen Part während des Kaiserschnitts übernahmen. Die durchgehende **Präsenz des Partners** wurde von den Frauen als beruhigend wahrgenommen.

„Wichtig war mir auch, dass der M. dabei war. Ich bin nicht sehr operationserprobt, wie gesagt und er ist aber Gott sei Dank auch jemand, der sehr ruhig und sehr besonnen ist.“ (Interview 4, Seite 8, Zeile 265-267)

Trotzdem den werdenden Eltern das Ereignis einer **gemeinsam** erlebten vaginalen Geburt nicht möglich war und die **Geburt** nicht in einem kleinen intimen Rahmen stattfinden konnte, empfanden die Frauen die ersten Momente mit dem Neugeborenen im Beisein der Partner als einen besonderen und unvergesslichen Augenblick.

Dieses fehlende gemeinsame Geburtserlebnis wurde von der interviewten Frau mit der Entbindung unter Vollnarkose bedauert.

„... mir hat diese gemeinsame Freude mit unserem Neugeborenen gefehlt, aber das hat sich einfach aus der Situation ergeben.“ (Interview 6, Seite 5, Zeile 161-163)

Die interviewten Frauen hatten jedoch die Gewissheit, dass sich ihre Partner nach der Geburt um ihr gemeinsames Kind kümmern konnten, weil sie die Betreuung durch die Operation nicht selbst übernehmen konnten.

6.5.3 Hebamme

Das Angebot der **Wahlhebamme** umfasst die Möglichkeit der Betreuung schon während der Schwangerschaft und der eingehenden Vorbereitung auf die Geburt. Die Begleitung durch eine **kompetente und vertraute Person** wurde als Vorteil angesehen. Durch ihre Anwesenheit im Operationssaal in der Zeit von Unsicherheit und Hilflosigkeit stellte sie eine große Unterstützung dar und begegnete dem Gefühl des Ausgeliefertseins mit Respekt und Empathie.

„...und dann ist sie eben jeden Tag vorbei gekommen und wegen dem Stillen und hin und her, wenn ´s net Dienst g´habt hat, ist sie jeden Tag gekommen.“ (Interview 2, Seite 4, Zeile 115-116)

Das Versäumnis, keine Wahlhebamme für sich in Anspruch genommen zu haben, wurde aufrichtig bedauert und im Falle einer neuerlichen Schwangerschaft die Begleitung durch eine Wahlhebamme als unbedingte Voraussetzung angesehen.

Ein weiterer Aspekt, der in den Interviews angesprochen wurde, war das Versäumnis, bereits während der Schwangerschaft Kontakt zu den Hebammen der geburtshilflichen Abteilung hergestellt zu haben. Im Nachhinein betrachtet, wurde die Beratung im Falle der Beckenendlage als einseitig erlebt. Wünschenswert wäre zumindest der Versuch einer vaginalen Geburt gewesen.

„...da hat ´s nur geheißen, das gibt es halt (Übungen), aber wo es angeboten wird oder ob´s bei ihnen selbst im Spital angeboten wird, so auf die Art informieren sie sich selber....alles, das hat mich schon gestört.“ (Interview 1, Seite 11, Zeile 364-369)

6.5.4 Fazit

Beim Fachpersonal gibt es äußerst wenige Überlegungen hinsichtlich des psychischen Zustands der Frauen während des Kaiserschnitts. Ein komplikationsloser Operationsverlauf steht an erster Stelle, sowie die Geburt eines gesunden Kindes. Die Berufsgruppe der Hebammen nimmt sich hauptsächlich Zeit, die Eltern in dieser Zeit zu betreuen.

Das Erleben eines Kaiserschnitts ist von unterschiedlichen Indikationen abhängig. Frauen mit einer primären Sectio erleben den operativen Eingriff gelassener und ruhiger, während Frauen, die die Entscheidung einer Kaiserschnitt-Geburt unerwartet trifft, die Situation bei weitem belastender in Erinnerung behalten. Durch die Entscheidung eine sekundäre oder Not-Sectio durchführen zu müssen, fühlen sich die werdenden Eltern völlig überrumpelt und erleben die Situation extrem negativ durch mangelnde Aufklärung und Empathie des Teams. Je kurzfristiger die Entscheidung zum Kaiserschnitt getroffen wird, desto unzureichender wird die Begleitung in dieser Situation empfunden. Ist eine längere Wartezeit seitens der Fachärztinnen und Fachärzte möglich, wird die Aufklärung durchwegs als positiv bewertet.

Die Situation wird außerdem bei Weitem weniger belastend empfunden, wenn ein **positives Vertrauensverhältnis** zu den Ärztinnen und Ärzten besteht, eine **vertraute und angenehme Atmosphäre** vorhanden ist und wenn **der Partner präsent ist**.

Ein weiteres positives Gefühl entsteht durch die Unterstützung einer **Wahlhebamme**,

wobei die Situation vor dem Kaiserschnitt stressfreier erlebt wurde. Während das Fachpersonal des Krankenhauses mit den Operationsvorbereitungen beschäftigt ist, kann sich die Wahlhebamme ganz auf die schwangere Frau und dessen Partner konzentrieren. Ungeklärte Fragen und Ängste werden angesprochen; zudem ist die Wahlhebamme auf Wunsch sogar beim Kaiserschnitt anwesend oder kümmert sich um den wartenden Partner. Bedauerlicher Weise wird von der Möglichkeit einer Wahlhebamme seitens der werdenden Eltern nur selten Gebrauch gemacht. Interessierter sind Frauen, die ihr zweites Kind erwarten, und einschätzen können, welche Herausforderung eine Geburt oder ein Kaiserschnitt ist und welche Bedürfnisse sie während der Geburt haben.

Die werdenden Väter werden zwar in der Geburtsvorbereitung vom Fachpersonal involviert, es wird ihnen aber wenig Aufmerksamkeit während des Geburtsgeschehen geschenkt. Die Partner stellen eine wichtige Unterstützung dar und üben eine beruhigende Wirkung auf die gebärenden Frauen aus. Bei Kaiserschnitt-Geburten übernehmen die Partner zudem die wichtige Funktion der Erstversorgung des Kindes gemeinsam mit der Hebamme, was von den Frauen als große Erleichterung erlebt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass die schwangeren Frauen und ihre ungeborenen Kinder im Mittelpunkt des Geschehens stehen. In dieser Situation wäre es den Frauen eine große Erleichterung eine vorhandene Ansprechperson für ihre besorgten Männer zu wissen. Je nach Zeitressource übernehmen diesen Part die Hebammen. Inwieweit die Sozialarbeit oder die Psychologie in dieser Situation eingebunden werden können, bleibt zu prüfen.

6.6 AUSWIRKUNGEN DER KAISERSCHNITT-GEBURT UND DEREN VERARBEITUNG

6.6.1 Schmerzempfindung aus der Sicht des Teams

Die Erfahrungswerte der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zeigen einerseits die Tendenz der werdenden Eltern sich mit der Problematik **Schmerz** weniger auseinandersetzen zu wollen, andererseits aber auch eine **verminderte Ausdauer** bei den gebärenden Frauen und eine reduzierte Bereitschaft Schmerzen zu ertragen. Die Fachärztinnen und Fachärzte sehen die Einstellung der Frauen gegenüber der Geburt einer Veränderung unterworfen. Auch die Hebammen nehmen diese Entwicklung mit Bedauern zur Kenntnis.

„Die normale klassische Frau hat natürlich vor dem Kaiserschnitt Angst. Aber es nimmt immer mehr ab, weil es werden immer mehr Kaiserschnitte gemacht und das

tritt dann auch ins Bewusstsein der Frauen über. Das ist sicherlich heute nicht als so ein Wahnsinnseingriff zu sehen wie es noch vor 10-15 Jahren war.“ (Fachärzteschaft, Interview 5, Seite 16, Zeile 521-524)

Als ein Grund dafür wird der Umgang der Medien mit dem Thema Kaiserschnitt angesehen, die die Vorteile dieser operativen Geburtsbeendigung hervorheben, allerdings die Risiken und den folgenden Heilungsverlauf nur peripher erwähnen. Als weiterer Faktor wird die **erwünschte Planbarkeit** für die Familie angeführt, die zusehends mehr an Bedeutung gewinnt und generell als Erleichterung wahrgenommen wird.

In den Interviews wird explizit darauf hingewiesen, dass Frauen, die von sich aus die Motivation aufbringen, ihre Geburt zu erleben und auch die Kraft zum Erdulden der Wehen haben, sofern der gesundheitliche Zustand von Mutter und Kind dies auch zulassen, in jeder Weise in ihrem Vorhaben Unterstützung finden.

6.6.2 Postoperative Beschwerden aus der Sicht der Frauen

Was die Beschwerden nach der Operation betraf, wurde erstens bei den interviewten Frauen offensichtlich, dass sie sich unzureichend informiert fühlten. Zweitens hatten sie deutliche Zweifel daran, die Information hinsichtlich bevorstehender Schmerzen trotz einer Aufklärung tatsächlich im Vorhinein nachvollziehen zu können.

„Der Arzt hat schon gesagt, es ist eine Operation, ein operativer Eingriff, wo der Bauch aufgeschnitten wird. Aber ich mein, das zu sagen und es dann wirklich zu haben, das ist wirklich ganz was anderes. Und er als Mann weiß auch nicht, wie sich das anfühlt nachher. Ich möchte nicht sagen, dass er das nur g´ sagt hat, aber du stellst dir das anders vor, wie es dann ist. Die Schmerzen waren schon gewaltig, aber noch einmal, wie gesagt nach ein paar Tagen war es vorbei.“ (Interview 3, Seite 16, Zeile 520-525)

Durch den **individuellen Heilungsprozess** der Narbe und die individuelle Schmerzempfindung der Interviewpartnerinnen gestaltete sich die empfohlene Schonzeit nach dem Kaiserschnitt unterschiedlich. Erschreckend ist, dass nur selten eine optimale Wundheilung erfolgte - entweder gab es Komplikationen bei der Wundheilung oder es wurde von Verwachsungen berichtet.

Als wünschenswert wurde mehr Hilfestellung im Umgang mit der Narbenpflege geäußert.

Aus den Erfahrungsberichten der interviewten Frauen geht hervor, dass durch die Schmerzen primär die erforderliche Hilfestellung bei der Betreuung des Neugeborenen als einschränkend erlebt wurde.

6.6.3 Verarbeitung

Die interviewten Frauen betonten, dass ihre Geburt anders als erwartet verlaufen war. Je kurzfristiger die Entscheidung einer Kaiserschnitt-Geburt getroffen wurde, desto schwerer fiel es ihnen sich mit dieser Art der Geburt abzufinden.

Die Kaiserschnitt-Geburt wurde als sehr **rasches Ereignis** erlebt.

„...es fehlt einfach trotzdem das Geburtserlebnis. Es ist einfach alles überraschend und schnell. Nach einer halben Stunde ist alles vorbei und das war´s halt dann.“ (Interview 1, Seite 8, Zeile 267-270)

Das Bedauern um das **fehlende Geburtserlebnis** wurde deutlich hervorgehoben.

„An sich hätte ich gern eine Geburt gehabt und hätte schon gerne Wehen verspürt.“ (Interview 2, Seite 2, Zeile 43-44)

Um das Gefühl des eigenen Versagens, das von den Interviewpartnerinnen immer wieder thematisiert wurde, zu minimieren, gab es individuelle **Problemlösungsstrategien**. Die einen suchten für sich eine Rechtfertigung für die Entscheidung des Kaiserschnitts. Primär stand bei ihnen als Begründung im Vordergrund, ein gesundes Kind geboren zu haben. Andere trösteten sich mit Erinnerungen an eine „schöne“ und problemlose Schwangerschaft oder es gab Vergleichsmöglichkeiten zu weitaus komplizierteren Geburtsverläufen, um die eigene Geburtssituation „schön“ zu reden. Die dritte Gruppe der interviewten Frauen hob die Vorteile eines geplanten Kaiserschnitts im Gegensatz zur vaginalen Geburt hervor.

„Und so hab ich´s vorher gewusst. War alles organisiert, die Omi ist einen Tag vorher gekommen, die Kathrin hat Bescheid gewusst, also das erleichtert insofern die Sache schon. (Interview 5, Seite 16, Zeile 538-540)

Um dieses Erlebnis zu verarbeiten, vertrauten sich die interviewten Frauen Freundinnen oder Freunden und Bekannten an. Bevorzugt wurden **Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner**, die bereits selbst Kaiserschnitt-Erfahrungen hatten.

Keine der betroffenen Frauen nahm Kontakte zu professionellen Helferinnen und Helfern im Bereich der Sozialarbeit, der Psychologie oder der Psychotherapie auf.

6.6.4 Fazit

Aufgrund der raschen Entbindungsmethode mittels Kaiserschnitt bleibt für die Frauen eine gewisse Leere zurück. Sie fühlen sich überfordert, innerhalb einiger Minuten von einer schwangeren Frau zur Mutter geworden zu sein. Der Verlauf der Aufarbeitung erfolgt

individuell und ist - wie bei anderen Problematiken - abhängig davon, ob der **Kaiserschnitt geplant oder ungeplant** ist. Der Verarbeitungsprozess wird erstens stark vom Zeitpunkt des **Erstkontakts mit den Neugeborenen** beeinflusst. Zweitens steht das positive Erleben der Kaiserschnitt-Geburt für die Frauen in engem Zusammenhang mit der Begleitung durch **fachlich kompetente Menschen**, die sich nicht nur der medizinischen Belange annehmen, sondern auch auf die persönlichen Bedürfnisse der Frauen mit einem Kaiserschnitt eingehen, präsent sind und die Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten nicht scheuen.

Das individuelle Erleben von Schmerzen wird offensichtlich. Die Schmerzempfindung ist abhängig von der Einstellung der Frauen zum Kaiserschnitt. Je mehr Gelegenheit sie haben, sich mit dieser Geburtsvariante auseinanderzusetzen, desto eher wird diese Entscheidung akzeptiert und desto niedriger ist der Stellenwert der Schmerzen. Eigene Schmerzen werden für die Gesundheit der Kinder und deren Betreuung in den Hintergrund gestellt.

Was von den Frauen als weit einschränkender erlebt wurde und als Kritikpunkt gegenüber den Fachleuten geäußert wird, ist die mangelhafte Aufklärung über die Immobilität nach dem Kaiserschnitt. Hervorgehoben werden Schwierigkeiten beim Stillen, wie auch beim Tragen und Heben des Kindes, was die anfängliche Mutter-Kind-Beziehung stark beeinträchtigt.

Des Weiteren sollten die Problematiken der postoperativen Beschwerden im Vorfeld einen höheren Stellenwert einnehmen. Das Bewusstsein hinsichtlich der Schmerzen nach einem Kaiserschnitt ist bei den Frauen selten vorhanden. Dem gegenüber steht die ambivalente Haltung der Ärzteschaft, sich bei der Informationsweitergabe über mögliche Folgen zu sehr festzulegen, weil der Heilungsverlauf unterschiedlich verläuft. Um Ängste und Unsicherheiten der Frauen nicht grundlos zu verstärken, wird dieses Thema in den Beratungs- und Aufklärungsgesprächen der Fachärztinnen und Fachärzte dementsprechend vorsichtig behandelt.

6.7 AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND

Seitens der Fachärzteschaft wird bedauert, dass in den Medien fälschlicherweise vermittelt wird, dass die operative Geburtsmethode für das Kind weniger Stress bedeutet als eine normale Geburt. Das Gegenteil ist der Fall, denn bei einem geplanten Kaiserschnitt wurde das Neugeborene nicht auf die Geburt vorbereitet - es fehlte diesem die vorhergehende Wehentätigkeit, die den Beginn der Geburt bedeutete.

Die anfängliche **Mutter-Kind-Beziehung** war auf Grund von postoperativen Beschwerden nur eingeschränkt lebbar.

„Manche Frauen sind sehr mit sich selber beschäftigt mit den Schmerzen. Da bleibt vielleicht so in den ersten ein, zwei Tagen wenig Zeit oder sie brauchen halt mehr Zeit für sich.“ (Kinderkrankenschwester, Interview 6, Seite 4, Zeile 117-119)

Trotzdem wurde von den Expertinnen und Experten lobend darauf hingewiesen, dass die meisten Frauen sehr rasch mobil werden, um ihre Kinder zu versorgen.

6.7.1 Kontakt zum Neugeborenen

Die Dauer der Erholungsphase der interviewten Frauen direkt nach der Operation war grundsätzlich von der Narkosetechnik abhängig. Diejenigen, die eine Periduralanästhesie erhielten, gaben an, ihren Säugling sofort nach dem Kaiserschnitt gesehen zu haben. Im Gegensatz dazu fand die **erste Kontaktaufnahme** bei der betroffenen Frau mit Vollnarkose erst im Aufwachraum statt. Die Frauen beschrieben diesen ersten Moment als einen sehr bewegenden Augenblick.

Ob die Säuglinge bei den jungen Müttern im Zimmer bleiben konnten, wurde äußerst individuell gehandhabt und war vom Gesundheitszustand der Neugeborenen wie auch vom Wohlbefinden der Frauen abhängig. Der Kontakt war aufgrund der Schmerzen der operierten Frauen und der Immobilität nur eingeschränkt möglich, wobei die selbstverständliche Unterstützung des Pflegepersonals als sehr positiv erlebt wurde.

„Untertags hab ich sie bei mir gehabt, aber ich hab dann die ersten zwei Nächte beschlossen, also ich geb sie dort ins Kinderzimmer, weil ich kann mich nicht aufsetzen, wenn sie was hat, bin ich hilflos. Ich konnte nicht g´ scheit auf, tragen konnte ich sie schon gar nicht, weil mir alles irrsinnig wehgetan hat.“ (Interview 3, Seite 3, Zeile 78-81)

Bei der Interviewpartnerin mit der Vollnarkose verzögerte sich durch den Aufenthalt im Aufwachraum auch die Abholung des Säuglings aus dem Kinderzimmer.

6.7.2 Stillen

Das Stillen der Neugeborenen wurde anfänglich von den betroffenen Frauen als äußerst mühsam empfunden.

„Was natürlich auch so ein Problem war, war ´s Stillen, weil dieses Anliegen da von hinten, um die Narbe zu schonen, das hat überhaupt nicht hingehaut. Ich hab ´s dann

doch von vorne genommen und mit so einem Wickelpolster und irgendwie, aufrecht sitzen haben wir´s irgendwie hingekriegt.“ (Interview 3, Seite 9, Zeile 279-286)

Ein weiterer Aspekt, der in Zusammenhang mit einer Kaiserschnitt-Geburt steht und in den Interviews angesprochen wurde, war der **verspätete Milcheinschuss** bei den operierten Frauen.

Bei dem Säugling, der auf eine Beobachtungsstation transferiert werden musste, ergab sich eine spezielle Situation, denn durch die Trennung von der Mutter entstand anfangs die Notwendigkeit des Zufütterns, was die Motivation des Säuglings, später an der Brust zu trinken, erheblich erschwerte.

Bei den befragten Müttern wurde **viel Aufwand betrieben**, um den Säuglingen die Gabe von Muttermilch zu ermöglichen.

„Das Stillen ist mir sehr wichtig. Also wenn das auch nicht gewesen wär (bezogen auf die fehlende vaginale Geburt), da denk ich, bei mir funktioniert ja gar nichts.“ (Interview 4, Seite 7, Zeile 225-227)

Wenn dieser Wunsch trotz aller Bemühungen nicht umgesetzt werden konnte, wurde dies in den Interviews als äußerst enttäuschend beschrieben.

6.7.3 Fazit

Bei der Anwendung des Kaiserschnitts konzentrierte sich die Medizin hauptsächlich an einer Minimierung des Operationsrisikos für die schwangeren Frauen und ihr ungeborenes Kind. Erst in den letzten Jahren rückte die psychische Komponente der Neugeborenen in den Vordergrund mit den Fragen, ob eine Kaiserschnitt-Geburt die frühkindliche Entwicklung beeinflusst, welche psychische Belastung dies bedeutet und in welcher Art und Weise die Mutter-Kind-Beziehung prägt.

Die erste Kontaktaufnahme wird je nach Art des Kaiserschnitts unterschiedlich erlebt. Je unerwarteter der Kaiserschnitt vorgenommen wird, desto nervöser reagieren die betroffenen Frauen.

Sowohl das Fachpersonal als auch die Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrungen stimmen überein, dass die Geburtsmethode einen wesentlichen Einfluss auf die anfängliche Mutter-Kind-Beziehung hat. Erstens fehlt das gemeinsame Geburtserlebnis, aus eigener Kraft mit Wehentätigkeit geboren zu werden.

Zweitens sind die Frauen durch die Operation nur bedingt fähig das Bonding durchzuführen.

Obwohl noch am Operationstisch das Neugeborene an die Brust der Mutter angelegt wird, empfinden dies manche Frauen als unangenehmes Erlebnis. Die Begründung liegt in der Überforderung in der angespannten Situation, die durch eine massive Unbeweglichkeit der Frauen und deren liegende Position verstärkt wird. Sie bedauern den fehlenden Blickkontakt mit ihrem Neugeborenen und das zügige Vorgehen bei der ersten Kontaktaufnahme.

Bei Frauen mit einem geplanten Kaiserschnitt wird das noch im Operationssaal stattfindende Bonding bei weitem positiver erlebt.

Ein dritter Faktor, der zum Tragen kommt, sind die postoperativen Schmerzen und Einschränkungen, die vorrangig in den ersten Tagen eine selbstständige Versorgung der Kinder unmöglich macht. Wie schnell die Betreuung selbst übernommen werden kann und wie lange die Schonzeit danach andauert, hängt vom Heilungsverlauf der Narbe ab.

Das Stillen nach einem Kaiserschnitt wird unterschiedlich erlebt und ambivalent bewertet. Auf der einen Seite besteht die Tendenz der Frauen durch die schwierigeren Bedingungen, wie verspäteter Milcheinschuss, eingeschränkte Mobilität und Schmerzen beim Anlegen, Verweigern der Brust durch das Neugeborene durch vorhergehendes Zufüttern mit der Flasche, abzustillen, weil das Stillen für sie nebensächlich ist. Auf der anderen Seite sehen Mütter eine Gelegenheit der emotionalen Kompensation durch das Stillen, welches dadurch einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie erleben die körperliche Nähe beim Stillen als heilsam, was die Verarbeitung der Kaiserschnitt-Geburt beschleunigt.

6.8 BEURTEILUNG DER BETREUUNG DURCH DAS FACHPERSONAL

6.8.1 Fachliche Betreuung auf der Wochenbettstation

Als zentrale Schnittstelle auf der Geburtshilfe-Station kann das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bezeichnet werden. Dieses ist Ansprechpartner für die Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen, wenn es darum geht, die Befindlichkeit der Frauen auf der Station zu erfragen oder wichtige Informationen, das soziale Umfeld oder die medizinischen Angelegenheiten betreffend zu deponieren. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist über alle Angelegenheiten - sowohl medizinische als auch psychosoziale - unterrichtet. Es steht neben den Säuglingsschwestern am häufigsten im persönlichen Kontakt mit den Frauen und hat am ehesten Einblick in den gesundheitlichen und psychischen Zustand der jungen Mütter. Es erlebt die Frauen im Kontakt mit ihrem

Neugeborenen und ihren engsten Angehörigen. Falls sich in diesen Bereichen Auffälligkeiten ergeben sollten, besteht die Aufgabe darin, die zuständigen Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen davon in Kenntnis zu setzen.

Um den Informationsfluss zu erleichtern und zu fördern, finden täglich Morgenbesprechungen statt. Anzumerken ist, dass an diesen Teamsitzungen die Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen Professionen teilnehmen, nicht aber die der Station zugeteilten Expertinnen und Experten des psychosozialen Bereichs. Diese werden vom Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Bedarfsfall über den Verlauf mancher Krankengeschichten informiert und in die weitere Betreuung involviert.

Um die psychosoziale Situation aufzufangen, gibt es tägliche Kontakte der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters mit der Station. Erfragt werden speziell schwierige Geburten, worunter auch die Kaiserschnitt-Geburt fällt. Im Rahmen der Verteilung des Mutter-Kind-Paketes oder bei ausdrücklichem Ersuchen der Station oder der jeweiligen Frauen tritt die Sozialarbeit in persönlichen Kontakt mit den Frauen, der als schwierig angesehen wird. Die Frauen haben ein dichtes Tagesprogramm mit der Einführung in die Säuglingspflege, der medizinischen Abklärung, den Essenszeiten und der Wochenbettgymnastik. Daher wird die Sozialarbeit als Möglichkeit der Aussprache nur selten oder teilweise gar nicht in Anspruch genommen. Es sei denn, die häusliche Situation gestaltet sich schwierig und es fehlen vor allem nach einer Kaiserschnitt-Geburt, die notwendigen Ressourcen für zuhause.

Im Gegensatz dazu wird die Wochenbettbetreuung der Physiotherapeutin oder des Physiotherapeuten auf der Wochenbettstation als sehr entspannend und erleichternd für die Frauen betrachtet. Es wird speziell betont, dass Frauen mit Kaiserschnitt durch ihre Wundschmerzen und ihre körperliche Immobilität ein erhöhtes Aufmerksamkeitsbedürfnis haben.

„Zuwendung kann man schon sehr geben. Durch den Kaiserschnitt ist in der ersten Zeit eine große Angst da, dass da was passieren könnte. Wenn man sich zuviel bewegt, dass da etwas aufreißen könnte oder platzen. Dann kommt eine große Angst, die manifestiert sich im Verspannt sein. (...) Wenn eine kompetente Person kommt, die dann sagt, das machen sie jetzt, das dürfen sie, das sollen sie, dann trauen sie sich doch und versuchen die Übungen.“ (Physiotherapie, Interview 7, Seite 2-3, Zeile 65-74)

6.8.2 Beurteilung der Wochenbettbetreuung

Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, stehen durch den längeren stationären Aufenthalt eine längere Zeitspanne unter medizinischer Beobachtung und haben dadurch

mehr Gelegenheit mit den Fachärztinnen und Fachärzten zu sprechen. Wenn die schwangeren Frauen eine Sectio planen, treten sie mit Hebammen gar nicht in Kontakt. Währenddessen stehen Frauen, deren Kaiserschnitt sich erst während der Geburt ergab, im intensiven Austausch mit den Hebammen. Die betroffenen Frauen haben mehr Begleitung bei der Einführung in die Kinderpflege und lernen eine unterstützende Stillposition und Gehhaltung, um die postoperativen Schmerzen so gering wie möglich zu halten.

6.8.3 Fazit

Die Betreuung auf der Wochenbettstation wird positiv bewertet. Unzählige Berufsgruppen sind darauf bedacht, den Zustand von Mutter und Kind zu beobachten. Die Einführung in die Säuglingspflege, die Rückbildungsgymnastik für Kaiserschnitt-Patientinnen und das Erlernen der richtigen Stillhaltung nach einer Bauchoperation wird durchaus als Erleichterung betrachtet, da die Mütter zuhause sehr auf sich allein gestellt waren. Der Trubel im Krankenhaus wird erst dann zur Belastung, wenn das Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug aufgrund des Krankenhaus-Alltags nicht erfüllbar ist.

Auffallend ist, dass das Gespräch mit den Berufsgruppen im psychosozialen Bereich seitens der schwangeren Frauen nur eingeschränkt gesucht wird. Die Sozialarbeit und die Psychotherapie werden nur dann in Anspruch genommen, wenn eine konkrete Problematik im psychischen Bereich oder eine soziale Auffälligkeit in der Ambulanz beziehungsweise während des stationären Aufenthalts offensichtlich wird.

Die werdenden Eltern legen das Hauptaugenmerk auf medizinische Abläufe einer Geburt, eventuelle Komplikationen sowie den eigenen Gesundheitszustand und den der Ungeborenen. Möglichkeiten der Aussprache über persönliche Befindlichkeiten beziehungsweise bevorstehende familiäre Veränderungen werden eher im Rahmen der Kurseinheiten innerhalb der Gruppenteilnehmerinnen, im familiären Bereich oder in Einzelgesprächen mit dem Fachpersonal thematisiert, weniger aber im professionellen Bereich der Sozialarbeit und der Psychotherapie. Begründungen hierfür werden in der mangelnden Kenntnis der speziellen Zuständigkeiten der Berufsgruppen des psychosozialen Bereichs vermutet, sowie in der fehlenden Vertrautheit der Professionistinnen und Professionisten.

7 ÜBERLEGUNGEN ZUR FUNKTION DER SOZIALARBEIT

Die Sozialarbeit, die der Abteilung für Geburtshilfe zugeordnet ist, hat als Träger die Magistratsabteilung 11, Dezernat 3, weshalb diese in der starr strukturierten Krankenhaus-Hierarchie eine Sonderstellung einnimmt. Es ist als positive Entwicklung zu bewerten, dass alle Geburtshilfe-Abteilungen in Wien über diese Serviceleistung der Sozialarbeit verfügen.

Ein Problem stellt die räumliche Zuteilung für die dort tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter dar. Eigene Räumlichkeiten sind aufgrund von Beratungsgesprächen, deren Inhalte meist sehr persönlich sein können, eine notwendige Rahmenbedingung. Häufig sind die Räume nicht direkt an die Station angeschlossen, was für die Frauen für die erste Kontaktaufnahme zur Sozialarbeit eine wesentliche Erleichterung darstellen würde.

Um als kompetente Ansprechperson für das medizinische Fachpersonal in der Abteilung für Geburtshilfe angesehen zu werden, ist es einerseits hilfreich im Umgang mit dem medizinischen Fachvokabular geübt zu sein und andererseits unumgänglich, die Abläufe in der Station zu kennen. Es ist besonders schwierig, sich in einem medizinisch dominierten Bereich zu behaupten und seine Rolle zu finden. Die Aufgabenbereiche sind genau festgelegt und dem interdisziplinären Team des Krankenhauses bekannt. Es ist erkennbar, dass die Sozialarbeit zwar gut eingebunden ist, aber grundsätzlich noch nicht den Stellenwert einnimmt, den sie haben könnte.

Diskrepanzen sind dort zu finden, wo es darum geht, eine effektive und effiziente Form der Zusammenarbeit zu finden. Diese ist geprägt von der Eigeninitiative und der Präsenz der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters. Die Kooperation mit dem Fachpersonal der jeweiligen Berufsgruppen auf der Station erfolgt ausschließlich im persönlichen Kontakt. Es unterliegt selten ihrer eigenen Kontrolle, ob die Sozialarbeit zur Problemlösung hinzugezogen wird. Die Vorentscheidung fällt meist im Vorfeld, vorrangig beim Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf der Station. Diese Situation erfordert einen intensiven und guten Austausch mit der Wochenbettstation, weil ansonsten die nahtlose Informationsweitergabe nicht gewährleistet ist. Die Sozialarbeit ist zumeist auf die Information von Dritten angewiesen und die Erhebung sozialarbeitsrelevanter Daten wird dadurch schwieriger. Dieser Zustand erfordert viel Flexibilität seitens der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters. Die Zusammenarbeit mit diversen medizinischen Fachpersonen macht die Informationseinholung aufwendig.

Die Berufsgruppe der Sozialarbeit ist verhältnismäßig selten bereits vor der Geburt involviert, um persönliche Befindlichkeiten, wie finanzielle Ressourcen im Falle einer Kaiserschnitt-Geburt zu organisieren. Die Berufsgruppe wird frühestens bei einer stationären Aufnahme durch die Ärzteschaft und das Gesundheits- und Krankenpflegepersonals hinzugezogen.

Eine weitere Erschwernis im Betätigungsfeld der Sozialarbeit ergibt sich in der meist kurzen stationären Aufenthaltsdauer der Frauen. Obwohl bei einem Kaiserschnitt durchschnittlich mit sechs Tagen Aufenthalt gerechnet werden kann, gestaltet sich die Erreichbarkeit der Frauen nicht immer leicht, da der Alltag mit der Versorgung des Säuglings und der eigenen Rekonvaleszenz ausgefüllt ist.

Diese erste Kontaktaufnahme mit der Sozialarbeit passiert seitens der schwangeren Frauen mit dem Grund, das Wäschepaket anzumelden. Das Erfordernis diese Leistung anzumelden, wird in der Schwangerenambulanz und in Informationsbroschüren beworben. Zusätzlich angebrachte Plakate in der Ambulanz sollen auf diese Serviceleistung aufmerksam machen. Nur bedingt bekannt ist, dass die Sozialarbeit Unterstützung anbietet, wie beispielsweise die finanzielle Situation oder die Wohnungsproblematik zu klären und Informationen über diverse Behördenwege zu geben, die nach der Geburt erforderlich sind. Die Sozialarbeit wird bei den Frauen, die bereits eine Geburt erlebt haben, meist mit sozial schwachen oder finanziell bedürftigen Personengruppen in Verbindung gebracht, weshalb wenig Kontakt gesucht wird.

Im Falle einer Kontaktaufnahme vor der Geburt oder auf der Wochenbettstation bei der Wäschepaketzuteilung ist großes Geschick und Empathie erforderlich, um in kurzer Zeit einen guten intensiven Kontakt zu den Frauen aufzubauen. Es ist eine große Herausforderung aus den kurzen, meist unpräzisen Aussagen der Mütter, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, zu filtern, ob die Notwendigkeit eines Beratungsgesprächs besteht beziehungsweise etwaige Ängste thematisiert werden sollten.

Die Berufsgruppe bedauert die Schwierigkeit, schwangere Frauen bereits vor der 32. Schwangerschaftswoche kennen zu lernen, um etwaige Belange rechtzeitig vor der Geburt zu besprechen und im Bedarfsfall erforderliche Unterstützung zeitgerecht organisieren zu können. Erst wenn alles organisiert ist, können sich die Frauen beruhigt auf ihren geplanten Kaiserschnitt oder ihre vaginale Geburt vorbereiten.

Wünschenswert wäre eine direkte Vernetzung mit der Geburtshilfe-Ambulanz. Dort gäbe es die Möglichkeit sofort persönliche Gespräche mit den schwangeren Frauen zu führen. Die Rahmenbedingungen würden allerdings räumliche Anpassungen erfordern.

Weiters wäre zu überlegen, in welcher Art und Weise sich die Sozialarbeit im Kreise der schwangeren Frauen vor der Geburt oder dem Kaiserschnitt präserter machen kann. Zu überprüfen wäre, ob eine Einbindung in die Vorbereitung der Geburt möglich ist. Die Überlegungen gehen in Richtung einer Darstellung der sozialarbeiterischen Agenden im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses. Ziel wäre, eine möglichst große Gruppe an schwangeren Frauen beziehungsweise werdenden Eltern zur Klärung der Zuständigkeit der Berufsgruppe der Sozialarbeit zu erreichen. Inhaltliche Schwerpunkte wären auch die Weitergabe von nützlichen Informationen hinsichtlich der Behördenwege nach der Geburt oder anderer Angelegenheiten denkbar. Bei Bedarf könnte die Vergabe von Einzelterminen stattfinden oder eine parallel verlaufende Abgabe der Wäschepaketanmeldungen. Die Hemmschwelle der Frauen zur Sozialarbeit könnte damit gelöst werden.

Eine Möglichkeit, die eine Verbesserung in der Kontaktaufnahme der Frauen zur Sozialarbeiterin oder zum Sozialarbeiter bewirken könnten, der aber in der momentanen Situation die Basis fehlt, wäre eine Empfehlung zu einem Beratungsgespräch bei der Sozialarbeit im Mutter-Kind-Pass. Die Durchsicht des Mutter-Kind-Passes erfolgt von den schwangeren Frauen mit einer hohen Präzision und würde die Aufmerksamkeit auch auf diese Berufsgruppe lenken.

Somit könnten Frauen bereits vor einer Geburt oder vor einem geplanten Kaiserschnitt beraten werden. Die Zuständigkeit der Sozialarbeit liegt dann darin, medizinische Abläufe und bisherige Informationen bei Bedarf verständlich zu machen. Die Erklärung wird nicht nur auf die körperliche Situation beschränkt sein. So können bereits vor dem Kaiserschnitt miteinander Lösungsmodelle erarbeitet werden. Die Aufklärung sollte sich nicht nur auf die körperliche Situation beschränken, sondern Fragen behandeln, wie der Alltag zuhause bewältigt werden kann und wer Hilfestellung bei der Versorgung des Säuglings bieten kann.

8 RESÜMEE

Die gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich einerseits aus den Interviews mit dem interdisziplinären Team einer Abteilung für Geburtshilfe und andererseits aus den Erfahrungsberichten von Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben. Hinsichtlich der Forschungsfrage wurde herausgearbeitet, inwieweit die Angebote der Abteilung für Geburtshilfe auf die Bedürfnisse der werdenden Mütter eingehen, welche Bereiche ausbaubar sind und welche künftigen Anforderungen an die Professionistinnen und Professionisten gestellt werden.

Vom Fachpersonal gibt es ein vielfältiges Angebot für die Geburtsvorbereitung, das sich hauptsächlich dem Ablauf einer vaginalen Geburt widmet. Der steigende Anteil an Kaiserschnitt-Geburten erfordert eine Adaptierung der Angebote, auf die bisher inhaltlich nur geringfügig eingegangen wird. Im Verhältnis zum Aufwand, der seitens der Fachleute betrieben wird, ist nur ein mäßiger Erfolg bei den Frauen und deren Partner zu verzeichnen. Um den Bemühungen gerecht zu werden, wäre es sinnvoll, Erhebungen durchzuführen, welche weiteren Themen noch Anklang finden könnten, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit aber nicht Zielsetzung war.

Der Geburtsvorbereitungskurs geht als einziges Gruppenangebot mehr auf mögliche Varianten einer Geburtsbeendigung ein, wobei der Kaiserschnitt zwar eine Erwähnung findet, aber auf die Konsequenzen, beispielsweise in Hinsicht auf die Schonzeit danach und die notwendige Unterstützung bei der Kinderbetreuung, wie auch die wichtige Rolle und unerlässliche Zuständigkeit der Partner, nur peripher eingegangen wird. Zu empfehlen sind die konkrete Thematisierung von möglichen Geburtskomplikationen und den jeweiligen medizinischen Interventionen, wie auch einer Unterstützung danach durch das soziale Umfeld. Die werdenden Eltern setzen sich zwar ungern mit potentiellen Schwierigkeiten während des Geburtsverlaufs auseinander und verschließen die Augen vor ernst zu nehmenden Situationen, trotzdem ist es unerlässlich, eine Aufklärung über den konkreten Ablauf und den daraus resultierenden Verhaltensmaßnahmen vorzunehmen. Somit besteht die Möglichkeit, bereits zu diesem Zeitpunkt mögliche Ressourcen für den Bedarfsfall zu überdenken.

Es zieht sich wie ein roter Faden durch die Interviews der Frauen, die mittels Kaiserschnitt entbunden haben, dass im Vergleich von geplanter und ungeplanter Sectio wesentliche Unterschiede vorhanden sind. Diese Differenzierung erfolgt in den Bereichen der

Vorbereitung, des Erlebens und der Verarbeitung. Bei einer geplanten Sectio besteht ausreichend Zeit, sich auf die bevorstehende Geburtsbeendigung mittels Operation vorzubereiten. In diesen Fällen ist die Entscheidungsfindung gemeinsam mit der zuständigen Fachärztin oder dem zuständigen Facharzt eine krisenhafte und belastende Zeit, aber nicht der Ablauf der Operation selbst und die Verarbeitung danach. Die psychische Verarbeitung und das Annehmen der neuen Geburtssituation werden dem Kaiserschnitt vorgelagert, was eine durchwegs entspanntere Situation während der Kaiserschnitt-Operation zur Folge haben kann.

Im Gegensatz dazu gibt es bei der ungeplanten Sectio wenig Vorbereitungszeit. Die Frauen können sich schwer auf die unerwartete Situation einstellen und nehmen auf Anraten der Ärzteschaft oft aus Unsicherheit und Überforderung die Entscheidung zur Sectio ungefiltert auf.

Um in der Extremsituation eines ungeplanten Kaiserschnitts oder einer eiligen Sectio für die Frauen beruhigende Maßnahmen einzuleiten, wäre zu überlegen, die Berufsgruppe der Hebammen zu involvieren. Falls sich die Durchführung eines Kaiserschnitts während der Wehentätigkeit ergibt, benötigen die betroffenen Frauen und deren Partner unbedingt einen psychischen Beistand. Häufig können sich die Paare gegenseitig auch keine Stütze mehr geben, weil eine räumliche Trennung zu erfolgen hat. Dies ist der Fall, wenn beim Kaiserschnitt eine Vollnarkose vorgenommen werden muss. Eine sehr wertvolle Unterstützung und Ansprechperson finden die Partner auf eigenen Wunsch in der Hebamme. Es stellt sich die Frage, ob die Ausweitung der Kompetenzen der Hebammen in diesem Bereich nicht sinnvoll wäre.

Frauen mit Migrationshintergrund waren zwar eigentlich nicht Teil der Untersuchung, dennoch ist es interessant, dass Ärztinnen und Ärzte einen deutlichen Unterschied hinsichtlich der **Einstellung zum Kaiserschnitt** bei Frauen mit türkischem Hintergrund im Vergleich zu österreichischen Frauen beobachten können. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund haben ein höheres Bedürfnis die Geburt auf natürliche Weise zu beenden und nehmen scheinbar eher den Geburtsschmerz auf sich. Vermutete Begründungen sind, dass einerseits der Kaiserschnitt für die meist erwünschte hohe Geburtenzahl ein Problem darstellen könnte und andererseits dass das „Erleiden“ von Wehen bei einer Geburt dem gesellschaftlichen Ansehen dienlich sein könnte.

Es wird bei allen Berufsgruppen erwähnt, dass Frauen mit Migrationshintergrund nur sehr

selten von den Angeboten des Krankenhauses Gebrauch machen. Als primärer Grund wird die sprachliche Barriere genannt. Trotzdem ist ein steigendes Interesse seitens dieser speziellen Gruppe von Frauen zu bemerken, was von den Expertinnen und Experten der Abteilung für Geburtshilfe als eine sehr erfreuliche Tendenz wahrgenommen wird.

9 SCHLUSSWORT

Im Zuge der Recherchen zum Thema Kaiserschnitt für die gegenständliche wissenschaftliche Arbeit war festzustellen, wie intensiv die Diskussion geführt wird. In den Geburtshilfe-Abteilungen ist eine steigende Zahl von Geburtsbeendigungen per Kaiserschnitt offensichtlich, und die Tendenz ist weiter steigend.

Es ist hier allerdings ein Gegentrend in der Vorstellung über den Verlauf einer Geburt von werdenden Eltern festzustellen. Die Wünsche von schwangeren Frauen und ihren Partnern werden mittlerweile wieder differenzierter und richten sich dahingehend, eine Atmosphäre der Ruhe und Geborgenheit bei der Geburtsbegleitung, wie auch bei der Wahrung ihrer Privatsphäre vorzufinden. Häufig stehen aber in den Spitälern der geregelte Ablauf einer Geburt und eine Rationalisierung der Arbeitsvorgänge im Vordergrund, wobei die Versorgung meist durch Ärzte erfolgt, die rasch auf medizinische Interventionen zurückgreifen. Die Tätigkeit der Hebammen wird häufig in den Hintergrund gedrängt.

Das Bedürfnis, die Geburt bewusster und als natürlichen Prozess zu erleben, steigt. Eine Frauen orientierte und familienfreundliche Atmosphäre wie auch ein respektvoller Umgang mit den Patientinnen in den Krankenhäusern sind sicherlich notwendig und müssen forciert werden. Manche Geburtshilfe-Abteilungen nehmen bereits umfassende Veränderungen vor, um die Geburt eines Kindes und die erste Zeit danach als beglückendes Familienereignis zu gestalten und um eventuelle Unsicherheiten und Ängste vor der Geburt aufzufangen und zu vermindern.

Das Rooming-In - das Belassen des Kindes bei der Mutter im Zimmer - hat sich als Standardeinrichtung in allen Geburtshilfe-Abteilungen etabliert. In wenigen Stationen wurde diese Idee mittlerweile auch auf ein Familienzimmer ausgeweitet, um Väter und eventuell vorhandene Geschwister in die Wochenbettbegleitung zu integrieren.

Das Pflegekonzept Family-nursing beinhaltet das Service, dass sowohl Mutter als auch Kind von derselben Pflegeperson betreut werden. Sie bereitet die Eltern intensiv auf die Zeit zuhause vor. Der Vorteil liegt in einer kontinuierlichen Betreuungsqualität und einer vertrauten Ansprechperson.

Es gibt zahlreiche Studien, die sich mit den Konsequenzen eines Kaiserschnitts für Mutter und Kind und den Auswirkungen auf ihre künftige Beziehung zueinander auseinandersetzen. Inwieweit diese Geburtsmethode Einfluss auf die psychische

Entwicklung eines Kindes hat, ist bei weitem noch nicht geklärt, weil es keine langjährigen Aufzeichnungen gibt. Diese Resultate werden erst in ein paar Jahren zur Verfügung stehen. Es steht zu hoffen, dass die Geburt in Zukunft nicht nur im Bereich der Medizin angesiedelt wird, sondern freiberufliche Hebammen und Wahlhebammen erreichen, dass ihr ganzheitlicher Ansatz mehr in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. In diesem Fall sind die Berufsgruppen der Sozialarbeit und der Psychologie im Bereich der Prävention, der Beratung und der psychosozialen Begleitung verstärkt einzubinden, um ein gelungenes und erfolgreiches Konzept für die schwangeren Frauen, deren Partner und deren Säuglinge zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang soll die Diplomarbeit dazu beitragen, auf die Aktualität des Themas Kaiserschnitt hinzuweisen. Dieser Problematik sollte nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im psychosozialen Bereich mehr Aufmerksamkeit zukommen. Die Sozialarbeit ist dazu angehalten, weitere Überlegungen dahingehend anzustellen, in welcher Art und Weise sie sich dieser Thematik annähern können. Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen aber schon jetzt eine interessante Erweiterung der bisherigen Auseinandersetzung im Bereich der Sozialarbeit dar.

Interessant wären Forschungen in folgenden Bereichen:

- Welche dauerhaften Auswirkungen kann der Kaiserschnitt für die Entwicklung der Kinder haben,
- Gibt es Unterschiede in der Mutter-Kind-Beziehung bei Kindern, die entweder durch eine vaginale Geburt oder durch einen Kaiserschnitt geboren wurden,
- Wie werdender Vater eine Kaiserschnitt-Geburt erleben und verarbeiten.

Um diese Themen intensiver zu bearbeiten, benötigt es eine längere Zeitspanne der Beobachtung von betroffenen Frauen und ihren Kindern.

10 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

10.1 FACHLITERATUR

- DGGG-Leitlinie** (2004): Stellungnahme zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. In: **Lutz, Ulrike / Kolip, Petra** (2006): Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Bremen: Asgard-Verlag
- Eichbauer, Hans / Heuermann, Andrea / Krausbar, Pia / Utku, Ferhal** (2003): Kebab Studie. Gelebte Integration im Krankenhaus. Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses. 1. Zwischenbericht 2003, Wien
- Flick, Uwe** (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Gläser, Jochen / Laudel, Grit** (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Glinka, Hans-Jürgen** (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Haslauer, Sylvia** (2007): Wegbegleiterin ins Muttersein. In: **Oblasser, Caroline** (Hrsg.) (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Verlag edition riedenburg, S. 366-368
- Heller, Angela** (1998): Geburtsvorbereitung. Methode Menne-Heller. Stuttgart: Thieme Verlag
- Jurgelucks, Christiane** (2004): Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Krankenanstaltenverbund** (2006/2007): Jahresstatistiken der Abteilung für Geburtshilfe: Geburten, Abortus, Interruptio, Kinder, Sectio caesarea, Wien
- Lipson, J. G. / Tilden, V. P.**: Psychological integration of the cesarean birth experience. American Journal of Orthopsychiatry, 50, (1980). In: **Jurgelucks, Christiane** (2004): Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 598-609
- Lutz, Ulrike / Kolip, Petra** (2006): Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Bremen: Asgard-Verlag
- Mauritz, Ernst** (4.1.2008): Geburt. Zu schneller Schritt zum Schnitt? In KURIER 4.1.2008

- Mändle, Christine / Opitz-Kreuter, Sonja** (2007): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 5. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer
- Merkle, Prof. Dr. Dr. med. habil. E. / Schlund, Prof. Dr. jur. G. H.** (2003): Dokumentierte Patientenaufklärung. Basisinformation zum Aufklärungsgespräch Sectio caesarea. Schnittentbindung (Kaiserschnitt). Erlangen: proCompliance Verlag GmbH
- Meuser, M. / Nagel, U.** (2003b): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: **Bogner, A. / Littig, B. / Menz, W.** (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske und Budrich
- Nehlsen, Erika / Schulz-Ruthenberg, Insa** (2007): Erfolgreiches Stillen nach Kaiserschnitt: Eine Anleitung. In: **Oblasser, Caroline** (Hrsg.) (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Verlag edition riedenburg, S. 356-365
- Oberndörfer, Katrin** (2003): Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz.
- Oblasser, Caroline** (Hrsg.) (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Verlag edition riedenburg
- Odent, Michael** (2005): Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag
- Österreichisches Hebammengremium Landesgeschäftsstelle Wien:** Jahresversammlung vom 16.5.2008
- Pschyrembel** (2004): Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter
- Reinders, Heinz** (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München: Oldenbourg
- Schmid, Verena** (2005): Die Bedeutung des Geburtsschmerzes für Mutter und Kind. Die Hebamme 2005; 1:11-12. In: **Lutz, Ulrike / Kolip, Petra** (2006): Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Bremen: Asgard-Verlag
- Schütze, Fritz** (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen, in Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung, München
- Strauss, Anselm** (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink

Wertaschnigg, Dagmar (2001): Der Einfluß des Geburtsmodus auf die Mutter-Kind Einheit. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der gesamten Heilkunde an der medizinischen Fakultät der Universität Wien

Wolf, Friedrich (2007): Cranio-Sacral-Therapie und Kaiserschnitt-Geburt. In: **Oblasser, Caroline** (Hrsg.) (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: Verlag edition riedenburg, S. 402-403

10.2 RATGEBERLITERATUR

Bopp, Annette (2003): Kaiserschnitt auf Wunsch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH

De Jong, Theresia Maria / Kemmler, Gabriele (2003): Kaiserschnitt. Wie Narben an Bauch und Seele heilen können. Ein Ratgeber. München: Kösel Verlag GmbH

Ott-Gmelch, Jutta / Böning, Verena (2007): Geburt erleben. Zwischen Niederkommen und Hochgefühl. München: Urban & Fischer

Meissner, Brigitte Renate (2003): Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Frauen erzählen, was sie erlebten und wie sie ihren Kaiserschnitt verarbeitet haben. Einfühlsame Unterstützung nach der „Bauchgeburt“. Ein Mutmacher zur seelischen Versöhnung. Kösel Kempten: Brigitte Meissner Verlag

10.3 INTERVIEWS

Interviews 1 - 7: geführt mit Expertinnen und Experten aus dem Hanusch-Krankenhaus (Zeitraum März – April 2008)

Interview 1 - Sozialarbeit

Interview 2 - Hebamme

Interview 3 - Psychologie/Psychotherapie

Interview 4 - Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Interview 5 - Fachärzteschaft

Interview 6 - Kinderkrankenschwester

Interview 7 - Physiotherapie

Interview 1 - 6: geführt mit Frauen, die Kaiserschnitt-Erfahrung haben (Zeitraum Juni 2008)

10.4 INTERNET

de.wikipedia.org/wiki/Experte (13.5.2008)

Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000) In:
<http://www.dsk.gv.at/dsg2000d.htm#1>

Der Standard - Printausgabe 15.5.2008 In:

<http://derstandard.at/druck/?id=3336833>

Statistik Austria (Hrsg.) (2006): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. In:

<http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/abschnitt-saeuglinge.pdf> (15.1.2008)

Wiener Gebietskrankenkassa: Hanusch-Krankenhaus. In:

http://www.wgkk.at/esvapps/page/page.jsp?ppageid=221&p_menuid=66619&p-id=6
(15.1.2008)

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Kaiserschnittentbindungen 2006 nach Bundesländern.....	2
Abbildung 2: Art der Geburt. Anteil an allen Lebendgeburten in Prozent in Wien	3

12 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Darstellung der interviewten Berufsgruppen und ihrer spezifischen Aufgabenverteilung bei Kaiserschnitt-Geburten.....	33
Tabelle 2: Übersicht der befragten Frauen in der Reihenfolge der Interviewdurchführung.....	34
Tabelle 3: Auflistung der Angebote nach den Berufsgruppen der Fachärzteschaft, DGKP, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Physiotherapie, Sozialarbeit, Psychologie/Psychotherapie,	37

ANHANG A**WICHTIGE ADRESSEN****Geburtenstationen - Wiener Krankenanstaltenverbund****Allgemeines Krankenhaus**

Tel: 404 00-2819

<http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=1>**SMZ-Ost – Donauspital**

Tel: 288 02-3850 oder 3851

<http://www.wienkav.at/kav/dsp/>**SMZ-Süd – Kaiser Franz Josef Spital**

Tel: 601 91-4736

<http://www.wienkav.at/kav/kfj/>**Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel**

Tel: 801 10-2300

<http://www.wienkav.at/kav/khl/>**Krankenanstalt Rudolfstiftung mit Departement Semmelweis Frauenklinik**

Tel: 711 65-4741

<http://www.wienkav.at/kav/kar/>**Departement Semmelweis Frauenklinik der Krankenanstalt Rudolfstiftung**

Tel: 476 15 – 1308

<http://www.wienkav.at/kav/sem/>**Wilhelminenspital**

Tel: 491 50-4711

<http://www.wienkav.at/kav/wil/>**Geburtenstationen - WGKK****Hanusch-Krankenhaus**

Tel: 91021-84855

http://www.wgkk.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=wgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=52453&p_tabid=6**Geburtenstationen - private Träger Wiens****Goldenes Kreuz, Privatklinik**

Tel: 40 111 - 0

<http://www.goldenes-kreuz.at/>

Krankenhaus Göttlicher Heiland

Tel: 400 88-0

<http://www.khgh.at>**Privatklinik Döbling**

Tel: 360 66 DW 5450

<http://www.privatklinik-doebling.at/>**Privatklinik Rudolfinerhaus**

Tel: 36036-6203

<http://www.rudolfinerhaus.at/>**St. Josef – Krankenhaus**

Schwestern Salvatorinnen

Tel: 878 44-0

http://www.sjk-wien.at/stj_tree/powerslave,id,11,nodeid,,mysize,1.html**Hebammen****Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen**

Tel: +43-1-408 80 22

<http://www.hebammenzentrum.at/index1.htm>**Selbsthilfegruppe für Mütter nach schwierigen Geburten**

Mag. Alexandra Bautzmann, MAS

Tel.: 0676/312 14 09

E-Mail: a.bautzmann@utanet.at**Österreichisches Hebammen-Gremium**

Tel: 597 14 04

www.wien.hebammen.at**Wir Hebammen von Nussdorf (Hebammenpraxis Geburtshaus Nussdorf)**

Hebammenhotline:0699/126 41 555

E-Mail: office@nussdorfhebammen.at**Stillberatung****La Leche Liga**<http://www.lalecheliga.at/>**F.E.M. Beratung (Sammelweisklinik)**

Tel.: 01/47615-373

ANHANG B

LEITFADEN FÜR EXPERTINNEN UND EXPERTENINTERVIEWS

Name der befragten Person:

Ort und Datum des Interviews:

Beginn des Interviews:

Ende:

Dauer:

EINSTIEG

Begrüßung

Dank

Einholung der Zustimmung für Tonbandaufnahme

Vorstellung meiner Person /Diplomarbeit mit Thema:

Im Rahmen meiner Diplomarbeit mit dem Titel „Kaiserschnitt - ein Einschnitt in das Leben einer Frau“ führe ich Interviews mit den jeweiligen Berufsgruppen, die in der Abteilung für Geburtshilfe tätig sind, um mir ein Bild machen zu können, was sie aktuell für Betreuungsangebote hinsichtlich Unterstützung, Beratung und Begleitung vor/während/nach einem Kaiserschnitt anbieten.

Einstiegsfrage:

Könnten Sie mir kurz erklären beziehungsweise beschreiben welche Ihre Aufgaben hinsichtlich der Betreuung vor, während und nach der Geburt, im speziellen beim Kaiserschnitt sind? Welche Anforderungen im Falle eines Kaiserschnitts werden an Sie gestellt?

Eigene Einschätzung des Anstiegs der Kaiserschnitt-Rate?

- Wie beurteilen Sie die Situation der stetig steigenden Kaiserschnitt-Geburten?
- Worin sehen Sie die Gründe dieser Entwicklung?
- Wie bewerten Sie diese Entwicklung?
- Inwieweit wird in Ihrer Ausbildung das Thema Kaiserschnitt nicht nur von der medizinischen Seite her beleuchtet, sondern auch psychosoziale Faktoren besprochen?

Persönliche Wahrnehmung der Kooperationen und Schnittstelle der Professionen, besonders der Sozialarbeit

- Inwieweit besteht eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen beziehungsweise wo gibt es Schnittstellen/Überschneidungen, Vernetzungen?
- Sehen Sie eine Notwendigkeit einer Unterstützung durch einen Sozialarbeiter?
- Was könnte dieser abdecken...

Darstellung und persönliche Einschätzung der eigenen Angebote

- Welches Betreuungsangebot gibt es für Frauen zur Vorbereitung, während der Operation und auf der Wochenbettstation?
- Gibt es auch eine Unterstützung bei psychischen Beschwerden?
- Welche Maßnahmen sind verbesserungswürdig?

MEDIZINISCHE ASPEKTE**Aufklärung**

- Wie erfolgt die Aufklärung über Ablauf und Risiken einer Kaiserschnittgeburt?
- In welcher Art und Weise erfolgt eine Aufklärung über mögliche Folgen?
- Wie erfolgt die Aufklärung über Unterstützung beziehungsweise Zuständigkeiten von anderen Berufsgruppen?

Indikation

- Welche Motivationen, sich für eine Sectio zu entscheiden, vermuten Sie aus der Perspektive der Frauen?
- Welche Indikation ist für einen Kaiserschnitt erforderlich?
- Mögliche Folgen für das Kind – zusätzlicher Belastungsfaktor für die Mutter?

Postoperative Einschränkungen

- Gibt es Einschränkungen für die betroffenen Frauen?
- Wie lange braucht ihrer Meinung nach eine Frau eine Unterstützung zu Hause im Alltag und im Umgang mit dem Kind? Wie lange benötigt eine Frau für die Zeit der Rekonvaleszenz?
- Welche Unterstützung braucht eine Frau nach einer Sectio?

Spätfolgen

- Gibt es Unterschiede bei weiteren Geburten nach einer Sectio?
- Erfahrungswerte hinsichtlich Wundheilung?
- Erfahrungswerte hinsichtlich psychischer Belastung für Mutter und Kind?

Unterlagen

- Statistik:
Kaiserschnitttrate Wien / Hanusch-Krankenhaus 2006,
Aufstellung der verschiedenen Arten der Sectio,
Darstellung der häufigsten Indikatoren für Sectio,
Vergleichszahlen Risiko bei Kaiserschnitt und vaginaler Geburt,
Folgen für das Kind,
- Interne Informationsbroschüren,
- Gibt es bereits interne Studien bezüglich Patientinnenzufriedenheit.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Angelika Bednar, geboren am 28. 3. 1972 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, am 30.4.2009

Unterschrift