

Einmal Sectio – Immer Sectio?

Einflussfaktoren auf die Entscheidung über das
Geburtsprocedere bei Status nach Sectio aus Sicht der Frau

Tara Weingart
Laura Wyssen

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: HB18
Eingereicht am: 05.05.2021
Begleitende Lehrperson: Anja Pfister

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Einleitung: Die Raten der Sectio caesarea (Sectio) steigen in der Schweiz seit Jahren. Viele Frauen mit einer vorausgegangenen Sectio erhalten beim nächsten Kind wieder eine Sectio. Das, obwohl die Vaginalgeburt nach Sectio eine gute Alternative darstellt und die elektive Sectio mit vielen Komplikationen verbunden ist.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, Variablen zu identifizieren, welche Frauen in ihrem Entscheidungsprozess über das Geburtsprocedere als massgebend betrachten. Dadurch soll es ermöglicht werden, bei der Beratung zum Geburtsprocedere speziell auf diese Gründe einzugehen, sodass die Schwangeren eine unabhängige und evidenzbasierte Entscheidung treffen können.

Methode: Die Literaturrecherche wird mithilfe der Ein- und Ausschlusskriterien auf bekannten Datenbanken durchgeführt. Sechs gefundene Studien werden zur Analyse und kritischen Würdigung ausgewählt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen im Prozess der Entscheidungsfindung viele verschiedene Aspekte bedenken. So gibt es keine Einflussfaktoren, die zwangsläufig zu einer bestimmten Geburtsentscheidung führen, sondern es findet eine Abwägung, zugeschnitten auf die jeweils individuelle Situation statt. Trotzdem gibt es einige Faktoren, die eine Korrelation zu einer der Geburtsoptionen aufweisen.

Schlussfolgerung: In Zukunft sollte vermehrt Wert darauf gelegt werden, welche Vorstellungen und Wünsche die Frauen haben. Um die gemeinsame Entscheidungsfindung übersichtlicher zu gestalten, kann eine Entscheidungshilfe zum Einsatz kommen. Weiterer Forschungsbedarf besteht.

Keywords: Vaginal birth after caesarean, VBAC, Trial of labor after caesarean delivery, Caesarean section, information, Wom*n decision, wom*n, Maternal attitudes

Hinweise zum Sprachgebrauch

Die Berufsbezeichnung Hebamme oder Doula schliessen in dieser Arbeit alle Geschlechter ein. Da in der hier vorliegenden Arbeit die Schwangerschaft thematisiert wird, werden die Studienteilnehmerinnen und schwangeren Frauen stets in der weiblichen Form genannt. Ansonsten werden verschiedene Möglichkeiten benutzt, um die geschlechtergerechte Sprache umzusetzen, wie es durch den Leitfaden „geschlechtergerechte Sprache“ der pädagogischen Hochschule Zürich et al. (o. J.) empfohlen wird.

Ein gewisses medizinisches und geburtshilfliches Vorwissen wird für die Lesenden vorausgesetzt. Abkürzungen werden bei der ersten Nennung ausgeschrieben und die Kurzform in Klammern dazugeschrieben, bei jeder weiteren Nennung wird die Abkürzung benützt. Bei Bedarf können Abkürzungen im Abkürzungsverzeichnis am Ende der Arbeit nachgeschlagen werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Methode	8
2.1. Form der Arbeit	8
2.2. Ein- und Ausschlusskriterien	8
2.3. Vorgehen der Literaturrecherche	8
2.4. Evaluationsinstrumente	10
3. Theoretischer Hintergrund	11
3.1. Sectio caesarea	11
3.1.1. Primäre Sectio	11
3.1.2. Sekundäre Sectio	12
3.1.3. Indikationen zur Sectio	12
3.1.4. Risiken und Komplikationen	14
3.2. Vaginale Geburt nach vorausgegangener Sectio	17
3.2.1. Vorteile und Risiken	17
3.2.2. Empfehlungen zum Beratungsgespräch	19
4. Studienergebnisse	21
4.1. Attanasio et al. (2019)	21
4.2. Black et al. (2016)	25
4.3. Davis et al. (2020)	29
4.4. Fumagalli et al. (2020)	32
4.5. Konheim-Kalkstein et al. (2017)	35
4.6. Rietveld et al. (2020)	38
5. Diskussion	42
5.1. Diskussion der Ergebnisse	42
5.1.1. Vorstellungen und Wünsche bezüglich der Geburt	43
5.1.2. Einflüsse auf die Geburt	44

5.1.3. Medizinische Faktoren	45
5.1.4. Informationsquellen	46
5.1.5. Mögliche Folgen der Geburtsmodi	48
5.1.6. Vergleichbarkeit und Limitationen	48
5.2. <i>Beantwortung der Fragestellung</i>	50
6. Schlussfolgerung	51
6.1. <i>Theorie-Praxis Transfer</i>	51
6.2. <i>Rolle der Hebamme</i>	52
6.3. <i>Ausblick & weitere Forschung</i>	53

1. Einleitung

Laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) (2020b) erfolgten im Jahr 2019 in der Schweiz 27'246 von 85'128 Geburten per Sectio caesarea (kurz Sectio). Daraus resultiert eine Sectorate von 32 %. Gemäss Riggerbach (2019) ist diese Rate, bis zum Höchstwert von 33,7 % im Jahr 2014, kontinuierlich gestiegen, um sich nun bei 32 % zu stabilisieren. Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung liegt die Sectorate der Schweiz im Jahr 2017 im europäischen Vergleich auf den vorderen Rängen. Die des Vereinigten Königreichs liegt mit 27.4 % etwas darunter und die der Skandinavischen Länder mit 16 % noch niedriger. Zum internationalen Vergleich: südamerikanische Länder präsentieren im selben Jahr Raten von etwas über 45 %, während Australien mit 33.7 % und die USA mit 32 % ähnlich wie die Schweiz dastehen (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2017). Noch im Jahr 1998 wies die Schweiz eine Rate von 22.7 % auf (Andreani et al., 2019). Es stellt sich also zunächst die Frage, welche Umstände zu dieser rapiden Steigerung beigetragen haben.

Gemäss Timofeev et al. (2013) sind dabei Frauen mit einer wiederholten Sectio eine besonders grosse Gruppe. Diese Ergebnisse decken sich laut der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020) mit Daten aus Deutschland. Dort war im Jahr 2013 der Zustand nach Sectio, mit 25.8 %, die häufigste Indikation für eine Sectio. Bis ins Jahr 2017 ist diese Quote auf 31.2 % angestiegen, während der Anteil anderer Indikationen sank (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V., 2020). Angaben zu Sectioindikationen in der Schweiz sind nicht verfügbar.

Laut dem American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017) war lange Zeit der Grundsatz «einmal Sectio – immer Sectio» der Goldstandard. In den 70er Jahren wurde diese Überzeugungen von einigen geburtshilflichen Gesellschaften überprüft. Die gesammelten Daten zeigen, dass eine vaginale Geburt nach Sectio (Vaginal Birth After Caesarean - VBAC) eine sichere Option darstellt. Daraufhin wurden Richtlinien zugunsten der VBAC ausgearbeitet, welche in den USA bis ins Jahr 1996 einen Anstieg der VBAC-Raten auf 28.3 % bewirkten. Gleichzeitig sank die allgemeine Sectorate. Gemäss Christmann-Schmid et al. (2016) wurden aufgrund dieser Entwicklung grosse Studien durchgeführt, welche einen geringen Anstieg der neonatalen hypoxischen Schädigung und des perinatalen Todes zulasten der VBAC zeigen. Aufgrund dieser Studien kehrte der

Trend um und die elektive wiederholte Sectio (Elective Repeat Caesarean Sectio - ERCS) wurde wieder bevorzugt. Dieses Phänomen ist auch in der Schweiz aufgetreten (Christmann-Schmid et al., 2016). Gemäss Roos (2013) lag die VBAC-Rate im Jahr 2011 in der Schweiz bei 3.8 %, aktuelle Daten liegen keine vor. Die Sectioraten in der Schweiz bewegen sich also auf einem ähnlichen Niveau, wie diejenigen anderer, vergleichbarer Länder. Wie können diese Sectioraten aber von einem gesellschaftlichen oder gesundheitspolitischen Blickwinkel aus bewertet werden?

Laut Gibbons et al. (2010) spricht die World Health Organisation im Jahr 1985 die Empfehlung aus, eine Sectiorate von 10-15 % zu erreichen. Möglicherweise verliert diese Empfehlung jedoch an Bedeutung, wenn länderspezifische Faktoren, wie beispielsweise hohes Einkommen, hohes mütterliches Alter, oder hohes kindliches Geburtsgewicht die vermehrt zu einer Sectio führen, berücksichtigt werden. Dem wird hinzugefügt, dass es keine Hinweise auf einen maternalen oder fetalen Nutzen gibt, wenn die Sectiorate über 15 % liegt. Zusätzlich beansprucht die grosse Anzahl an Sectiones, wovon die Mehrheit medizinisch nicht induziert ist, einen grossen Anteil der globalen und wirtschaftlichen Ressourcen. Diese wiederum könnten für andere Ziele eingesetzt werden. Somit wirken sich die medizinisch nicht induzierten Sectiones negativ auf die gesundheitliche Chancengleichheit aus.

Laut des BFS (2020a) kostete eine Sectio in der Schweiz im Jahr 2019 durchschnittlich CHF 9'847.- und ging mit einem Krankenhausaufenthalt von 4.6 Tagen einher. Dagegen kostete eine Spontangeburt mit CHF 5'280.- deutlich weniger und die Wöchnerinnen blieben im Mittel nur 3.0 Tage stationär. Das ökonomische Sparpotenzial ist gut ersichtlich. Patterson (2015) beschreibt, dass auch der Versuch einer vaginalen Geburt nach Sectio (Trial Of Labor After Cesarean - TOLAC) kosteneffektiver ist als eine ERCS. Dies könnte Gesundheitskosten senken.

Mütter mit Status nach (St. n.) Sectio müssen sich bei einer nächsten Schwangerschaft entscheiden, ob sie eine VBAC anstreben oder eine erneute ERCS wählen. Die Relevanz dieser Entscheidung zeigt sich auch im öffentlichen Interesse. Das SRF-Gesundheitsmagazin „Puls“ widmet diesem Thema einen Beitrag, wie ein Bericht von Matta und Bassani (2020) zeigt. Eine Betroffene artikuliert: „Eine normale Geburt macht mir eine Riesenangst. Diese Schmerzen sind nichts, was ich erfahren möchte!“ Auch der

Einfluss der Ärzte und Ärztinnen wird angesprochen. Irène Dingeldein, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe äussert: „Als Ärztin habe ich natürlich schon grossen Einfluss und kann jede Frau davon überzeugen, dass sie einen Kaiserschnitt braucht. Aber das ist eben nicht das Ziel“. Doch die Ärzteschaft ist nicht der einzige Gesundheitsdienstleister, der einen Einfluss hat. Der Betreuungsbogen der Hebamme, nach Sayn-Wittgenstein (2007), beinhaltet die Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und frühe Elternschaft. In der Rolle der Kommunikatorin, gemäss den Abschlusskompetenzen der Hebamme, ist die Hebamme zuständig für die Abgabe von evidenzbasierten Informationen (Ledergerber et al., 2009). Daher ist die Hebamme für Frauen und Paare eine wichtige Ansprechperson.

Daher lautet die Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit: „Welche Gründe beeinflussen die Entscheidung über den Geburtsmodus bei Frauen mit Status nach Sectio?“

Ziel der Arbeit ist es, Variablen zu identifizieren, welche Frauen in ihrem Entscheidungsprozess über das Geburtsprocedere als massgebend betrachten. Mit dem erlangten Wissen kann bei der Beratung zum Geburtsprocedere speziell auf diese Gründe eingegangen werden, sodass die Schwangeren eine unabhängige, eigenständige, wissenschaftlich fundierte und für sie passende Entscheidung treffen können.

2. Methode

In diesem Kapitel werden die Literaturrecherche und die Evaluationsinstrumente beschrieben. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden festgelegt.

2.1. Form der Arbeit

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit wird mittels Literaturreview bearbeitet und beantwortet.

2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

In vorliegender Arbeit steht das subjektive Erleben der Schwangeren im Vordergrund. Das bedeutet jedoch nicht, dass quantitative Arbeiten ausgeschlossen werden. Abgrenzend zu anderen Bachelorarbeiten wird hier nicht auf die ausserklinische VBAC, sowie die medizinischen Aspekte, Risiken und möglichen Folgen einer VBAC eingegangen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 ersichtlich. Diese Bachelorarbeit will sich insbesondere von der Arbeit von Stiffler und Tomaschett (2017) abgrenzen. Während dort erforscht wurde, welche Fachinformationen in ein Gespräch über das Geburtsprocedere gehören und welche Erwartungen die Schwangeren an dieses Gespräch haben, konzentriert sich die hier vorliegende Arbeit auf die subjektiven Gründe der Frau in der Wahl des Geburtsmodus.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Studienorte, welche dem Entwicklungsstand der Schweiz entsprechen (z.B. Europa, Amerika, Australien, Kanada)- Entbindung per Sectio in der geburtshilflichen Vorgeschichte- Komplikationslose und risikoarme Einlingschwangerschaft- Schädellage
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Veröffentlichung vor 2015- Medizinische Indikation zur Sectio- Studien, die online über den Hochschulzugang nicht verfügbar sind- Ausserklinische Geburtshilfe- Bachelor- und Masterarbeiten

2.3. Vorgehen der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand zwischen Mai und Dezember 2020 statt. Die Suche wurde anfänglich über Google Scholar und folgend über Datenbanken wie MEDLINE, PubMed und CINHAL Complete durchgeführt. Ebenso wurden relevante Literaturverweise in

gefundenen wissenschaftlichen Arbeiten weiterverfolgt. Neben den auf diese Weise gefundenen Artikeln, wurden Internetseiten von Behörden, sowie Fachbücher als Quellen herangezogen. Zur Erstellung der Keywords wurden das Oberthema und dessen verschiedene Aspekte wie zum Beispiel Sectio, ERCS, VABC und TOLAC betrachtet. In Tabelle 2 werden die Suchbegriffe aufgelistet.

Tabelle 2: Suchbegriffe der Datenbanksuche (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

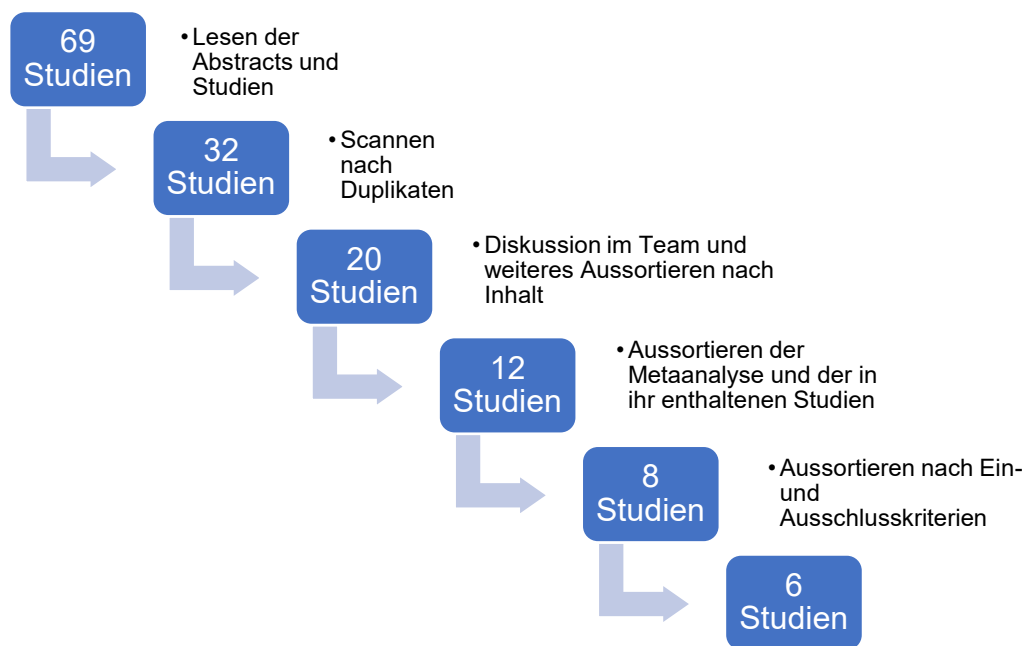
Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme
Vaginale Geburt nach Sectio	Vaginal birth after caesarean	VBAC or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section or vaginal birth after caesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after cesarean section
Versuch einer Vaginalgeburt nach Sectio	Trial of labor after caesarean delivery	TOLAC or trial of labor after caesarean or trial of labor after caesarean or trial of labour after cesarian delivery
Kaiserschnitt oder Sectio	Caesarean section	caesarean delivery or c-section or caesarean delivery or caesarian birth or caesarian or cesarian delivery
Informationen	Information	information management, information needs, information use, information seeking, information behavior,
Entscheidung der Frau	Wom*n decision, wom*n,	decision making, judgement, decision support
Mütterliche Einstellung	Maternal attitudes	

Neben den Trunkierungen wurden die Bool'schen Operatoren OR und AND verwendet, um die Suche weiter einzugrenzen. Die in Tabelle 2 beschriebenen Suchbegriffe wurden auf verschiedene Weise kombiniert, um die Anzahl der Treffer zu minimieren.

So ergaben sich 69 Studien mit passendem Titel. Im Folgenden wurden die Abstracts und Studien gelesen und sortiert. 32 Studien wurden als möglicherweise passend identifiziert. Zwölf davon waren mehrfach vorhanden und wurden aussortiert. Die übrigen 20 Studien wurden im Team diskutiert, wobei wiederum acht als nur bedingt passend identifiziert und daher ausgeschlossen wurden. Eine zweite Metasynthese wurde nicht mit einbezogen, da sie älter war und die gleichen Studien enthielt, wie die hier verwendete Metaanalyse. Ebenso wurden drei weitere Artikel ausgeschlossen, da sie in letzterer enthalten sind. Die

übrig gebliebenen Studien wurden nach den Ein- und Ausschlusskriterien gescannt, sodass letztlich, wie in Abbildung 1 dargestellt, sechs als passend identifiziert wurden. Diese werden im Abschnitt 4 genauer beschrieben. Die Literaturrecherche wurde abgeschlossen, nachdem sich die Resultate zu wiederholen begannen und in den Artikeln wiederholt die gleichen Studien vorkamen.

Abbildung 1: Literaturrecherche (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)



2.4. Evaluationsinstrumente

Zur Beurteilung der qualitativen und quantitativen Studien wird das jeweilige Arbeitsinstrument für das Critical Appraisal eines Forschungsartikels (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015) verwendet. Die Gütekriterien der qualitativen Forschung werden nach Steinke (2017) beurteilt, die der quantitativen Forschung nach der Validität, Objektivität und Reliabilität des jeweiligen Artikels. Die Beurteilung des Signifikanzlevels erfolgt anhand der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009). Zur Beurteilung der Metaanalyse wird das Critical Appraisal Skills Programme (CASP) der Public Health Resource Unit verwendet (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden anhand aktueller evidenzbasierter Literatur verschiedene Faktoren der Thematik beschrieben, welche zentral für das Verständnis der vorliegenden Arbeit sind.

3.1. Sectio caesarea

Schneider et al. (2016, S. 865) beschreiben die Sectio „als die Entwicklung des Babys durch eine Öffnung im mütterlichen Abdomen, die durch die chirurgische Durchtrennung der verschiedenen Schichten der Bauchdecken und des Uterus angelegt wird“. Diese Geburtsart diente in der Vergangenheit der Rettung von Mutter oder Kind. Heute gilt sie als eine Alternative zur vaginalen Geburt. Es gibt verschiedene Indikationen, welche zu einer Sectio führen. Bedingt durch die Verbesserung der Medizin und die Veränderung der gesellschaftlichen Werte entstehen immer mehr Indikationen. Dies hat eine Erhöhung der Sectorate zur Folge. Auch Kolip et al. (2012) sowie Mylonas und Friese (2015) stimmen dem zu. Sie beschreiben eine großzügige Indikationsstellung aufgrund des sozioökonomischen Standes, sowie den Erwartungen des Paares. Weitere Einflussfaktoren sind das Bestreben geburtshilfliche Risiken aus rechtlichen Gründen zu minimieren, organisationale Ressourcen, monetäre Mittel und die Darstellung in den Medien.

3.1.1. Primäre Sectio

Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 707) beschreiben eine primäre Sectio als „ein geplanter, vor Geburtsbeginn ausgeführter Kaiserschnitt (ohne Wehen oder vorzeitige[m] Blasensprung)“. Indikationen können unter 3.1.3 nachgelesen werden. Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019a) hat verschiedene bekannte Indikationen wie Frühgeburt, „small for gestational age“ und voraussichtliches Kopf-Becken-Missverhältnis aus den Empfehlungen für die primäre Sectio ausgeschlossen, da der Effekt zur Verbesserung der neonatalen Morbidität und Mortalität ungewiss ist. Die AWMF (2020) befürwortet vor einer elektiven Sectio die 37. Schwangerschaftswoche (SSW) zu vollenden. NICE (2019a) hingegen empfiehlt eine geplante Sectio nicht vor der 39. SSW durchzuführen, da erst danach das Risiko einer respiratorischen Morbidität abnimmt.

3.1.2. Sekundäre Sectio

Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 707) beschreiben eine sekundäre Sectio als „ein im Geburtsverlauf notwendig werdender Kaiserschnitt (nach Wehenbeginn oder vorzeitigem Blasensprung)“. Indikationen können unter 3.1.3 nachgelesen werden. Seifert (2015) beschreibt die Unterteilung der sekundären Sectio in verschiedene Typen. Es wird unterschieden zwischen der klassischen sekundären Sectio, welche bei 45 % der Sectiones auftritt, der eiligen Sectio und Notsectio. Die Notsectio wird als eine Möglichkeit beschrieben, die bei einem plötzlichen, kritischen Ereignis zum Einsatz kommt (Schneider et al., 2016). Dabei sollte laut der AWMF (2020) die Entschluss-Entwicklungs-Zeit unter 20 Minuten liegen soll.

3.1.3. Indikationen zur Sectio

Gemäss Herber-Löffler und Stiefel (2020) können die Indikationen der Sectio in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Eine Möglichkeit ist die Zusammenstellung nach absoluten und relativen Indikationen. Laut Seifert (2015) liegt eine absolute Indikation zur Sectio dann vor, wenn für Mutter oder Kind Lebensgefahr besteht. Dann ist die Sectio die einzige Geburtsoption. Dies ist in ca. 10 % aller Sectiones der Fall. In der folgenden Tabelle werden die verschiedenen absoluten Indikationen zur primären und sekundären Sectio aufgeführt.

Tabelle 3: Absolute Indikationen für eine primäre oder sekundäre Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Quelle	Absolute Indikationen (primäre oder sekundäre Sectio)
NICE (2019a, S. 12–16)	<ul style="list-style-type: none">• Beckenendlage (bei misslungener Wendung oder Kontraindikationen)• Plazenta praevia totalis oder partialis• Verdacht auf Plazentahaftungsstörungen• «Human Immunodeficiency Virus» (HIV) der Schwangeren, falls keine antiretrovirale Therapie oder hohe Viruslast• HIV und Co-Infektion mit dem Hepatitis-C Virus• Primäre genitale Herpes Simplex Virus (HSV) Infektion im dritten Trimester
NICE (2019b, S. 26)	<ul style="list-style-type: none">• Monochorisch-diamniotische oder dichorisch-diamniotische Gemini, wenn der erste Zwilling nicht in Schädellage liegt• Monochorisch-monoamniotische Gemini• Mehrlinge
Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 708)	<ul style="list-style-type: none">• Vorzeitige Plazentalösung• Schwere Präeklampsie oder HELLP-Syndrom• Querlagen• Fetale Gefährdung durch die vaginale Geburt, z.B. bei florierendem Genitalherpes der Mutter

	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Geburtsängste der Frau, z.B. nach traumatischen Erfahrungen • Schwere Erkrankungen der Mutter oder vorausgegangene Operationen im Rektovaginalbereich • Drohende Uterusruptur • Nabelschnurvorfall • Blutung bei tiefsitzender Plazenta
Seifert (2015, S. 679)	<ul style="list-style-type: none"> • Mutter oder/und Kind sind in Lebensgefahr • Schräglage • Absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen Kopf und Becken • Mütterliche Beckenfehlbildung • Amnioninfektsyndrom • Eklampsie • Persistierende Einstellungsanomalie • Mentoposteriore Gesichtslage • Fetale Azidose, • Extremitätenvorfall • Zwillinge mit fetofetalem Transfusionssyndrom • Fetale Fehlbildung • Intrauterine Wachstumsretardierung • Frühgeburt mit zusätzlichen Risikofaktoren
Timofeev et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorausgegangene Uterusnarbe (meistens bei St. n. Sectio) führende Indikation für primäre ERCS

In ca. 90 % aller Sectiones kann eine individuelle Abwägung durchgeführt werden, da ein gewisser Handlungsspielraum gegeben ist. Dann wird von relativen Indikationen gesprochen (Seifert, 2015). In Tabelle 4 werden die verschiedenen relativen Indikationen zur Sectio zusammengetragen.

Tabelle 4: Relative Indikationen für eine Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Quelle	Relative Indikationen
Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 708)	<ul style="list-style-type: none"> • Geburtseinleitung vor 41+0 SSW ohne medizinische Indikation = Risikofaktor für Sectio • Geburtsstillstand in Eröffnungsperiode und Austreibungsperiode • Suspekte und pathologische Kardiotokographie • Regelwidrige Einstellung • Verdacht auf Makrosomie des Kindes • Starke Gewichtszunahme der Schwangeren • Zwillinge (keine Indikation, wenn zumindest der führende Zwilling in Schädellage liegt)
Seifert (2015, S. 679)	<ul style="list-style-type: none"> • Re-Sectio oder nach vaginal-plastischen Operationen • Mütterliche Erschöpfung • Wehenschwäche • Beckenendlage

	<ul style="list-style-type: none"> • Verdacht auf ein relatives Missverhältnis • Zwillinge • Sectiowunsch der Frau aufgrund psychologisch-medizinischer Gründe wie Angstgefühl • Sicherheitsbedürfnis bei St. n. schwieriger Geburt • Sexueller Missbrauch • Angst vor Schmerzen • Angst vor körperlichen Schäden bei Mutter und Kind • Frühgeburt • St. n. traumatischen vaginalen Geburten mit Geburtsverletzungen • St. n. Inkontinenz nach vaginaler Geburt
NICE (2019a, S. 15–16)	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch der Frau (immer nach Aufklärung und Beratung)

3.1.4. Risiken und Komplikationen

Um die möglichen maternalen Komplikationen bei einer Sectio zu verdeutlichen, werden diese anhand der folgenden Tabelle aufgezeigt.

Tabelle 5: Mögliche maternale Komplikationen bei einer Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Zeitpunkt	Mögliche maternale Komplikationen
Intraoperativ	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Blutungen aufgrund erschwerter Lösung der Plazenta, vor allem bei Plazenta praevia, accreta, increta, percreta (Marshall et al., 2011) • Starke Blutungen aufgrund einer Uterusatonie (Marshall et al., 2011) • Verletzungen von umliegendem Gewebe wie z.B. Blase (Seifert, 2015, S. 681) • Narkosezwischenfall (Herber-Löffler & Stiefel, 2020, S. 709)
Postoperativ	<ul style="list-style-type: none"> • Seifert (2015, S. 681) nennt folgende postoperative Folgen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Darmverschluss ○ Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen ○ Verzögerte Gebärmutterrückbildung ○ Harnwegsinfektionen ○ Thromboembolien ○ Verlängerter Krankenhausaufenthalt ○ Narbenprobleme ○ Psychische Beeinträchtigung im Wochenbett (z.B. Versagensgefühle, verzögerte Bindung) ○ Wundheilungsstörungen, Gebärmutterschleimhautentzündung • Sepsis (Herber-Löffler & Stiefel, 2020, S. 709) • Wundinfektionen, häufiger nach sekundärer als nach primärer Sectio (Marshall et al., 2011) • Stillschwierigkeiten und verzögerte Milchbildung (Hobbs et al., 2016)
Spätfolgen	<ul style="list-style-type: none"> • Marshall et al. (2011) beschreiben folgende Spätfolgen:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Erhöhtes Risiko einer Plazenta praevia oder accreta. Das Risiko einer Plazenta praevia liegt bei 1/100 ○ Deutliche Erhöhung der maternalen Morbidität mit steigender Anzahl vorausgegangener Sectiones ○ Steigende Raten an Bluttransfusionen, Adhäsionen, intraoperative Verletzungen mit steigender Anzahl Sectiones • Knight et al. (2008) haben das Risiko einer Hysterektomie untersucht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei einer Re-Sectio verdoppelt sich das Risiko ○ Ab der dritten Sectio steigt das Risiko auf das 18-fache • Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 709) nennen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uterusruptur ○ Totgeburt ○ Erneute Sectio (Re-Sectio) • Seifert (2015, S. 681) erwähnt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehr vaginal-operative Geburten ○ Fetale Wachstumsretardierungen ○ Höhere Rate an Frühgeburten • Psychologische Probleme (National Institute for Health and Care Excellence, 2019a, S. 35)
--	---

Welsch et al. (2016) beschreiben, dass im Bundesland Bayern in den 80er Jahren das Risiko an einer Vaginalgeburt, versus an einer Sectio zu sterben bei 1:7 lag. Dieses Risiko ist bis ins Jahr 2012 auf 1:1 gesunken. Damit hat die Sectio erstmals kein grösseres Letalitätsrisiko als die Vaginalgeburt. Laut Harder und Herber-Löffler (2013) begründet sich dieser Rückgang im medizinischen Fortschritt. Neben den möglichen körperlichen Auswirkungen werden jene auf die Psyche auch heute noch kaum bedacht, obwohl die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes anerkannt ist (National Institute for Health and Care Excellence, 2019a). Vor allem die Art der Sectio kann eine Auswirkung auf die Psyche haben. So könnte der Notfallcharakter einer unvorhergesehenen Situation traumatischer sein als eine geplante Operation (Somera et al., 2010).

Diverse Studien zeigen, dass der Geburtsmodus auch Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben kann (Herber-Löffler & Stiefel, 2020). Gemäss Harder und Herber-Löffler (2013) fallen die Anpassungsvorgänge, welche ein Kind während der vaginalen Geburt durchlebt, bei einer primären Sectio vollständig weg. Bei einer sekundären Sectio sind sie stark reduziert. Auch die hohe Adrenalinausschüttung, mit welcher das Kind auf den natürlichen Geburtsstress reagiert, ist bei einer Sectio um das Zehnfache vermindert (Lauff, nach Harder & Herber-Löffler, 2013). Laut Sandall et al. (2018) erhält das

Neugeborene durch die erhöhten Stresshormone Signale zur Entwicklung diverser Funktionen, wie zum Beispiel die Reifung des Immunsystems, sowie der Lungen und anderer Organe. Herber-Löffler und Stiefel (2020) betonen, dass darum häufiger der neonatologische Dienst hinzugezogen werden muss und häufiger eine Behandlung auf der Intensivstation folgt als bei Spontangeburt.

Mögliche Risiken für das Kind bei einer Sectio sind in nachfolgender Tabelle aufgezeigt. Diese sind immer im Vergleich zur Vaginalgeburt dargestellt.

Tabelle 6: Mögliche fetale Komplikationen bei einer Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Zeitpunkt	Mögliche fetale Komplikationen
Während oder nach der Geburt	<ul style="list-style-type: none"> • Herber-Löffler und Stiefel (2020, S. 709) nennen folgende Risiken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Metabolische Risiken (Hypoglykämie) ○ Respiratorische Risiken ○ Temperaturregulation (Hypothermie) • Harder und Herber-Löffler (2013, S. 441) fügen die Stillprobleme als Komplikationen hinzu • Seifert (2015, S. 681) nennt zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> ○ die Schnittverletzungen durch den Operateur ○ erhöhte Mortalität bei primärer Sectio ohne medizinische Indikation im Vergleich zu Spontangeburt
Langzeitfolgen	<ul style="list-style-type: none"> • Sandall et al. (2018) schreiben, dass die Spätfolgen weniger gut erforscht sind. Es gibt immer wieder widersprüchliche Studienergebnisse, was mit den unzähligen Expositionen in der Kindheit zusammenhängen könnte. • Die Metaanalyse von Keag et al. (2018) identifiziert folgende signifikante Risiken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asthma bis im Alter von 12 Jahren ○ Adipositas bis im Alter von 5 Jahren • Andere Studien nennen folgende Risiken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Typ 1 Diabetes im Kindesalter (23% höheres Risiko) (Cardwell et al., 2008) ○ Erhöhtes Risiko an Zöliakie (Mårild et al., 2012) ○ Es gibt einige Hinweise auf erhöhtes Krebsrisiko (Leukämie, Neuroblastom, Hodenkrebs) (Cho & Norman, 2013) ○ Höheres Risiko für infektionsbedingte Krankenhauseinweisung bis im Alter von 5 Jahren (z.B. Infektionen der oberen und unteren Atemwege, Virusinfektionen) (Miller et al., 2020) • Seifert (2015, S. 681) beschreibt die negativen Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung

3.2. Vaginale Geburt nach vorausgegangener Sectio

Die AWMF (2020, S. 74) definiert die VBAC als „den Versuch einer vaginalen Geburt einer Frau, die mindestens eine Kaiserschnittentbindung in ihrer Vorgeschichte erlebt hat“. Gemäss Leslie (2017) wird in vielen wissenschaftlichen Arbeiten zwischen einer geplanten oder versuchten vaginalen Geburt nach Sectio (TOLAC) und der tatsächlich erfolgreichen vaginalen Geburt nach Sectio (VBAC) unterschieden. TOLAC ist ein überholter Begriff, welcher suggeriert, dass die VBAC nur ein Versuch ist. Da jedoch jede vaginale Geburt in einer Sectio enden kann, könnte das Präfix „Versuch“ immer hinzugefügt werden. Dies könnte eine negative Assoziation auslösen. Daher wird TOLAC in der weiteren Arbeit nicht verwendet.

Gemäss dem Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2015) liegt die Erfolgsrate einer VBAC bei 75 %. Der Sectio vorausgegangene vaginale Geburten oder erfolgreiche VBACs steigern die Erfolgswahrscheinlichkeit. Faktoren, welche die Erfolgschancen reduzieren, sind laut dem ACOG (2017) zunehmendes mütterliches Alter, hoher Body-Mass-Index, hohes Geburtsgewicht des Kindes, Gestationsalter über 40 Wochen, kurzes Intervall zwischen den Geburten (unter 19 Monate), Präeklampsie in der aktuellen Schwangerschaft und induzierte Wehen.

Das RCOG (2015) empfiehlt eine VBAC für die Mehrheit der Frauen, welche eine Einlingsschwangerschaft in Schädellage haben, über 37+0 SSW sind und eine vorausgegangene Sectio mit Narbe im unteren Segment vorweisen. Bei Frauen mit zwei oder mehr vorangegangenen Sectiones soll individuell entschieden werden. Das ACOG (2017) sieht die meisten Frauen mit St. n. Sectio und einer Naht im unteren Uterinsegment als potentielle Kandidatinnen an. Als Kontraindikationen für eine VBAC werden vom ACOG (2017) und RCOG (2015) ein hohes Risiko für eine Uterusruptur und grundsätzliche Kontraindikationen für eine vaginale Geburt genannt.

3.2.1. Vorteile und Risiken

Die Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) (2019) und das RCOG (2015) schreiben, dass bei einer vollendeten VBAC das kleinste Risiko, bei einer abgebrochenen VBAC das grösste Risiko für Komplikationen besteht. Das ACOG (2017) schlussfolgert, dass das Risiko der mütterlichen Morbidität wesentlich mit der Wahrscheinlichkeit, eine VBAC zu erreichen, zusammenhängt. Die SOGC (2019) betont,

dass bei beiden Geburtsarten das absolute Risiko für den mütterlichen Tod gering ist und die meisten mütterlichen Komplikationen ähnlich sind.

Die Komplikation, vor welcher am meisten gewarnt wird, ist die Uterusruptur (Lundgren et al., 2012). Kainer (2016, S. 379) beschreibt diese als „Vollständige Zerreißung der Uteruswand mit Eröffnung des Peritoneum viscerale. Der Fetus (bzw. die Plazenta) liegt in der freien Bauchhöhle“. Bei einer VBAC nennt das ACOG (2017) ein Risiko von 0.5-0.9%, sofern eine transversale Sectionaht im unteren Uterinsegment vorliegt. Laut der AWMF (2020) ist das Risiko für eine Uterusruptur am höchsten, wenn Wehen induziert werden und am niedrigsten, wenn eine geplante Re-Sectio durchgeführt wird. Daher können bei einer VBAC die bekannten Komplikationen einer Sectio (siehe 3.1.4) auftreten (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017). Obwohl die maternalen Vorteile und Risiken ausreichend untersucht sind, liegen zum kindlichen Outcome wenig Evidenzen vor (sterreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2016). Die SOGC (2019) bemerkt, dass die neonatale Mortalität und Morbidität im direkten Verhältnis zur Uterusruptur stehen.

Als Vorteile bietet die VBAC die Erfahrung der vaginalen Geburt (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019). Das ACOG (2017) hebt gesundheitliche Aspekte für die Frau hervor. So wird eine grosse abdominale Operation und deren mögliche Komplikationen vermieden. Ebenso werden die Risiken von Mehrfachsectiones verringert. Die sterreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2016) fügt die kürzere Aufenthaltsdauer und schnellere Genesungsphase dieser Liste hinzu.

Damit jederzeit eine Notsectio durchführbar ist, wird empfohlen im Krankenhaus zu entbinden (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2019a; sterreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2016; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019).

3.2.2. Empfehlungen zum Beratungsgespräch

Die Schwangere und ihre Begleitperson sollen evidenzbasierte Informationen und Unterstützung erhalten, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Weiter schreiben beide Fachgesellschaften, dass bei einer Beratung den Geburtsmodus betreffend die Frau über beide Optionen im Shared Decision Making Modell (partizipative Entscheidungsfindung) aufgeklärt werden soll. Die AWMF (2020) stellt das Shared Decision Making Modell als die höchste Form des Einbezugs in die Entscheidungsfindung dar. Dabei tauschen die Fachkraft und die Schwangere Informationen aus, um die Behandlungsoptionen abzuwägen und gemeinsam eine Entscheidung zu fällen. Dieses Modell grenzt sich stark, von dem häufigsten gebrauchten Entscheidungsfindungsmodell, dem der informierten Zustimmung (informed consent) ab. Bei diesem werden der Schwangeren lediglich die Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsmethode vorgelegt, sodass sie anschliessend zustimmen oder ablehnen kann. Über die Ausführlichkeit der Information entscheidet alleine die aufklärende Person. Zusätzlich empfiehlt die AWMF (2020) den Umfang der Informationen an der Art und Komplexität der Behandlung zu orientieren. Dabei sollte bedacht werden, dass sich die Hälfte der Frauen nicht genügend über die Komplikationen einer Geburt nach Sectio aufgeklärt fühlen.

Diesem Vorgehen widersprechend, äussern viele Frauen, dass sie nur eine einseitige Aufklärung erhalten haben, bei welcher vermehrt auf die Risiken einer VBAC verwiesen wird (Lundgren et al., 2012). Schmid (2015) fügt dem hinzu, dass arzt-, bzw. ärztinnenfreundliche und frauenfreundliche Entscheidungen getroffen werden können. Zusätzlich gibt sie zu bedenken, dass die freie Entscheidung in der medizinischen Praxis nur schwierig umzusetzen ist, ausser es ist eine arzt-, bzw. ärztinnenfreundliche Entscheidung. Frauenfreundliche Entscheidungen werden aus selbstverwirklichungsgründen der Frau getroffen und stellen die gängige Praxis in Frage. Oftmals werden diese Entscheidungen auch hinterfragt und die Frauen entmutigt eine solche Wahl zu treffen. Doch führen ebendiese selbstbestimmten Entscheidungen zu höherem Selbstbewusstsein, grösserer Klarheit und weniger Krankheit. Daher ist die eigene Entscheidung ein salutogener Ansatz.

„Salutogenese beschäftigt sich also mit der Entstehung von Gesundheit. Sie beschäftigt sich damit, wie Gesundheit erzeugt, erhalten und wiederhergestellt werden kann“ (Schmid, 2015, S. 235). Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl.

Dieses Gefühl besteht aus den Elementen der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Wenn die Schwangere diese drei Dinge versteht so kann sie sich im Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Gesundheit bewegen. Viele Hebammen praktizieren nach diesem Grundsatz, denn ein zentrales Ziel der Hebammenarbeit ist die Frau auf ihrem gewählten Weg zu unterstützen (Schmid, 2015). Genau dieser salutogene Ansatz wird auch in den Abschlusskompetenzen der Hebamme beschrieben. Die Hebamme soll auch in regelabweichenden Situationen die Gesundheit fördern und wiederherstellen. Zudem hat die Hebammenarbeit zum Ziel die Eigenverantwortung der Frau zu stärken, damit sie Verantwortung für ihre Gesundheit übernimmt (Ledergerber et al., 2009).

4. Studienergebnisse

In diesem Kapitel werden die als Grundlage dieser Arbeit dienenden Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Ausführlichere Informationen sind im Anhang zu finden.

4.1. Attanasio et al. (2019)

Diese Studie mit dem Titel „Women’s preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean“ von Attanasio et al. (2019) untersucht die Bedeutung von vorbestehenden Präferenzen und Erfahrungen, sowie die Risiken und Vorteile der VBAC, bei Frauen mit St. n. Sectio und der Präferenz einer vaginalen Geburt. Zusätzlich sollen die Gründe für einen der Geburtsmodi thematisch kategorisiert werden. Der Grund der Forschung liegt in den nationalen Bemühungen der USA die Sectiorate zu senken. Der vorliegende Forschungsansatz ist eine Mischung aus qualitativem und quantitativem Design und wird nicht begründet. Die Daten stammen aus der First Baby Study, in welcher Frauen 2009-2011 ihr erstes Kind in einem Krankenhaus in Pennsylvania (USA) entbinden. Diese wurden regelmässig bis 36 Monate nach der Niederkunft befragt. Attanasio et al. (2019) verwenden lediglich die Daten bis zur Zwölfmonatsbefragung. Als Stichprobe dienen 616 dieser Frauen, die folgende Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

Tabelle 7: Ein- und Ausschlusskriterien Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Erste Geburt per Sectio• Keine aktuelle Schwangerschaft• Klare Präferenz bezüglich des Geburtsmodus
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Abschluss der Kinderplanung• Weitere Geburt vor der Zwölfmonatsbefragung

Nach der endgültigen Auswahl werden die Daten und Antworten der Teilnehmerinnen inhaltlich und thematisch kodiert. Um die Interrater-Reliabilität zu bewerten wird für jeden Code die Kappa-Statistik berechnet. Die Ergebnisse der Berechnung zeigen sehr gute, bzw. ausreichend zuverlässige Kappa-Werte. Zusätzlich werden Chi-Quadrat-Tests und T-Tests, sowie ein multivariates logisches Regressionsmodell berechnet. Die Bedeutung der demographischen Merkmale und deren Zusammenhang mit der Geburtsentscheidung sind nicht Thema dieser Arbeit und werden im Folgenden nicht weiter beachtet. Als wichtigste Faktoren eine VBAC zu wählen werden folgende Punkte genannt: Probleme bei der Erholung nach der Sectio, eine positive Einstellung zur vaginalen Geburt vor der ersten Entbindung, die Planung von mehreren weiteren Kindern oder die Anwesenheit einer

Doula. Die weiteren Gründe hängen mit den Wünschen, Erfahrungen und Ansichten bezüglich einer vaginalen Geburt zusammen. Eine potentiell wiederkehrende Indikation für die vorangegangene Sectio wird auch bei der nächsten Geburt bedacht und zugunsten der ERCS ausgelegt. Ebenso spielen Ängste bezüglich der Entbindung bei dieser Geburtsart eine grosse Rolle. Auch hier hängen die weiteren Einflussfaktoren mit den Ansichten und Erfahrungen der Frauen zusammen. Weitere Punkte sind organisatorische Überlegungen und der Einfluss der Ärzteschaft. Die Risikobewertung wird unabhängig vom Geburtsmodus angestellt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 dargestellt. Sie werden von den Forschenden wie folgt beurteilt: Bei der Präferenz der ERCS aufgrund der vorangegangenen Sectio ist nicht klar, ob die Frauen wissen, dass eine VBAC eine ebenso sichere Option darstellt. Auch ist die Akzeptanz der VBAC ist geographisch ungleich verteilt, so dass es in einigen Gebieten an Gesundheitsdienstleistern mangelt, welche die Möglichkeit bieten nach einer Sectio vaginal zu gebären. Keine der Teilnehmerinnen gab bei der zukünftigen Präferenz an, dass der Gesundheitsdienstleister eine VBAC befürwortet. Als Limitationen werden die nicht repräsentative Stichprobe und die knappen Antworten bezüglich der präferierten Geburtsart genannt. Ebenso basieren die Daten, welche dem Regressionsmodell hinzugefügt wurden, nicht auf detaillierten klinischen Informationen, sondern lediglich auf Selbstberichten und Krankenhausentlassungsdaten. Als Stärken werden die grosse Stichprobe und die prospektive Datenerhebung gesehen. Implikationen für die Praxis stellen die Patientenaufklärung und Informationsvermittlung dar. Ebenso sollte erforscht werden, warum fast die Hälfte der Frauen eine VBAC bevorzugt, jedoch nur ein Viertel davon dann auch einen Geburtsversuch startet.

Tabelle 8: Ergebnisse Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Gründe für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch die Erfahrung der vaginalen Geburt zu machen • Gefühl bei der ersten Geburt etwas verpasst zu haben • Schlechte Erfahrungen bei der ersten Geburt • Probleme mit der Erholung bei vorausgegangener Sectio • Ansicht eine vaginale Geburt sei natürlich • Vermeidung einer Operation • Positive Einstellung zur vaginalen Geburt vor der ersten Sectio • Anwesenheit einer Doula bei vorausgegangener Geburt • Planung von mindestens drei weiteren Kindern • Nicht zwangsläufig wiederkehrende Indikation zur Sectio
Gründe für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Geburt erfolgte per Sectio • Überzeugung der Frau, dass eine erneute ERCS medizinisch notwendig ist/ potentiell wiederkehrende Indikation für Sectio

	<ul style="list-style-type: none"> • Überzeugung nicht in der Lage zu sein, vaginal zu gebären • Einfluss/Empfehlung der Ärzteschaft • Gute Erfahrung mit vorangegangener Sectio • Vermeidung einer ähnlichen Situation, wie bei der ersten Geburt (lange Einleitung, Komplikationen, etc.) • Schwierigkeiten beim Zugang zu VBAC/ keine Möglichkeit der Wahl über die zukünftige Geburtsart (z.B. Richtlinien des Krankenhauses) • Logistische Planbarkeit • Angst vor vorausgegangener Geburt/Angst vor zukünftiger vaginaler Geburt • Rasche Erholung von vorausgegangener Sectio
Auf beide Geburtsoptionen zutreffend	<ul style="list-style-type: none"> • Ansicht, dass der gewählte Geburtsmodus schneller, einfacher und weniger schmerzhaft ist • Niedrigeres wahrgenommenes Risiko für Mutter und Kind

Anmerkung. **Fett** geschrieben = signifikante Ergebnisse

Kritische Würdigung

Es wird eine, für die Hebammenarbeit relevante, Fragestellung betrachtet. Das Phänomen, sowie das Ziel werden klar beschrieben und mit empirischer Literatur eingeführt. Die Verbindung zwischen Ziel und Design ist nachvollziehbar. Die Verwendung des Mischdesignes wird nicht erklärt. Die Autorinnen entscheiden sich für die Beurteilung nach dem qualitativen Raster, da grösstenteils die Ergebnisse bezüglich der vorbestehenden Präferenzen und Erfahrungen, sowie der Risiken und Vorteile der VBAC, in die Beurteilung einfließen. Die Stichprobe wird von den Forschenden selbst als nicht repräsentativ bezeichnet mit Verweis darauf, dass schon die Daten der First Baby Study nicht repräsentativ sind. Die Grösse der Stichprobe wird begründet. Das Setting und die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben. Das methodische Vorgehen ist passend zum Forschungsansatz gewählt und wird klar erläutert. Die analytischen Entscheidungen werden mittels Code Buch dokumentiert. Gemäss den Forschenden stimmen die meisten Resultate mit der vorhandenen Forschung überein. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert, mit Zitaten und Tabellen illustriert und werden mit anderen Studien in Verbindung gebracht. Eine ethische Genehmigung liegt nicht vor. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse noch einmal genannt und teilweise mit bestehender Literatur verglichen. Es werden wenige Interpretationen angestellt und kaum Erklärungen gesucht, jedoch werden Implikationen für die Praxis und Forschung genannt. Stärken und Schwächen der Studie werden von den Forschenden selbst beschrieben.

Einschätzung der Güte

Gütekriterien nach Steinke (2017)

- + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert.
- + Das Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt.
- + Die Codierungen werden von zwei Gruppenmitgliedern erstellt, um die kommunikative Validierung zu beachten.
- + Eine Indikation für die Forschung ist gegeben.
- + Die Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand.
- + Stärken und Limitationen werden beschrieben und diskutiert.
- + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug.

- Die Forschenden reflektieren den Anteil ihres Einflusses auf die Forschung nicht.
- Es gibt wenig Zitate zur Belegung der Kategorien.
- Die Stichprobe ist nicht repräsentativ.

Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

4.2. Black et al. (2016)

In der qualitativen Metasynthese „Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women’s accounts of their birth choices“ von Black et al. (2016) wird erforscht, was die bevorzugte Geburtsart von Frauen mit St. n. Sectio beeinflusst. Das Ziel besteht in der Identifizierung und Kontextualisierung von Gründen für VBAC oder ERCS aus der bestehenden Forschung. Der Forschungsbedarf wird durch politische Bedenken hinsichtlich der hohen finanziellen Kosten und der höheren mütterlichen Morbidität und Mortalität der ERCS und stark gesunkenen VBAC-Raten begründet. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde 2013 und 2015 in verschiedenen Datenbanken eine systematische Suche mit den folgenden Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt.

Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Mindestens eine vorausgegangene Sectio• Qualitative Primärforschung• Die Einflüsse auf die bevorzugte Geburtsart aus Sicht der Frauen soll in den Ergebnissen dargestellt sein• Primärdaten, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant erscheinen
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Veröffentlichung vor 1996

Schlussendlich werden 20 Studien aus 15 Primärdatensätzen eingeschlossen. Sie stammen aus China, Australien, England und den USA. Die Veröffentlichungen liegen zwischen 2002 und 2010. Die Studien wurden von vier Forschenden mittels der Meta-Ethnographie-Methode von Noblit und Hare analysiert. Sie identifizierten zahlreiche Themen, welche die Geburtsentscheidung beeinflussen und fassten sie zu den folgenden sechs Schlüsselthemen zusammen: die langjährige Erwartung einer vaginalen Geburt, die Reaktion auf frühere Geburtserfahrungen, das Ermutigen oder Abraten von einflussreichen Personen, die Angst durch risikobezogene Informationen bezüglich VBAC, der wahrgenommene Nettonutzen oder -schaden der jeweiligen Geburtsoption und das Ausmass der Beteiligung an der Geburtsentscheidung. Bis auf ersteres werden die jeweiligen Kategorien mit Unterthemen belegt. Ebenso wurden die folgenden drei Kategorien gebildet: „VBAC bevorzugend“, „ERCS bevorzugend“ und „unsicher in der Entscheidung“. Unentschiedene Schwangere legen mehr Wert auf die Empfehlung anderer und suchen gezielter nach Fachinformationen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Im Diskussionsteil stellen die Forschenden fest, dass die Risiken der VBAC, abgesehen von dem der Narbenruptur, nicht den bisher angenommenen Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Frau hat. Dies steht laut den Forschenden im Widerspruch zur gängigen Praxis, welche vornehmlich über dieses Risiko aufklärt. Das Versagen der aktuellen Interventionen zur Steigerung der VBAC-Rate wird damit erklärt, dass die Entscheidungsfindung ein komplexer Ablauf ist, welchem die Fachkräfte durch ein standardisiertes Vorgehen nicht gerecht werden können. Daher sollte individuell auf die Frauen eingegangen werden, um so eine klientenzentrierte Beratung und informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Dazu sollte die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen VBAC berechnet werden. Die Verwendung einer Entscheidungshilfe empfohlen, welche die Prognose der Wahrscheinlichkeitsberechnung und den Geburtswunsch miteinbezieht. So kann im Beratungsgespräch ein spezielles Augenmerk auf die Frauen gelegt werden, bei denen der Geburtswunsch und die Prognose nicht übereinstimmen. Auch Gespräche direkt nach der ersten Sectio könnten einen Einfluss auf die primäre Re-Sectorate haben. Als Stärken sehen die Autoren die verwendete Methode, den Prozess der Übersetzung und Interpretation durch mehrere Autoren und den Fokus auf die Perspektive der Frauen. Als Schwäche wird angesehen, dass die Perspektive der Familie und des Gesundheitsdienstleisters nicht einbezogen wird.

Tabelle 10: Ergebnisse Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Sonstige Resultate	<ul style="list-style-type: none"> • Einflüsse sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten bedeutend, teils bereits vor und um die erste Sectio
Gründe für VBAC	<p>Langjährige Erwartung einer vaginalen Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch einer vaginalen Geburt <p>Reaktionen auf frühere Geburtserfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unangenehme Erinnerungen und Vermeidung erneuter negativer Emotionen • VBAC wird als bereichernde Erfahrung angesehen <p>Ermutigung oder Abraten von einflussreichen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichte von anderen Frauen mit positiven VBAC Erfahrungen • Unterstützung durch Fachkräfte zugunsten der VBAC <p>Angst oder Beruhigung durch risikobezogene Informationen bezogen auf VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrscheinlichkeit des Erfolgs einer VBAC <p>Wahrgenommener Nettonutzen oder Schaden der Geburtsoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physische und psychische Auswirkungen auf Mutter und Kind <p>Ausmass und Art der Beteiligung an der Entscheidungsfindung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein über das Recht, die Entscheidung über den Geburtsmodus selbst zu treffen
Gründe für ERCS	<p>Reaktionen auf frühere Geburtserfahrungen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Überzeugung nicht vaginal gebären zu können aufgrund vorheriger sekundärer Sectio • Vertraute und positive Geburtserfahrung <p>Ermutigung oder Abraten von einflussreichen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starker Einfluss von Familie, Freunden und medizinischem Fachpersonal in Richtung ERCS <p>Angst oder Beruhigung durch risikobezogene Informationen bezogen auf VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsbedenken bezüglich der Risiken, v.a. bezüglich einer Uterusruptur, trotz des Wissens über vermehrte kindliche Anpassungsschwierigkeiten bei ERCS <p>Wahrgenommener Nettonutzen oder Schaden der Geburtsoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung von VBAC als risikobehafteter <p>Ausmass und Art der Beteiligung an der Entscheidungsfindung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gefühl nur bedingt eine Wahl über den Geburtsmodus zu haben
Unentschieden bezüglich des Geburtsmodus	<ul style="list-style-type: none"> • Geringerer Einfluss der vorangehenden Geburtserfahrung und geringere Erwartungen an die Geburt als bei VBAC und ERCS • Grosser Einfluss anderer Personen, insbesondere der Ärzteschaft, auf die Entscheidung • Suchen nach Fachinformationen und Meinung der Fachleute und gezielte Auseinandersetzung damit • Abwägung der Risiken • Fachinformationen als bedeutendere Grundlage zur Entscheidung, im Gegensatz zu VBAC und ERCS

Anmerkung. **Fett** geschrieben = Schlüsselthemen

Kritische Würdigung

Die Studie behandelt eine, für die aktuelle Berufspraxis der Hebammen, relevante Thematik. Die Fragestellung und das Ziel der Arbeit werden zu Beginn dargestellt und mit aktueller empirischer Literatur belegt. Es wird ein klarer Fokus auf die Gründe gelegt, welche die Entscheidung über den Geburtsmodus beeinflussen. Das Studiendesign wird durch den Fokus der Studie begründet und ist passend zum Forschungsziel. Der Ansatz der Meta-Ethnographie-Methode wird diskutiert, Vor- und Nachteile werden benannt und es wird eine Begründung für dessen Verwendung gegeben. Durch die ausführliche Beschreibung der Autoren über die Auswahl der eingeschlossenen Studien, ist davon auszugehen, dass alle relevanten Schriftstücke in die Analyse einbezogen wurden. Die Güte der eingeschlossenen Studien wird beurteilt, allerdings stellt dies kein Ausschlusskriterium dar, sodass auch Studien minderer Qualität einbezogen werden. Die Ergebnisse der einzelnen Studien werden nicht aufgezeigt, jedoch von den Autoren untereinander verglichen, in einer Gesamtübersicht zusammengefasst und mit Zitaten aus

den Primärstudien belegt. Durch die erneute Suche nach Studien im Jahr 2015 werden die aktuellen Erkenntnisse der Forschung mit einbezogen. Diese unterscheiden sich kaum von den Ergebnissen der bisherigen Forschung und stützen so deren Aussagekraft. In der Diskussion werden die Ergebnisse, mit bereits vorhandener Literatur verglichen. Es werden Interpretationen angestellt und Implikationen für die Praxis gegeben. Alle Ergebnisse werden berücksichtigt. Stärken und Schwächen werden diskutiert. Ziel der Implikationen ist es, langfristig die Rate der ERCS und dadurch auch die Kosten für das Gesundheitssystem und die gesundheitlichen Folgen für Mutter und Kind zu minimieren. Durch die Spannweite der Quellen bezüglich des Herkunftsortes, lassen sich die Ergebnisse auf eine grosse Bevölkerungsgruppe übertragen.

Einschätzung der Güte

Gütekriterien nach Steinke (2017)

- + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert.
 - + Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt.
 - + Die Schlüsselthemen und die Argumentationslinie werden getrennt voneinander von vier Gruppenmitgliedern erstellt, um die kommunikative Validierung zu beachten.
 - + Die Indikation für die Forschung ist gegeben.
 - + Die Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand.
 - + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug.
 - + Die Meta-Ethnographie-Methode ermöglicht eine Übersicht über mehrere Studien und stärkt die Evidenzgrundlage des Themas.
 - + Die Forschenden reflektieren ihren eigenen Einfluss auf die Studie.
- +/- Stärken und Limitationen werden teilweise beschrieben.
- Einige der verwendeten Studien haben den gleichen Datensatz.
 - Die Qualität einer Studie stellt kein Ausschlusskriterium dar.
 - Die älteste einbezogene Studie ist bereits aus dem Jahr 2002.

Es handelt sich um das drittunterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

4.3. Davis et al. (2020)

Davis et al. (2020) untersuchen in ihrer Studie „Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors“ warum sich Frauen für eine VBAC entscheiden. Sie begründen die Forschung mit den weltweit steigenden Sectioraten und damit, dass der Grundsatz „Einmal Sectio, immer Sectio“ nicht mehr zeitgemäss ist. Das Ziel besteht in der Untersuchung der zur VBAC motivierenden Faktoren. Die Studie wird in einem Bezirkskrankenhaus von Sydney, Australien durchgeführt. Es handelt sich um eine qualitative, deskriptive Studie. Die Daten stammen aus Interviews einer bereits vorhandenen Studie aus dem Jahr 2013. Einbezogen wurden die Daten von 18 Frauen, je neun aus der ursprünglichen Interventions-, bzw. Kontrollgruppe, danach ist die Datensättigung erreicht. Die Einschlusskriterien sind in der folgenden Tabelle beschrieben.

Tabelle 11: Einschlusskriterien Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• St. n. Sectio im unteren Segment• Eine vorausgegangene Sectio• Die Schwangerschaft wird zum Zeitpunkt der Anmeldung als risikoarm eingestuft• Keine Kontraindikationen für eine vaginale Geburt• Sprechen und lesen der englischen Sprache• Keine Privatversicherung• Keine definitive Entscheidung zum ERCB zum Zeitpunkt der Anmeldung• Geburt am Studienort
---------------------	---

Aus den Interviewtranskripten wurden inhaltliche Themen herausgearbeitet. Die Analyse der Daten folgt dem von Braun und Clarke (2006) skizzierten Ablauf. Die Ergebnisse werden in die folgenden Kategorien eingeteilt: engagiert eine vaginale Geburt anzustreben, die Bedeutung der Genesung und Bedarf an unterstützenden Anbietern der Mutterschaft. Tabelle 12 stellt zusätzlich die untergeordneten Ergebnisse dar. Sie werden wie folgt diskutiert: Auf den Entscheidungsprozess der Frauen haben verschiedene Aspekte einen Einfluss. Teilweise wird die Relevanz dieser Faktoren von den Teilnehmerinnen anders bewertet als vom medizinischen Personal. So wünschen sich die Frauen eine umfassendere Aufklärung als nur die Benennung der Risiken. Dies finden sie häufig im Kontext der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Eine Nachbesprechung im Anschluss an die Sectio könnte bereits einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben. Die eben genannten Aspekte stellen gleichzeitig die Implikationen für die Praxis dar. Zusätzlich sollte in Zukunft Forschung dazu betrieben werden, wie die Hebammen mit

ihren geburtshilflichen Kollegen besser zusammenarbeiten können, um eine VBAC unterstützende Atmosphäre zu schaffen.

Tabelle 12: Ergebnisse Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Gründe für VBAC	<p>Engagiert, eine natürliche Geburt anzustreben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen in die Fähigkeit vaginal gebären zu können <p>Erkennen der Bedeutung der Genesung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung mit der Genesung der letzten Sectio und die Fähigkeit schnell wieder im Alltag funktionieren zu können <p>Bedarf an unterstützenden Anbietern für die Mutterschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch die Geburtshelfer und Geburtshelferinnen in Richtung VBAC • Betreuung durch die Hebamme • Kein ausschliesslicher Fokus auf die Risiken
Sonstige Ergebnisse	<p>Risiko und Chancen kontextualisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach einer persönlichen, individuellen und situationsbezogenen Risikoaufklärung und -bewertung

Anmerkung. **Fett** geschrieben = Oberthemen

Kritische Würdigung

Die Fragestellung ist zentral für die Berufspraxis der Hebammen, da die Ergebnisse einen Einfluss auf die Geburtsentscheidung der Frauen haben. Das Ziel wird klar dargestellt und mit aktueller, empirischer Literatur eingeführt. Das Studiendesign und das methodische Vorgehen sind passend gewählt und reichhaltig beschrieben. Die Grösse der Stichprobe ist angemessen und wird mittels Datensättigung begründet. Durch die Rekrutierung in einem Krankenhaus ist sie nur teilweise repräsentativ. Die Auswahl der Teilnehmerinnen wird beschrieben, jedoch nicht begründet. Die Datenverarbeitung ist verständlich beschrieben. Zur Qualität der verwendeten Daten wird keine Stellung genommen. Eine ethische Genehmigung ist vorhanden. Die Ergebnisse der Studie sind im Kontext verankert, präzise und die thematischen Überkategorien sind passend zu den genannten Zitaten. Es werden verschiedene Aspekte des Themas dargestellt und beleuchtet. Die Interpretationen der Forschenden beleuchten das Thema, sowie die Ergebnisse umfassend, und liefern neue Gesichtspunkte. Die Bedeutsamkeit für die Population, die Gesellschaft, die Gesundheitsdienstleister und den Berufsstand der Hebammen wird herausgearbeitet und mit empirischer Literatur belegt. Es werden weder Stärken noch Schwächen genannt. Die Implikationen für die Praxis sind schlüssig und spiegeln die Ergebnisse der Studie wider.

Einschätzung der Güte

Gütekriterien nach Steinke (2017)

- + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert.
- + Die Fragestellung wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt.
- + Die Ergebnisse werden in Gruppen diskutiert.
- + Die Indikation für die Forschung ist gegeben.
- + Die Erhebungs- und Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand.
- + Die entwickelte Theorie ist in sich beständig.
- + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug.

- Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Population.
- Stärken und Limitationen werden nicht beschrieben.

Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

4.4. Fumagalli et al. (2020)

Fumagalli et al. (2020) behandeln in ihrer quantitativen, prospektiven Querschnittsstudie mit dem Titel „Women’s decision-making about mode of birth after a previous caesarean section“ das Problem der hohen Re-Sectionrate in Italien. Diese sinkt trotz der grossen Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen VBAC kaum. Das Ziel besteht in der Identifizierung von Variablen, die mit der Entscheidungsfindung der VBAC assoziiert sind. Als Stichprobe dienen 76 Frauen, welche durch ihre betreuenden Gesundheitsdienstleister auf die Studie aufmerksam gemacht wurden. Sie mussten in der 34. SSW an einer Sitzung im Forschungs Krankenhaus teilnehmen. Vor der Sitzung bekamen sie einen Fragebogen, den sie noch vor dem Gespräch ausfüllen sollten. Sie wurden nach der bevorzugten Geburtswahl in zwei Gruppen eingeteilt und es wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien auf die Auswahl der Teilnehmenden angewendet.

Tabelle 13: Ein- und Ausschlusskriterien Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Höchstens zwei vorausgegangene Sectiones• Teilnahme am Informationsgespräch in der 34. SSW• Fähigkeit italienisch lesen und sprechen zu können
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Längsschnitt bei vorangegangener Sectio• Ausschluss durch geburtshilfliche oder medizinische Gründe• Sichere Wahl einer ERCS• Keine Einverständniserklärung

Eine deskriptive Analyse wird separat für beide Gruppen durchgeführt. Zum Vergleich zwischen den Gruppen werden T-Student-Tests und Chi-Quadrat-Tests angewendet. Das Signifikanzniveau beträgt 5 %. Zum besseren Verständnis nicht signifikanter p-Werte wird der Mindestabstand zwischen dem Populationsdurchschnitt, bzw. dem Populationsprozentsatz berechnet, so dass die Power für den Hypothesentest bei 80 % liegt. Anschliessend wird ein logisches Regressionsmodell durchgeführt. Lediglich in der Kategorie der VBAC-Wahl gibt es signifikante Ergebnisse. Zum einen wird die ERCS als risikoreicher angesehen. Zum anderen haben folgende Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Wahl: Frauen mit ähnlicher Erfahrung, online gefundene Informationsquellen, das Erleben einer vaginalen Geburt, die Möglichkeit früh binden und stillen zu können und das Gefühl körperlich versagt zu haben. Weitere Ergebnisse werden in Tabelle 14 dargestellt und von den Forschenden wie folgt interpretiert: Der Wunsch einer Frau nach einer VBAC könnte darauf basieren, sich körperlich und emotional vom Trauma der letzten Geburt zu heilen. Je grösser der Kontrollverlust und je schlechter die

Stillerefahrung bei der letzten Geburt wahrgenommen wurde, desto eher wird eine VBAC gewählt. Fehlt das Angebot des Bondings nach einer ERCS wird die VBAC möglicherweise aufgrund dessen gewählt. 82 % der Frauen berichten von einer Empfehlung der ERCS seitens ihres Arztes oder ihrer Ärztin. Dies führt zu Vertrauensverlust und zu Zweifeln bezüglich des Geburtswunsches. Möglicherweise wählen darum viele Frauen dieses Krankenhaus als Geburtsort, da es als VBAC fördernd bekannt ist. Als Limitationen werden die Stichprobengrösse und der verwendete Fragebogen diskutiert. Frauen sollten evidenzbasierte Informationen in Bezug auf VBAC bekommen und diese sollte, so keine Risikofaktoren vorliegen, auch empfohlen werden.

Tabelle 14: Ergebnisse Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollverlust während der letzten Geburt • ERCS wird als risikoreich für das Baby angesehen • ERCS wird als risikoreich für die Mutter angesehen • Einflussfaktoren auf die Wahl <ul style="list-style-type: none"> ○ Frauen mit gleicher Erfahrung ○ Online gefundene Informationen ○ Möglichkeit früh bonden und stillen zu können ○ Erleben einer vaginalen Geburt ○ Gefühl des körperlichen Versagens
Für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Zufriedenheit bei der vorausgegangenen Sectio • VBAC wird als risikoreich für das Baby angesehen
Sonstige Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Zusammenhang zwischen der Art der vorangegangenen Sectio und der aktuellen Wahl der Mutter bezüglich des Geburtsmodus • Geburtshelfer und Geburtshelferinnen empfehlen während der Schwangerschaft eine ERCS signifikant häufiger

Anmerkung. **Fett** geschrieben = signifikante Ergebnisse

Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine wichtige Fragestellung der aktuellen Berufspraxis der Hebammen. Das Thema wird mit empirischer Literatur eingeführt und der Forschungsbedarf wird schlüssig begründet. Die Stichprobenziehung ist angebracht, die Stichprobengrösse wird begründet und von den Forschenden selbst als eher klein beschrieben. Repräsentativ ist die Stichprobe nur teilweise, da sie lediglich in einer Region und in einem Krankenhaus, das für die Förderung der VBAC bekannt ist, rekrutiert wurde. Die Vergleichsgruppen wurden anhand der Präferenzen für VBAC oder ERCS erstellt, jedoch ist die Gruppe der VBAC-Präferenz nahezu doppelt so gross. Dies bildet nicht die zugrundeliegende Präferenzverteilung der Population ab und kann Einflüsse auf die Signifikanz der Ergebnisse haben. Die Bedeutung der demographischen Merkmale und

deren Zusammenhang mit der Geburtsentscheidung sind nicht Thema dieser Arbeit und werden daher nicht weiter beachtet. Die Datenerhebung wird nachvollziehbar beschrieben und ist bei allen Teilnehmenden gleich. Der verwendete Fragebogen ist reliabel und valide. Die Analyse der Daten wird klar beschrieben. Verwendete statistische Verfahren sind sinnvoll und den Datenniveaus entsprechend. Das Signifikanzniveau entspricht dem Standard. Die Forschenden besitzen eine ethische Genehmigung. In den Ergebnissen gibt es viele Tendenzen, jedoch nur wenige signifikante Resultate. Dargestellte Tabellen und Grafiken veranschaulichen und ergänzen den Text. Alle Resultate werden diskutiert und es wird nach alternativen Erklärungen gesucht. Das Ziel der Studie ist sinnvoll gewählt und die Schwächen werden dargestellt. Die Ergebnisse können aus oben genannten Gründen nur bedingt auf die Population übertragen werden und sind daher auch in der Praxis nur bedingt umsetzbar. Die Studie könnte in einem anderen Setting wiederholt werden.

Einschätzung der Güte

Validität, Reliabilität und Objektivität sind gegeben.

Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

4.5. Konheim-Kalkstein et al. (2017)

Die Studie „Owning the birth experience: what factors influence women’s vaginal birth after caesarean decision?“ von Konheim-Kalkstein et al. (2017) untersucht, welche Faktoren Frauen beeinflussen, sich nach einer Sectio für eine vaginale Geburt zu entscheiden. Es handelt sich um eine quantitative Querschnittstudie mit prospektiver Datenerhebung. Der Forschungsbedarf wird mit den stetig steigenden primären Re-Sectionraten in den Industrieländern und den damit verbundenen steigenden finanziellen Kosten, sowie der persönlichen gesundheitlichen Belastung der Betroffenen begründet. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 15: Ein- und Ausschlusskriterien Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Gegenwärtige Schwangerschaft vor der 35. SSW• Mindestalter von 18 Jahren• Wohnhaft in den USA• Einlingsschwangerschaft• Nur eine vorherige Geburt; Status nach Sectio• Eine quer-horizontale Schnittführung
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Gestationsdiabetes• Erkrankungen, die eine vaginale Entbindung beeinträchtigen können

Die Stichprobe wird Online, an Kliniken und über Mundpropaganda rekrutiert. Die Probanden füllen einmalig einen Online-Fragebogen aus. So werden 173 Frauen identifiziert, welche die Kriterien erfüllen. Das Signifikanzniveau beträgt 5 %. Die Daten werden einer hierarchischen, binären, logistischen Regressionsanalyse unterzogen. Der Wunsch eine natürliche Geburt zu erleben, online gefundene Daten und kosmetisches Aussehen sind signifikante Gründe zur Wahl einer VBAC. Hingegen sind die Beschäftigung im Gesundheitswesen, der Gesundheitsdienstleister als Informationsquelle, die mögliche Schädigung des Vaginalbereiches, das Gefühl einer geringen Selbstwirksamkeit und medizinische Ursachen der vorausgegangenen Sectio signifikante Gründe für eine ERCS. Bei bestehendem Wunsch vaginal zu entbinden und einem geringen Selbstwirksamkeitsgefühl wird eher eine VBAC versucht als bei einem geringen Selbstwirksamkeitsgefühl und keinem vaginalen Geburtswunsch. Die restlichen Ergebnisse, siehe Tabelle 16, beziehen sich auf die Vorstellungen und Wünsche einer Geburt. Im Diskussionsteil werden die signifikanten Resultate interpretiert und es werden weiterführende Erklärungen gesucht. Die, im Gegensatz zu ähnlichen Studien, abweichenden Resultate werden von den Forschenden wie folgt erklärt: Die Rekrutierung

findet zum Grossteil über die Plattform VBAC.com statt, weshalb in der Stichprobe deutlich mehr Frauen mit einem Wunsch nach VBAC zu finden sind, als in der Population. Dies wird auch als Limitation angesehen. Insgesamt legen die Forschenden nahe, die Eigenverantwortung der Frau zu bestärken und sie in den Entscheidungsprozess mit einzubinden.

Tabelle 16: Ergebnisse Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch eine natürliche Geburt zu erleben • Online-Daten als Informationsquellen • Die vaginale Geburt ist ein natürliches Ereignis • Kosmetisches Aussehen • Die Kontrolle über den eigenen Körper haben • Besseren medizinischen Outcome • Das Gefühl grosser Selbstwirksamkeit
Für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung im Gesundheitswesen • Gesundheitsdienstleister als wichtige Informationsquelle • Der Grund für die vorausgegangene Sectio war ein makrosomes Kind oder ein anderer medizinischer Grund • Mögliche Schädigung des Vaginalbereichs • Wunsch nach kontrollierter Atmosphäre • Das Gefühl geringer Selbstwirksamkeit
Weitere Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Weder Notfall- noch Positionierungsgründe für ihre frühere Sectio hatten einen signifikanten Einfluss auf ihre Entscheidung. • Die Bedeutung der Sicherheit des Babys konnten zugunsten von VBAC oder ERCS interpretiert werden • Bei bestehendem Wunsch vaginal zu entbinden und einem geringen Selbstwirksamkeitsgefühl wird eher ein VBAC versucht als bei einem geringen Selbstwirksamkeitsgefühl und keinem vaginalen Geburtswunsch

Anmerkung. **Fett** geschrieben = signifikante Ergebnisse

Kritische Würdigung

Die Fragestellung dieser Studie ist für Hebammen von Bedeutung. Um dies zu verdeutlichen werden in der Einleitung viele Studien mit ähnlichen Forschungsansätzen aufgezeigt. Im Jahr 2014 wurde durch die Hauptautorin eine Studie mit einem ähnlichen Forschungsansatz durchgeführt, zu welcher diese Studie eine Erweiterung darstellt. Die Forschungsfrage ist eindeutig definiert. Eine Stichprobenziehung mittels Convenience Sample ist passend zum Design. Die Stichprobe ist jedoch nicht repräsentativ für die gewählte Population. Ein finanzieller Anreiz zur Teilnahme an der Studie war gegeben. Es wurde keine Sample-Size-Calculation durchgeführt. Die gewählte Datenerhebung passt zur Fragestellung. Bei allen Teilnehmerinnen werden die gleichen Daten erhoben. Der

Datensatz von zehn Teilnehmerinnen ist nicht vollständig, da diese den Fragebogen nicht gänzlich ausgefüllt haben. Die fehlenden Daten wurden aus den Mittelwerten der vorhandenen Datensätze ersetzt, damit die Stichprobe möglichst gross bleibt. Um die Belastbarkeit der Ergebnisse unter Beweis zu stellen, wurden die Berechnungen zusätzlich unter Ausschluss der zehn unvollständigen Fragebögen durchgeführt. Lediglich ein Ergebnis ist dabei nicht mehr signifikant. Ansonsten zeigten sich keine Unterschiede. Für manche Teile des Fragebogens wird ein Cronbachsches Alpha angegeben, welches die interne Konsistenz der jeweiligen Anteile bestätigt und somit die Reliabilität bestärkt. Der Fragebogen ist verständlich beschrieben. Zur Validität werden keine Angaben gemacht. Das Verfahren der Datenanalyse wird nachvollziehbar beschrieben, sowie dem Skalenniveau entsprechend und statistisch sinnvoll angewendet. Es fehlt der F-Test Wert, wohingegen der r^2 Wert beschrieben ist. Die Signifikanz des Regressionskoeffizienten wird überprüft. Die Höhe des Signifikanzniveaus entspricht dem gängigen Standard. Es wird eine Erklärung abgegeben, dass keine ethischen Konflikte vorhanden sind. Die Ergebnisse sind präzise und nahezu alle signifikanten Anteile werden genannt. Der einzige nicht diskutierte Punkt ist, dass die Beschäftigung im Gesundheitswesen ein Grund gegen die Wahl einer VBAC darstellt. Auf alle Tabellen und Abbildungen wird im Text verwiesen. Ein grosser Teil der Diskussion dreht sich um das Hauptergebnis, für welches auch eine Hypothese aufgestellt wurde. Der Bezug zu anderen Studien wird hergestellt. Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht und versucht, die Resultate anhand der Limitationen zu erklären. Es werden keine Stärken genannt, jedoch klare Handlungsempfehlungen für die Praxis vorgeschlagen. Das Forschungsdesign könnte in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden. Die Finanzierung wurde angegeben.

Einschätzung der Güte

Validität, Objektivität und Reliabilität sind gegeben.

Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

4.6. Rietveld et al. (2020)

Rietveld et al. (2020) versuchen in ihrer Querschnittsstudie mit dem Titel „Giving birth after caesarean: Identifying shared preferences among pregnant women using Q methodology“ einen besseren Einblick in die präferierte Geburtsart nach einer Sectio zu bekommen. Sie stellen sich die Frage, was Schwangere für die Geburt nach einer Sectio als wichtig erachten. Für Mutter und Kind bestehen bei einer ERCS gewisse medizinische Risiken. Abgesehen davon sind die wirtschaftlichen Kosten für das Gesundheitssystem deutlich höher als bei einer VBAC. Dies sind die genannten Hauptargumente, um den Forschungsbedarf zu begründen. Als Stichprobe dienen 36 Teilnehmerinnen, welche aus einer nicht näher beschriebenen Region aus den Niederlanden stammen. Die Rekrutierung findet zwischen Mai 2017 und Januar 2018 durch in der Region ansässige Hebammen und Ärzte, bzw. Ärztinnen statt. Die endgültigen Teilnehmerinnen werden gezielt ausgewählt, um eine ausgewogene Stichprobe zu erhalten. Folgend sind die Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt.

Tabelle 17: Ein- und Ausschlusskriterien Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Bestehende Schwangerschaft nach vorangegangener Sectio• Fähigkeit Niederländisch oder Englisch zu lesen und zu verstehen
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Medizinische Indikation für eine Sectio• Bereits erfolgte VBAC• Bereits erfolgte Beratung über die Geburtsoptionen

Es handelt sich um eine prospektive Datenerhebung, wobei qualitative und quantitative Ansätze kombiniert werden. Zusätzlich wird die Q-Methode angewendet, um soziale Perspektiven offenzulegen und Informationen über die Variablen, anstatt über die Teilnehmerinnen zu gewinnen. Die Erhebung findet einmalig mittels Fragebogen und Interview statt. Den theoretischen Rahmen bildet das von Glanz und Bishop, sowie Janz und Becker abgeleitete Health Belief Model. Durch eine nicht systematische Überprüfung von Datenbanken und mit Hilfe von Fachpersonen werden 31 Aussagen erstellt. Diese sollen von den Frauen, nach Wichtigkeit, in das Raster der Q-Methode einsortiert werden. Das Interview soll die Hintergründe dieser Platzierungen ergründen. Nach der Transkription wird eine thematische Inhaltsanalyse durchgeführt. Zur Analyse des Q-Sortierasters wird eine 25-Faktoren-Analyse nach der PQ-Methode verwendet. Das Signifikanzniveau ist auf 5 % festgelegt. Als signifikante Gründe eine VBAC zu wählen werden die Vermeidung einer Sectio, bzw. das Erleben einer vaginalen Geburt, die

Meinung des Partners oder der Partnerin, das Vertrauen in den eigenen Körper und die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen VBAC genannt. Folgende Aspekte werden zugunsten der ERCS ausgelegt: Vermeidung der Wehenschmerzen, Planung des Geburtszeitpunktes, geringste Unsicherheit, Kontrolle über die Geburt, Möglichkeit im Krankenhaus bleiben zu können, positive Erfahrung mit Sectio, Vermeidung einer vaginalen Geburt, Sicherheit der Mutter und der Rat des Arztes oder der Ärztin. Bei beiden Geburtsoptionen wird die Sicherheit des Babys, sowie die Vermeidung von Geburtsverletzungen als wichtig erachtet. Dagegen wird das Wissen über VBAC und die Meinung von Angehörigen als eher unwichtig und die Aufklärung über die Risiken als wichtig bewertet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 18 dargestellt und werden wie folgt interpretiert: Wählen die Frauen als wichtigsten Faktor die Minimierung des Risikos, könnte dies zur Fehlinterpretation der Fakten, und damit zur Über- oder Unterschätzung der Risiken führen, da keine der Geburtsarten ohne Risiko ist. Im Gegensatz zu bereits bestehenden Studien wird die frühere Geburtserfahrung nicht als ausschlaggebend und die Geburt als nicht kontrollierbar betrachtet. Ebenso könnten bereits bestehende Präferenzen die Wahl des Geburtsmodus beeinflussen. Als Limitation wird gesehen, dass alle Teilnehmerinnen aus lediglich einer Region in den Niederlanden stammen. Als Stärken sehen die Forschenden, dass das Konzept der Studie auf eine andere Population übertragbar ist, dass die Befragung vor dem Beratungsgespräch über das Geburtsprozedere stattgefunden hat und dass die Stichprobe strategisch gewählt wurde, um möglichst viele verschiedene Hintergründe und Standpunkte miteinzubeziehen. In Zukunft sollte erforscht werden, wann nach einer Sectio, die Präferenzen bezüglich des Geburtsmodus für eine weitere Geburt entstehen und ob diese sich während der Schwangerschaft verändert.

Tabelle 18: Ergebnisse Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Gründe für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Sectio vermeiden <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrung einer vaginalen Geburt erleben ○ Rasche Genesung • Unmittelbar nach der Geburt Kontakt mit dem Baby • Die Möglichkeit, dass eine VBAC erfolgreich ist • Meinung des Partners oder der Partnerin • Den Versuch zu starten vaginal zu entbinden • Vertrauen in den eigenen Körper
Gründe für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung einer Notsectio • Wehenschmerz vermeiden/ bereits bestehende Vorstellung nicht mit Schmerz umgehen zu können • Zeitpunkt der Geburt planen können

	<ul style="list-style-type: none"> • Geringste Unsicherheit • Kontrolle während der Geburt • Möglichkeit nach der Geburt im Krankenhaus bleiben zu können • Positive Erfahrung mit Sectio • Sicherheit der Mutter • Vermeidung von vaginaler Geburt • Rat der Ärzteschaft
Sonstige Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • ERCS Frauen messen der Meinung ihres Partners oder ihrer Partnerin die geringste Bedeutung bei • Frauen mit dem Wunsch nach geringstem Risiko: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bedarf an ärztlicher Beratung über beide Geburtsarten ○ Vertrauen dem ärztlichen Rat bezüglich Komplikationen und Geburtsmodus ○ Einbezug des Partners oder der Partnerin in die Entscheidungsfindung ○ Wunsch nach weiterer Schwangerschaft hat einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung • Auf alle zutreffend <ul style="list-style-type: none"> ○ Wissen über VBAC wird als eher unwichtig bewertet ○ Wissen und Aufklärung über Risiken wird als wichtig bewertet (Uterusruptur) ○ Vermeiden von Geburtsverletzungen an Damm und Beckenboden ○ Sicherheit von Baby und Mutter ○ Meinungen von Freunden und Familien spielen keine Rolle

Anmerkung. **Fett** geschrieben = signifikante Ergebnisse

Kritische Würdigung

Rietveld et al. (2020) wenden in ihrer Arbeit die Q-Methode an. Aufgrund dessen wird zur kritischen Würdigung das qualitative Raster des AICA verwendet. Die Fragestellung betrifft ein für die Berufspraxis der Hebammen relevantes Thema. Es wird eine Forschungsfrage formuliert und das Thema wird im Kontext vorhandener, empirischer Literatur erörtert. Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und Design ist logisch. Die Stichprobenziehung und Datenerhebung sind angemessen für das Design. Die Stichprobe wird von den Forschenden als nur teilweise repräsentativ angesehen. Ihre Grösse ist für das Design der Q-Methodik angemessen. Das Setting und die Teilnehmenden sind umfassend beschrieben. Die Methoden zur Datenerhebung sind bei allen Teilnehmerinnen gleich und die Vorgehensweise ist klar beschrieben und begründet. Die Datenanalyse ist klar beschrieben. Das Signifikanzniveau entspricht dem gängigen Standard. Eine ethische Genehmigung wurde abgeklärt. Die Ergebnisse sind präzise und vollständig, sowie mit Grafiken und Zitaten illustriert. Alle signifikanten Resultate werden diskutiert und in Bezug

zur Fragestellung gesetzt. Die Forschenden stellen diverse Interpretationen an und vergleichen ihre Ergebnisse mit denen anderer, ähnlicher Studien. Stärken und Schwächen werden aufgezeigt. Da bei der Q-Methode vorgegebene Aussagen in ein Raster einsortiert werden, ist es möglich, dass einige Faktoren, welche die Teilnehmerinnen als relevant betrachten, nicht genannt sind und somit auch nicht in die Auswertung einbezogen werden. Die Resultate sind im Rahmen eines Beratungsgespräches in der Praxis umsetzbar.

Einschätzung der Güte

Gütekriterien nach Steinke (2017)

- + Datenerhebung und Messverfahren werden nachvollziehbar beschrieben.
 - + Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt.
 - + Die Indikation für die Forschung ist gegeben.
 - + Die Forschungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand.
 - + Die Wahl der Forschungsmethode wird schlüssig begründet und erläutert.
 - + Die Ergebnisse werden im Team diskutiert.
 - + Stärken und Limitationen werden beschrieben und diskutiert.
 - + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug.
 - + Die Forschenden reflektieren den Anteil ihres Einflusses auf die Forschung.
- +/- Datenanalyse wird ausführlich beschrieben, jedoch teilweise erst nach längerer Einarbeitung nachvollziehbar.
- Die Stichprobe ist nur teilweise repräsentativ.

Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Studienergebnisse miteinander in Beziehung gestellt und diskutiert.

5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die am häufigsten genannten Einflussfaktoren auf die Entscheidung über das Geburtsprocedere sind, der langjährige Wunsch nach einer natürlichen Geburt, die Zufriedenheit mit der letzten Sectio, die Sicherheit von Mutter und Kind, die Einschätzung der Selbstwirksamkeit und Risiken, sowie die Art der Informationsquellen. Nachfolgend ist die thematische Gruppierung der Ergebnisse zu sehen.

Tabelle 19: Thematische Darstellung aller Studienergebnisse (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Überthemen	Unterthemen
Vorstellungen und Wünsche bezüglich der Geburt	VBAC <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch/langjährige Erwartung einer vaginalen Geburt • Vaginale Geburt als natürliches Ereignis • VBAC als bereichernde Erfahrung • Vertrauen in den eigenen Körper ERCS <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach kontrollierter Atmosphäre/Planbarkeit • Überzeugung nicht vaginal gebären zu können
Einflüsse auf die Geburt	VBAC <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollverlust/ Unzufriedenheit bei der letzten Geburt • Gefühl einer hohen Selbstwirksamkeit • Kontrolle über den eigenen Körper ERCS <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute oder positive Erfahrung • Bedingte/keine Wahlfreiheit • Vermeidung einer ähnlichen Situation, wie bei der letzten Geburt • Kontrolle unter der Geburt durch externe Faktoren • Gefühl einer niedrigen Selbstwirksamkeit • Beschäftigung im Gesundheitswesen
Medizinische Faktoren	VBAC <ul style="list-style-type: none"> • ERCS wird als risikobehafteter angesehen • Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der VBAC ERCS <ul style="list-style-type: none"> • VBAC wird als risikobehafteter angesehen • Angst bezüglich der Risiken • Medizinischer Grund für vorangegangene Sectio Sonstige <ul style="list-style-type: none"> • Die Sicherheit des Babys • Kein Zusammenhang zwischen der Art der vorangegangenen Sectio und der aktuellen Wahl

<p>Informationsquellen</p>	<p>VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichte anderer Frauen • Online-Daten • Begleitung durch Doula/Hebamme • Meinung des Partners oder der Partnerin • Unterstützung durch Fachkräfte <p>ERCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starker Einfluss der Ärzteschaft • Rat von Partner, Partnerin und Familie • Der Rat des Partners, der Partnerin hat keinen Einfluss • Gesundheitsdienstleister als Informationsquelle <p>Sonstige</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis einer situationsbezogenen Beratung • Empfehlung der Geburtshelfer und Geburtshelferinnen • Meinung von Freunden und Familie spielen keine Rolle • Wissen über VBAC wird als eher unwichtig bewertet • Wissen über Risiken wird als wichtig bewertet • Suche nach Fachinformationen und Meinung der Ärzte und Ärztinnen • Grosser Einfluss anderer Personen • Vertrauen in den ärztlichen Rat
<p>Mögliche Folgen der Geburtsmodi</p>	<p>VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besserer/schnellere Genesung • Physische und psychische Auswirkungen auf Mutter und Kind • Frühes Bonding ist möglich • Planung von weiteren Kindern <p>ERCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung einer vaginalen Geburt und deren möglicher Folgen • Rasche Erholung nach vorangegangener Geburt • Möglichkeit im Krankenhaus bleiben zu können

5.1.1. Vorstellungen und Wünsche bezüglich der Geburt

Der langjährige Wunsch nach einer vaginalen Geburt stellt den Hauptgrund für den Versuch einer VBAC dar (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Davis et al., 2020; Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020). Hierbei wird die vaginale Geburt als natürliches Ereignis (Attanasio et al., 2019; Konheim-Kalkstein et al., 2017) und bereichernde Erfahrung angesehen (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016). Laut Konheim-Kalkstein et al. (2017) und Fumagalli et al. (2020) sehen einige Teilnehmerinnen in der vaginalen Geburt zusätzlich ein erstrebenswertes, bedeutsames und spirituelles Lebensereignis. Die Frauen beschreiben in Bezug auf die vaginale Geburt ein sinngebendes und ursprüngliches Gefühl (Rietveld et al., 2020). Fumagalli et al. (2020)

erklären sich den Wunsch nach einer VBAC mit dem mütterlichen Bedürfnis, sich von der bereits erlebten Geburtserfahrung zu heilen. All diese Auffassungen führen bei den Frauen zu einem tiefergehenden Vertrauen in sich selbst und in die Fähigkeiten ihres Körpers vaginal gebären zu können (Rietveld et al., 2020). Frauen mit dieser grundlegenden Einstellung müssen sich intensiver für ihre Geburtspräferenz einsetzen und mehr Anstrengungen unternehmen, um ihr Ziel zu erreichen. Dies könnte daran liegen, dass, wie in Abschnitt 3.2.2 dargestellt, eine selbstbestimmte Entscheidung häufig hinterfragt wird und die Frauen entmutigt werden eine solche Wahl zu treffen (Schmid, 2015). Da diese grundlegenden Ansichten bei Frauen, die eine ERCS bevorzugen, weniger vorhanden sind führt dies dazu, dass sie meist der Überzeugung sind, nicht vaginal gebären zu können (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016). So besteht bei der ERCS-Wahl der Wunsch nach einer kontrollierten Atmosphäre (Rietveld et al., 2020) und nach Planbarkeit (Attanasio et al., 2019; Konheim-Kalkstein et al., 2017).

5.1.2. Einflüsse auf die Geburt

Den eben beschriebenen Bedürfnissen könnte die Bestrebung zugrunde liegen eine ähnliche Situation, wie bei der letzten Geburt, zu vermeiden (Rietveld et al., 2020). Sind die vorherrschenden Empfindungen, bezogen auf die vorangegangene Geburt, Gefühle von Unzufriedenheit, Frustration und Kontrollverlust so wird eher eine VBAC gewählt (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Fumagalli et al., 2020). Wurde die Sectio hingegen als positive Erfahrung erlebt, so wird eine ERCS gewählt (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Fumagalli et al., 2020; Rietveld et al., 2020). Das Bedürfnis der Kontrolle über den eigenen Körper (Konheim-Kalkstein et al., 2017) führt wiederum dazu, dass die VBAC als erstrebenswerte und bereichernde Erfahrung angesehen wird (Black et al., 2016). Im Gegensatz dazu wird bei Rietveld et al. (2020) der Aspekt der Kontrolle zugunsten der ERCS bewertet. Dabei sind jedoch die feinen Unterschiede in der grundsätzlichen Interpretation des Kontrollbedürfnisses zu beachten. Wird eine ERCS gewählt, so steht die Kontrolle über den Geburtsvorgang, auch durch externe Aspekte, im Fokus (Konheim-Kalkstein et al., 2017). Dem entgegengesetzt beschreiben die Frauen bei der VBAC-Wahl eine intrinsische Kontrolle über den Geburtsfortschritt als leitenden Faktor. Frauen, die im Gesundheitswesen angestellt sind, wählen meist eine ERCS (Konheim-Kalkstein et al., 2017). Dies ist das einzige signifikante Ergebnis von Konheim-Kalkstein et al. (2017), welches nicht von den Forschenden diskutiert wird.

Die Überzeugung darüber, wer den Geburtsprozess kontrolliert, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Geburtswahl. Verspürt die Frau das Gefühl einer hohen Selbstwirksamkeit, ist sie also der Überzeugung selbst Einfluss auf den Geburtsvorgang und das -ergebnis zu haben, so entscheidet sie sich für eine VBAC (Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020). Im Gegensatz dazu wird häufig eine ERCS gewählt, wenn die Frau der Ansicht ist, dass externe Faktoren, wie das medizinische Personal, den grössten Einfluss auf die Geburt haben (Konheim-Kalkstein et al., 2017). Diese Erkenntnis verdeutlicht die Relevanz und den Einfluss der Hebammenarbeit, welche zum Ziel hat, die Eigenverantwortung der Frauen und damit ihre Selbstwirksamkeit zu fördern (Ledergerber et al., 2009). Eine ähnliche Schlussfolgerung ziehen auch Konheim-Kalkstein et al. (2017).

5.1.3. Medizinische Faktoren

Die Bedeutung der Sicherheit des Babys kann zugunsten beider Geburtsarten interpretiert werden (Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020). Zudem gibt es laut Black et al. (2016), Fumagalli et al. (2020) und Konheim-Kalkstein et al. (2017) keinen Zusammenhang zwischen der Art der vorangegangenen Sectio und der aktuellen Wahl. Dennoch wird die Möglichkeit des Scheiterns einer vaginalen Geburt als grosses Hindernis in der Wahl der VBAC gesehen. So planen einige Frauen eine ERCS, um der Möglichkeit einer Notsectio zu entgehen, da diese Situation, ihrer Ansicht nach, am weitesten von einer natürlichen Geburt entfernt ist (Rietveld et al., 2020). Diese Überlegungen stimmen mit den Aussagen der SOGC (2019) überein, nach welchen einer abgebrochenen VBAC das grösste Risiko für Komplikationen innewohnt. Die Gewichtung der gleichen Aspekte zugunsten verschiedener Geburtsmodi deutet darauf hin, dass neben den Fakten auch intrinsische Grundmuster einen Einfluss auf die Geburtswahl haben (Black et al., 2016; Konheim-Kalkstein et al., 2017). Bei Frauen, die eine VBAC präferieren spielt die Einschätzung der Erfolgchance eine grosse Rolle (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Rietveld et al., 2020). Wird diese als gering eingeschätzt, so kann trotz des Wunsches nach einer vaginalen Geburt eine ERCS gewählt werden, um eine mögliche Notfallsituation zu vermeiden (Black et al., 2016). Laut dem ACOG (2017), nachzulesen in Abschnitt 3.2.1, ist die mütterliche Morbidität bei einer abgebrochenen VBAC am höchsten. Wird eine der Geburtsoptionen als risikobehafteter angesehen, so wird die jeweils andere gewählt (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Fumagalli et al., 2020). Im Allgemeinen ist keine der Optionen ohne Risiko, es findet lediglich eine Abwägung der Risiken, vor allem bei unentschlossenen Frauen, statt (Black et al., 2016).

Rietveld et al. (2020) geben zu bedenken, dass die Geburt ein nur bedingt kontrollierbarer Vorgang ist. Ein häufiger Faktor für die Wahl der ERCS ist die Angst bezüglich der Risiken einer VBAC (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016). Die ERCS-Wahl wird auch priorisiert, wenn für die vorangegangene Sectio ein medizinischer Grund vorlag (Attanasio et al., 2019; Konheim-Kalkstein et al., 2017). Zusätzlich entscheiden sich laut Black et al. (2016) einige der Teilnehmerinnen für eine ERCS, trotz des Wissens über vermehrte kindliche Anpassungsschwierigkeiten. Wie in Abschnitt 3.1.4 dargelegt sind die möglichen fetalen Komplikationen nicht unerheblich und sollten nicht unbedacht bleiben.

5.1.4. Informationsquellen

Black et al. (2016) beschreiben, dass für einen Teil der risikobezogenen Ängste in der Wahl der VBAC die Art und Weise der Aufklärung über die Geburtsmodi verantwortlich sein könnte. So liegt laut Ihnen der Schwerpunkt der Aufklärung auf den Risiken der VBAC, jene der ERCS werden jedoch kaum benannt. Rietveld et al. (2020) kommen zu dem Ergebnis, dass das Wissen über die Risiken der einzelnen Geburtsmodi für die Geburtsentscheidung relevant ist. Dem entgegengesetzt äussern Black et al. (2016), dass die Bedenken über gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind keinen Einfluss auf die Geburtsentscheidung haben. Zu beachten ist hierbei das Alter der verwendeten Daten und der Studienort, beschrieben in Abschnitt 5.1.6. Im Allgemeinen stehen die Ergebnisse von Rietveld et al. (2020) häufig im Gegensatz zu vergleichbarer Literatur. Dieser Umstand wird von den Forschenden selbst beschrieben und begründet sich ihrer Meinung nach möglicherweise in der Methodik der Arbeit. Dass das Wissen über die Risiken keinen Einfluss auf die Geburtsentscheidung hat steht laut Black et al. (2016) im Widerspruch zu den gängigen Inhalten eines Aufklärungsgesprächs, welches vorrangig die körperlichen Risiken beinhaltet. Ebenso betonen sie die Relevanz der Benennung von psychischen und sozialen Folgen in einem Aufklärungsgespräch. NICE (2019a) empfiehlt eine umfassende und ganzheitliche Aufklärung der Risiken und möglichen Komplikationen. Somera et al. (2010) geben zu bedenken, dass der Notfallcharakter einer unvorhergesehenen Situation traumatischer sein könnte, als eine geplante Operation.

Ausserdem wird berichtet, dass eine starke Beeinflussung durch Fachkräfte, speziell durch die Ärzteschaft, zugunsten der ERCS stattfindet (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016; Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020). Gemäss Fumagalli et al. (2020) ist dies auch dann der Fall, wenn kein medizinischer Grund dafür vorliegt. Dieses Vorgehen

steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der AWMF (2020) und der NICE (2019a) und widerspricht den geltenden Leitlinien des ACOG (2017) und RCOG (2015) aus Abschnitt 3.2.2. Lediglich Black et al. (2016) nennen eine Unterstützung der Fachkräfte bezüglich einer VBAC. Mögliche Gründe dafür könnten zum einen das Fehlen einer die VBAC unterstützenden Infrastruktur sein (Attanasio et al., 2019). Zum anderen spielt jedoch auch, wie in Abschnitt 3.1 dargestellt, die Angst der Fachkräfte vor rechtlichen Konsequenzen einer missglückten VBAC eine grosse Rolle (Mylonas & Friese, 2015). Aus den eben beschriebenen Gründen resultiert an manchen Orten eine eingeschränkte oder nicht vorhandene Wahlfreiheit, auch wenn aus medizinischer Sicht eine VBAC möglich wäre (Attanasio et al., 2019; Black et al., 2016).

Aufgrund der oben beschriebenen, oft einseitigen Beratung bezüglich der Geburtsoptionen, verlangen einige der Frauen nach einer personalisierten Beratung, welche ihre individuelle Situation mit einbezieht (Davis et al., 2020; Rietveld et al., 2020). Diese Forderung erhält Nachdruck durch die Erkenntnis der AWMF (2020), dargestellt in Abschnitt 3.2.2, dass sich beinahe 50 % der Frauen nicht genügend über die möglichen Komplikationen einer ERCS informiert fühlen. Diese Informationen finden die Frauen in Online-Foren (Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017) und in Erlebnisberichten anderer Frauen (Black et al., 2016; Fumagalli et al., 2020). Fumagalli et al. (2020) bemerken, dass nur bei durch den Gesundheitsdienstleister vermittelten Informationen sichergegangen werden kann, dass diese evidenzbasiert sind. Frauen, die in der Geburtsentscheidung unentschlossen sind, werden häufig durch das medizinische Personal und Angehörige beeinflusst (Black et al., 2016). Sie suchen aktiver nach Fachinformationen, sowie der Meinung der Ärzteschaft (Black et al., 2016; Rietveld et al., 2020) und setzen laut Rietveld et al. (2020) ein grösseres Vertrauen in deren Rat. Der Einfluss des Partners, bzw. der Partnerin und der Angehörigen wird von Black et al. (2016) zugunsten der ERCS genannt. Rietveld et al. (2020) beschreiben hingegen, dass die Angehörigen keinen Einfluss auf die Geburtsentscheidung haben, der Partner oder die Partnerin lediglich auf die Wahl der VBAC. Grundsätzlich ist es fraglich, wie bewusst sich Menschen über externe Einflussfaktoren sind. Daher ist es möglich, dass ebendiese bestehen, jedoch nicht als solche erkannt und daher auch nicht benannt werden (Rietveld et al., 2020). Unterstützend in der Entscheidungsfindung der VBAC ist die Begleitung durch eine Hebamme (Attanasio et al., 2019; Davis et al., 2020). Diese arbeitet nach dem Prinzip der Salutogenese, welches in Abschnitt 3.2.2 beschrieben ist. Sie konzentriert sich

laut Davis et al. (2020) nicht nur auf die Risikofaktoren, sondern auch auf die physiologischen Aspekte einer Geburt. Zusätzlich wird sie von den Teilnehmerinnen für ihre positive Haltung gegenüber der VBAC geschätzt. Aufgrund dieser Eigenschaften kann die Hebamme einen Beitrag zur Unterstützung und Förderung der VBAC leisten (Davis et al., 2020).

5.1.5. Mögliche Folgen der Geburtsmodi

Als letzten grundsätzlichen Faktor bedenken die Befragten die möglichen Folgen der einzelnen Geburtsoptionen. So ist die raschere Genesung für viele Frauen ein Grund sich für eine VBAC zu entscheiden (Attanasio et al., 2019; Davis et al., 2020; Rietveld et al., 2020). Attanasio et al. (2019) und Rietveld et al. (2020) beschreiben hierbei als zentrale Begründung die Versorgung bereits vorhandener Kinder, sowie die Fähigkeit alltägliche Arbeiten möglichst zeitnah gewohnt verrichten zu können. Lediglich Attanasio et al. (2019) nennen eine rasche Genesung als Entscheidungsfaktor für eine ERCS. Dem widersprechend wird in Tabelle 5, als Komplikation einer Sectio, der verlängerte Krankenhausaufenthalt genannt (Seifert, 2015). Ähnlich wichtig werden die physischen und psychischen Auswirkungen auf Mutter und Kind bewertet (Black et al., 2016; Konheim-Kalkstein et al., 2017). Die Argumentation hierbei reicht von der Planung weiterer Kinder (Attanasio et al., 2019; Rietveld et al., 2020) über das mögliche frühe Bonding und die damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung (Fumagalli et al., 2020; Rietveld et al., 2020), bis hin zur Vermeidung schon erlebter Auswirkungen einer Sectio (Attanasio et al., 2019; Davis et al., 2020). Diese weitreichenden Überlegungen über die Auswirkungen einer VBAC stellen auch Frauen, die eine ERCS bevorzugen an, jedoch ziehen sie andere Schlussfolgerungen. Im Vordergrund stehen hierbei die Vermeidung einer vaginalen Geburt mit ihren möglichen Komplikationen (Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020) und die Möglichkeit im Krankenhaus bleiben zu können (Rietveld et al., 2020).

5.1.6. Vergleichbarkeit und Limitationen

Damit die verschiedenen Artikel miteinander verglichen werden können, muss der Kontext miteinbezogen werden. Fünf (Attanasio et al., 2019; Davis et al., 2020; Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020) der verwendeten sechs Studien weisen das unterste Level der Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009) auf. Einzig die Metasynthese von Black et al. (2016) verfügt über das drittunterste Level der Evidenzpyramide. Dadurch liegt eine höhere externe Validität vor als in den anderen

Artikeln. Dass nur eine Metasynthese miteinbezogen wird, kann als Limitation angesehen werden. Weitere Metaanalysen oder Reviews hätten die Relevanz der Ergebnisse dieser Arbeit beeinflusst und ihre Gültigkeit verbessert.

Es werden zwei qualitative (Black et al., 2016; Davis et al., 2020), zwei quantitative (Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017), sowie zwei Studien mit gemischtem Ansatz (Attanasio et al., 2019; Rietveld et al., 2020) eingebunden. Die Verwendung von verschiedenen Designs war eine bewusste Entscheidung der Autorinnen dieser Arbeit, um auf möglichst viele verschiedene Ergebnisse zu stossen. Durch verschiedene Studienansätze ist es möglich, dass einige Studien Ergebnisse präsentieren, welche in anderen keine zentrale Rolle spielen. Dies erkennen auch Rietveld et al. (2020) an. Dadurch ist es schwierig, die Artikel untereinander zu vergleichen, was als Limitation angesehen wird. In vier der einbezogenen Studien (Davis et al., 2020; Fumagalli et al., 2020; Konheim-Kalkstein et al., 2017; Rietveld et al., 2020) sind die Frauen zur Zeit der Studie schwanger und in einer (Attanasio et al., 2019) nicht. Black et al. (2016) haben Frauen unabhängig vom Schwangerschaftsstatus einbezogen. Zudem werden die Interviews zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Schwangerschaften durchgeführt. Nur bei zwei Artikeln (Fumagalli et al., 2020; Rietveld et al., 2020) wurde die Befragung bewusst vor dem Beratungsgespräch durchgeführt. Bei allen anderen ist nicht angegeben, ob ein Informationsgespräch bereits stattgefunden hat. Daher muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Frauen den gleichen Informationsstand haben, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse bezüglich des Einflusses der Fachperson erschwert. Davis et al. (2020) und Attanasio et al. (2019) führen die Befragung postpartal durch. Dabei ist beim Vergleich der Ergebnisse zu beachten, dass der emotionale oder der zeitliche Faktor diese beeinflussen kann. Zudem erfüllen die Untersuchungen von Attanasio et al. (2019), Black et al. (2016), Davis et al. (2020) und Rietveld et al. (2020) nicht alle Gütekriterien der jeweiligen Forschung, was die Qualität der hier vorliegenden Arbeit verringert. Da diese jedoch ebenso zentrale Ergebnisse aufzeigen, werden sie trotzdem berücksichtigt. Eine weitere Limitation ist, dass Attanasio et al. (2019), Black et al. (2016) und Davis et al. (2020) bereits vorhandene, teilweise über zehn Jahre alte, Daten benutzen. Deshalb sollte die Aktualität dieser Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Überdies werden in allen Stichproben jeweils nur Frauen aus einer bestimmten Region oder einem Krankenhaus miteinbezogen. Das limitiert die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.

Die zentrale Stärke der vorliegenden Arbeit ist, dass alle einbezogenen Artikel das gleiche Phänomen untersuchen und zum Ziel haben, Faktoren zu identifizieren, welche wichtig für die Entscheidungsfindung zur Geburtsart nach einer Sectio sind. Dadurch kann die vorliegende Fragestellung optimal beantwortet werden. Durch die grosse Anzahl an verwendeten Studien kann eine Vielfalt von Ergebnissen präsentiert werden. Eine weitere Stärke liegt in der Homogenität der Stichproben der einzelnen Artikel, welche ausschliesslich Frauen mit mindestens einer vorausgegangenen Sectio einschliessen und sich daher diesbezüglich miteinander vergleichen lassen. Attanasio et al. (2019) und Konheim-Kalkstein et al. (2017) verwenden Daten aus den USA und können daher gegenübergestellt werden. Davis et al. (2020), Fumagalli et al. (2020) und Rietveld et al. (2020) benutzen Daten aus Europa und Australien, welche aufgrund des sozioökonomischen Standards vergleichbar sind. Black et al. (2016) verwenden Daten aus Australien, China, England und den USA. Die Daten aus China müssen, auch aufgrund der familienpolitischen Situation, mit Vorsicht interpretiert werden. Eine weitere Stärke ist, dass zwei Studien (Fumagalli et al., 2020; Rietveld et al., 2020) aus dem Jahr 2020 sind und somit aktuelle Daten beinhalten. Die Ergebnisse zeigen neue Erkenntnisse auf und können gleichgesetzt werden.

5.2. Beantwortung der Fragestellung

Wie die Argumentation im vorangehenden Abschnitt zeigt, gibt es viele verschiedene Einflussfaktoren auf die Entscheidung der Frauen. Intrinsische Grundmuster und die daraus folgenden Interpretationen spielen eine grosse Rolle. So nennen viele Frauen ähnliche Motivatoren und entscheiden sich letztendlich für unterschiedliche Geburtsmodi. Hinzu kommen beeinflussende externe Faktoren, wie die Einstellung des Gesundheitspersonals oder die Verfügbarkeit von VBAC unterstützenden Kliniken. Die hier vorliegende Arbeit hat eine Reihe wichtiger Einflussfaktoren aus verschiedenen Lebensbereichen identifiziert. Aufgrund der oben genannten Heterogenität der daraus folgenden Entscheidungen kann jedoch nicht gesagt werden, dass bestimmte Faktoren zwangsläufig zur selben Geburtsentscheidung führen. Die identifizierten Faktoren, siehe Tabelle 19, können dem Gesundheitspersonal helfen, eine neutrale und evidenzbasierte Beratung zu ermöglichen.

6. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden Implikationen für die Praxis ausgearbeitet. Zusätzlich werden die Rolle der Hebamme, der Ausblick und der weitere Forschungsbedarf thematisiert.

6.1. Theorie-Praxis Transfer

Das erste Teilziel der hier vorliegenden Arbeit, verschiedene Variablen zu identifizieren die Frauen in ihrem Entscheidungsprozess über das Geburtsprozedere als massgebend betrachten, wurde erreicht. Die verschiedenen Faktoren wurden im Abschnitt 5.1 diskutiert. Das zweite Teilziel, die Beachtung der Entscheidungsfaktoren im Beratungsprozess, soll nun hier anhand konkreter Implikationen für die Praxis thematisiert werden. Die Verfasserinnen fanden das Thema auch in der Praxis vor. Viele der Frauen berichteten von ähnlichen Gründen, die sie abhielten, eine VBAC zu wählen.

Rietveld et al. (2020) schreiben deutlich, wie wesentlich es für Gesundheitsfachpersonen ist, sich darüber bewusst zu sein, dass es verschiedene Präferenzen für die Geburt nach Sectio gibt. Daher ist es wichtig die Frauen in den Schwangerschaftskontrollen nach ihren Präferenzen zu fragen, wie es auch die AWMF (2020) und das NICE (2019a) empfehlen. Wie in Abschnitt 3.2.2 dargestellt bestehen in der Informationsvermittlung und Entscheidungsbeteiligung der Frauen an der Geburtsentscheidung nach wie vor Defizite, welche meist zugunsten der ERCS fallen. Daher empfehlen Attanasio et al. (2019) eine gute Patientenaufklärung und Informationsvermittlung, da dies die Entscheidung zur VBAC fördern kann. Dabei sollen sich die Fachpersonen über ihre eigene Einstellung bewusst sein, da diese den Beratungsprozess beeinflussen kann (Lundgren et al., 2015). Black et al. (2016) befürworten ein erstes Gespräch über die Möglichkeiten einer Geburt nach Sectio, bereits nach der vorausgegangenen Sectio. Auch Slade (nach Davis et al., 2020) appelliert ein Nachgespräch nach der ersten Sectio durchzuführen, um emotionalen oder psychologischen Konsequenzen entgegenzuwirken. Dies könnte ebenso für die Entscheidungsfindung bezüglich der nächsten Geburt nützlich sein (Davis et al., 2020). Black et al. (2016) empfehlen den Einsatz von Entscheidungshilfen. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass mit dem Einsatz von Entscheidungshilfen die Entscheidungszufriedenheit der Schwangeren verbessert wird. Sie schlagen vor, eine Entscheidungshilfe zu entwickeln, welche die Präferenzen der Schwangeren in der frühen Schwangerschaft und die Erfolgchancen der Frauen für eine VBAC widerspiegeln. Die

Verfasserinnen dieser Arbeit unterstützen diesen Vorschlag. Das Modell könnte wie folgt aussehen.

Tabelle 20: Entscheidungshilfe in Anlehnung an Black et al. (2016)

	Präferenz VBAC	Präferenz ERCS	Entscheidungsoffen
Gute VBAC Prognose	1	2	3
Schlechte VBAC Prognose	4	5	6

Es wird empfohlen, dass in den Gruppen 3 und 6, sowie bei Frauen mit einer Präferenz, welche im Widerspruch zur Prognose steht (Gruppen 2 und 4), bis zum zweiten Trimester Aufklärungsgespräche durchgeführt werden. Dabei soll das Shared Decision Making Model zum Einsatz kommen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Frauen genügend Zeit haben, um eine eigenständige und fundierte Entscheidung zu treffen. Die Gruppen 1 und 5 brauchen wahrscheinlich weniger Aufklärung, sollten aber nicht vernachlässigt werden. Auch sie sollten evidenzbasierte Informationen zu den Vor- und Nachteilen beider Geburtsarten erhalten (Black et al., 2016). Shorten et al. (2005) zeigen, dass eine Entscheidungshilfe in Form einer Informationsbroschüre den gewählten Geburtsmodus nicht ändert, jedoch die Frauen vermehrtes Wissen und weniger Entscheidungskonflikte aufweisen. Die Verfasserinnen dieser Arbeit sehen in der Kombination dieser beider Entscheidungshilfen eine Möglichkeit die aktuelle Praxis zu verbessern. Es ist eine Hilfestellung wie Frauen frühzeitig in ihren Präferenzen abgeholt werden können und die Informationen erhalten, welche für sie zentral sind. Die Abgabe von Informationsbroschüren sollte das Beratungsgespräch nicht ersetzen. Die in dieser Arbeit ausgearbeiteten Gründe für die Wahl des Geburtsmodus sollen in das Beratungsgespräch einfließen, damit die Frauen dazu fachlich fundierte Informationen erhalten und sich eine Präferenz bilden können.

6.2. Rolle der Hebamme

Metz et al. (2013) zeigen, dass Frauen, welche sich in der Schwangerschaft zusätzlich von einer Hebamme betreuen lassen, öfters eine VBAC wählen, als Frauen, welche nur von einem Gynäkologen betreut werden. Auch White et al. (2016) kommen zum Schluss, dass die hebammengeleitete Schwangerschaftsvorsorge zu einer höheren Rate von versuchten und erfolgreichen VBACs führt. Gründe für dieses Phänomen zeigen Lundgren et al. (2015) auf, welche beschreiben, dass Hebammen meist die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen besser kennen. Chinkam et al. (2016) zeigen in ihrer Studie, dass Hebammen sich

während der Beratung höflich und respektvoll gegenüber den Frauen verhalten. So haben diese nicht das Gefühl zu einer schnellen Entscheidung gedrängt zu werden. Durch die Beratung haben sie konkrete Informationen erhalten, um eine Entscheidung treffen zu können. Gemäss Leslie (2017) sind die Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung, aber auch die emotionale Unterstützung der Frau, Kernaufgaben der Hebammenbetreuung. Sie beinhalten das Bereitstellen von evidenzbasierten Informationen, die Würdigung der Entscheidung der Frau, und die Förderung ihrer Autonomie, ohne die eigenen Werte und Meinungen einfließen zu lassen. Im Zentrum der Betreuung steht das Empowerment der Frau. Als Best Practice in der Beratung wird durch dieselben Autoren empfohlen, dass die Hebamme Fragen des Paares neutral beantworten kann und die Risiken und Outcomes beider Geburtsmodi in Abhängigkeit der Anamnese der Frau abwägen kann. Auch Herber-Löffler und Stiefel (2020) betonen die Relevanz der Aufklärungs- und Beratungsarbeit für die Hebammen.

6.3. Ausblick & weitere Forschung

Diese Arbeit hat Gründe zusammengetragen, warum sich Frauen mit St. n. Sectio für einen bestimmten Geburtsmodus entscheiden. Dies soll dazu beitragen, dass sich Gesundheitsdienstleister ihrer eigenen Position bewusst werden. Ebenso soll eine Anregung geboten werden, welche Inhalte in einem Beratungsgespräch nach dem Shared Decision Making Model zusätzlich besprochen werden können. Im gemeinsamen Entscheidungsprozess ist es erforderlich, dass Ärzte und Ärztinnen über klinische Algorithmen, sowie evidenzbasierte Fakten hinaus auf ihre Klientinnen und deren Bedürfnisse eingehen können. Dadurch könnte eine Strategie entwickelt werden, welche die Präferenzen der Frauen aktiv in den Entscheidungsprozess mit einbezieht (Davis et al., 2020). Wie unter 6.1 bereits erwähnt, verbessert sich die Entscheidungszufriedenheit der Schwangeren, wenn Entscheidungshilfen eingesetzt werden. Das präsentierte Modell von Black et al. (2016) wäre ein geeigneter Ansatz, um weitere Forschung zu diesem Thema anzustellen. Konheim-Kalkstein et al. (2017) präsentieren in ihrer Studie, dass Frauen, die im Gesundheitswesen angestellt sind, öfters eine ERCS wählen. Obwohl dieses Ergebnis hochinteressant ist, wird es durch die Forschenden selbst nicht diskutiert. Die Verfasserinnen dieser Arbeit können sich dieses Ergebnis nicht erklären. Aufgrund der vielen weiblichen Fachkräfte im Gesundheitswesen ist weitere Forschung zu diesem Thema dringend nötig. Im Allgemeinen ist weitere Forschung im Bereich der

Entscheidungsfindung bei St. n. Sectio notwendig. Die Verfasserinnen unterstützen die unten aufgeführten Anregungen der Forschenden.

Untersuchung zu nachfolgenden Themen:

- wann Präferenzen entstehen und ob sich diese im Verlauf der Schwangerschaft verändern. Diese Informationen sind wichtig, um Strategien zur präpartalen Entscheidungsfindung zu entwickeln (Rietveld et al., 2020).
- zum Einfluss der vorherigen Geburt (Rietveld et al., 2020).
- warum viele Frauen eine VBAC bevorzugen, wenige jedoch den Versuch starten (Attanasio et al., 2019).
- wie Hebammen und Ärzteschaft zusammenarbeiten können, um die Frauen zur VBAC zu ermutigen und zu unterstützen (Davis et al., 2020).

Schlussendlich ist zu sagen: die Verfasserinnen wünschen sich, dass die VBAC in der Gesellschaft etabliert wird. Wünsche und Ängste der Schwangeren und ihrer Begleitpersonen sollen gehört und angenommen werden. Zwischen Schwangeren und ihren Betreuungspersonen, aber auch zwischen dem ärztlichen Dienst und den Hebammen, soll eine klare Kommunikation erreicht werden. Dem Gesundheitspersonal muss daher ihr eigener Einfluss auf die Entscheidung der Frau bewusst sein. So wird den Frauen ermöglicht die Geburt zu erleben, welche sie sich wünschen. Wichtig ist aber:

**Einmal Sectio –
ist nicht gleich immer Sectio!**

Literaturverzeichnis

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), e217–e233. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002398>
- Andreani, T., Clausen, F., Gazareth, P., Kaeser, M., Lieberherr, R., Lindner, M., Marquis, J.-F., Riggerbach, M., Rossi, S. & Storni, M. (2019). *Gesundheitsstatistik 2019*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand.assetdetail.10227275.html>
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. (2020). *Sectio caesarea: AWMF S3-Leitlinie, 015-084*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-084.html>
- Attanasio, L. B., Kozhimannil, K. B. & Kjerulff, K. H. (2019). Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth*, 46(1), 51–60. <https://doi.org/10.1111/birt.12386>
- Black, M., Entwistle, V. A., Bhattacharya, S. & Gillies, K. (2016). Vaginal birth after caesarean section: Why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ Open*, 6(1), Artikel e008881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008881>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Fallkosten und Aufenthaltsdauer—Auswahl von medizinischen und chirurgischen Fällen*. Abgerufen 19.02.2021, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.14778736.html>

- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Anzahl Kaiserschnitte an Entbindungen, Erhebungsjahr 2019*. Abgerufen 19.02.2021, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.14841443.html>
- Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M. J., Parslow, R. C., Pozzilli, P., Brigis, G., Stoyanov, D., Urbonaitė, B., Šipetić, S., Schober, E., Ionescu-Tirgoviste, C., Devoti, G., de Beaufort, C. E., Buschard, K. & Patterson, C. C. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: A meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, 51(5), 726–735. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-0941-z>
- Chinkam, S., Ewan, J., Koeniger-Donohue, R., Hawkins, J. W. & Shorten, A. (2016). The Effect of Evidence-Based Scripted Midwifery Counseling on Women’s Choices About Mode of Birth After a Previous Cesarean. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 61(5), 613–620. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12466>
- Cho, C. E. & Norman, M. (2013). Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>
- Christmann-Schmid, C., Raio, L., Scheibner, K., Müller, M. & Surbek, D. (2016). Back to “once a caesarean: Always a caesarean”? A trend analysis in Switzerland. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294(5), 905–910. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4055-4>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP Systematic Review Checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Davis, D., Homer, C. S., Clack, D., Turkmani, S. & Foureur, M. (2020). Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. *Midwifery*, 88, Artikel 102766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>

- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Perego, S., Fiorasi, M., Fossati, V., Nespoli, A. & Vergani, P. (2020). Women's decision-making about mode of birth after a previous caesarean section. *British Journal of Midwifery*, 28(2), 104–113. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.2.104>
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M. & Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage* (World Health Report, Background Paper 30). World Health Organisation. https://www.researchgate.net/publication/265064468_The_Global_Numbers_and_Costs_of_Additionally_Needed_and_Unnecessary_Caesarean_Sections_Performed_per_Year_Overuse_as_a_Barrier_to_Universal_Coverage_HEALTH_SYSTEMS_FINANCING
- Harder, U. & Herber-Löffler, A. (2013). Sectio caesarea. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 439–444). Hippokrates.
- Herber-Löffler, A. & Stiefel, A. (2020). Sectio caesarea. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 707–715). Thieme.
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), Artikel 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Kainer, F. (2016). Blutungen im 3. Trimenon. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Auflage, S. 379–390). Springer.

- Keag, O. E., Norman, J. E. & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), Artikel e1002494.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Knight, M., Kurinczuk, J. J., Spark, P. & Brocklehurst, P. (2008). Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 111(1), 97–105.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000296658.83240.6d>
- Kolik, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Bertelsmann Stiftung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-gesundheit-kaiserschnitt/index.html>
- Konheim-Kalkstein, Y. L., Kirk, C. P., Berish, K. & Galotti, K. M. (2017). Owing the birth experience: What factors influence women’s vaginal birth after caesarean decision? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 410–422.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320365>
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Anhang I: Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH*. KFH Rektorenkonferenz der Fachhochschulen.
https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Kammern/Kammer_FH/Best_practice/2_KFH___Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf
- Leslie, M. S. (2017). Vaginal Birth After Cesarean: Emotion and Reason. In B. A. Anderson, J. P. Rooks & R. Barroso (Hrsg.), *Best practices in midwifery: Using the evidence to implement change* (2. Auflage, S. 369–391). Springer.
- Lundgren, I., Begley, C., Gross, M. M. & Bondas, T. (2012). ‘Groping through the fog’: A metasynthesis of women’s experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean

section). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), Artikel 85.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-85>

Lundgren, I., van Limbeek, E., Vehvilainen-Julkunen, K. & Nilsson, C. (2015). Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): A qualitative study from countries with high VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), Artikel 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0629-6>

Mårild, K., Stephansson, O., Montgomery, S., Murray, J. A. & Ludvigsson, J. F. (2012). Pregnancy Outcome and Risk of Celiac Disease in Offspring: A Nationwide Case-Control Study. *Gastroenterology*, 142(1), 39–45.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.09.047>

Marshall, N. E., Fu, R. & Guise, J.-M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(3), 262.e1-262.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035>

Matta, S. & Bassani, F. (2020, 14. September). *Umstrittener Eingriff - Warum sich immer mehr Frauen für einen Kaiserschnitt entscheiden*. Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). <https://www.srf.ch/news/schweiz/umstrittener-eingriff-warum-sich-immer-mehr-frauen-fuer-einen-kaiserschnitt-entscheiden>

Metz, T. D., Stoddard, G. J., Henry, E., Jackson, M., Holmgren, C. & Esplin, S. (2013). How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(6), 458.e1-458.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.011>

Miller, J. E., Goldacre, R., Moore, H. C., Zeltzer, J., Knight, M., Morris, C., Nowell, S., Wood, R., Carter, K. W., Fathima, P., de Klerk, N., Strunk, T., Li, J., Nassar, N., Pedersen, L. H. & Burgner, D. P. (2020). Mode of birth and risk of infection-related hospitalisation in childhood: A population cohort study of 7.17 million births from 4

high-income countries. *PLOS Medicine*, 17(11), Artikel e1003429.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003429>

Mylonas, I. & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 112(29–30), 489–495.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019a). *Caesarean section: NICE Clinical Guidelines, No. 132*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552671/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2019b). *Twin and triplet pregnancy: NICE Guideline, No. 137*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546070/>

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2016). Labour and childbirth after previous caesarean section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(12), 1279–1286. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118335>

Pädagogische Hochschule Zürich, Hochschule für Wirtschaft Zürich, Zürcher Hochschule der Künste, & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (o. J.). *Leitfaden geschlechtergerechte Sprache*. Abgerufen 6. März 2021, von <https://studiportal.gesundheit.zhaw.ch/index.php?id=24>

Patterson, E. (2015). *Cost-Effectiveness Analysis of Elective Cesarean Deliveries and Trial of Labor* [Dissertation Krankenpflege, University of New Mexico]. Digital Repository. https://digitalrepository.unm.edu/nurs_etds/26/?sequence=1&isAllowed=y

Rietveld, A. L., van Exel, N. J. A., Cohen de Lara, M. C., de Groot, C. J. M. & Teunissen, P. W. (2020). Giving birth after caesarean: Identifying shared preferences among

pregnant women using Q methodology. *Women and Birth*, 33(3), 273–279.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.005>

Riggenbach, M. (2019). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017*. Bundesamt für Statistik.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.8369420.html>

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Skript Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen. Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften.

Roos, T. (2013). Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. Teil 1: Problematik, Voraussetzungen, Kontraindikationen. *GYNÄKOLOGIE*, 02, 18–22.
<https://www.rosenfluh.ch/gynaekologie-2013-02/vaginale-geburt-bei-status-nach-sectio>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45*.
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P. & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)

Schmid, V. (2015). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell* (2. unveränderte Auflage). Elwin Staude.

Schneider, H., Marschalek, J. & Husslein, P. (2016). Sectio caesarea. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Auflage, S. 865–882). Springer.

- Seifert, F. (2015). Geburtshilfliche Operationen. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Auflage, S. 664–696). Schattauer.
- Shorten, A., Shorten, B., Keogh, J., West, S. & Morris, J. (2005). Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth after Cesarean. *Birth*, 32(4), 252–261. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00383.x>
- Somera, M. J., Feeley, N. & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19–20), 2824–2831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x>
- Steinke, I. (2017). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12. Auflage, S. 319–331). Rowohlt.
- Stiffler, L. & Tomaschett, S. (2017). *Geburtsprocedere bei Status nach Sectio* [Unveröffentlichte Bachelorarbeit]. Zürcher Fachhochschule für angewandte Wissenschaften.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2019). No. 382—Trial of Labour After Caesarean. SOGC Clinical Practice Guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(7), 992–1011. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.11.008>
- Timofeev, J., Reddy, U. M., Huang, C.-C., Driggers, R. W., Landy, H. J. & Laughon, S. K. (2013). Obstetric Complications, Neonatal Morbidity, and Indications for Cesarean Delivery by Maternal Age. *Obstetrics & Gynecology*, 122(6), 1184–1195. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000017>
- Welsch, H., Wischnik, A. & Lehner, R. (2016). Müttersterblichkeit. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Auflage, S. 1181–1194). Springer.

White, H. K., le May, A. & Cluett, E. R. (2016). Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth*, 43(3), 200–208. <https://doi.org/10.1111/birt.12229>

zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (1. Aufl.). Huber.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Literaturrecherche (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) 10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) 8

Tabelle 2: Suchbegriffe der Datenbanksuche (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) .9

Tabelle 3: Absolute Indikationen für eine primäre oder sekundäre Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 12

Tabelle 4: Relative Indikationen für eine Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) 13

Tabelle 5: Mögliche maternale Komplikationen bei einer Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 14

Tabelle 6: Mögliche fetale Komplikationen bei einer Sectio (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 16

Tabelle 7: Ein- und Ausschlusskriterien Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 21

Tabelle 8: Ergebnisse Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) 22

Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 25

Tabelle 10: Ergebnisse Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) ... 26

Tabelle 11: Einschlusskriterien Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 29

Tabelle 12: Ergebnisse Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021) ... 30

Tabelle 13: Ein- und Ausschlusskriterien Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)..... 32

Tabelle 14: Ergebnisse Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	33
Tabelle 15: Ein- und Ausschlusskriterien Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	35
Tabelle 16: Ergebnisse Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	36
Tabelle 17: Ein- und Ausschlusskriterien Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	38
Tabelle 18: Ergebnisse Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	39
Tabelle 19: Thematische Darstellung aller Studienergebnisse (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	42
Tabelle 20: Entscheidungshilfe in Anlehnung an Black et al. (2016)	52
Tabelle 21: Abkürzungsverzeichnis	65
Tabelle 22: AICA Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	66
Tabelle 23: AICA Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	68
Tabelle 24: AICA Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	70
Tabelle 25: CASP Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	74
Tabelle 26: AICA Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	76
Tabelle 27: AICA Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	78
Tabelle 28: AICA Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	79
Tabelle 29: AICA Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)	81
Tabelle 30: AICA Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	82
Tabelle 31: AICA Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	84
Tabelle 32: AICA Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	85
Tabelle 33: AICA Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021).....	88
Tabelle 34: Suchverlauf (erstellt durch Weingart & Wyssen, 2021).....	89

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 21: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausgeschrieben
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AICA	Arbeitsinstrument für das Critical Appraisal eines Forschungsartikels
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BFS	Bundesamt für Statistik
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
ERCS	Elective repeat caesarean section (elektive wiederholte Sectio)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Sectio	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
St. n.	Status nach
SSW	Schwangerschaftswoche
TOLAC	Trial of labor after cesarean (Versuch einer vaginalen Geburt nach Sectio)
VBAC	Vaginal birth after cesarean (Vaginale Geburt nach Sectio)

Wortzahl

Abstract: 198

Arbeit: 11'570

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Anja Pfister, für die unterstützende und beratende Begleitung während dieser Bachelorarbeit. Des Weiteren danken wir X, Dr. rer. nat. X und Dipl. -Psych. X für das Korrekturlesen und die konstruktive und hilfreiche Unterstützung. Der Dank richtet sich auch an unsere Familien für die Unterstützung im Schreibprozess und während des kompletten Studiums, sowie an uns gegenseitig als Co-Autorinnen für die angenehme, konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit.

Anhang

Anhang A: Studienbeurteilungen

Zusammenfassung der Studie

Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean von Attanasio et al. (2019)

Tabelle 22: AICA Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Die Untersuchung der Bedeutung von vorbestehenden Präferenzen und Erfahrungen, sowie die Risiken und Vorteile der VBAC, bei Frauen mit St. n. Sectio und der Präferenz einer vaginalen Geburt. Gründe für die Wahl des Geburtsmodi sollen kategorisiert werden.</p> <p>Forschungsbedarf: Nationale Bemühungen die Sectorate zu senken, wenige vorhandene prospektive Studien zu diesem Thema, wenige US-Amerikanische Studien, Forschungslücke wird beschrieben.</p>
Methode	<p>Design: Mischung aus qualitativem und quantitativem Ansatz, keine Begründung.</p> <p>Stichprobe: Aus vorhandenem Datensatz der First Baby Study wurden Frauen ausgewählt, 616 Frauen aus den USA, Auswahl ist klar beschrieben, eine Studiengruppe.</p> <p>Einschlusskriterien: Erste Geburt per Sectio, keine aktuelle Schwangerschaft, klare Präferenz bezüglich des Geburtsmodus.</p> <p>Ausschlusskriterien: keine weiteren Kinder geplant, weitere Geburt vor der 12 Monatsbefragung.</p> <p>Datenerhebung: Keine Datenerhebung</p> <p>Datenanalyse: Inhaltliche thematische Kodierung der vorhandenen Daten, Kappa-Statistik für die Interrater-Reliabilität berechnet, Kappa Werte sind alle sehr gut oder ausreichend zuverlässig, die Beziehung zwischen dem Prädiktor und der Präferenz für VBAC wurde mittels Kreuztabellierung mit Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Variablen und t-Tests für kontinuierliche Variablen berechnet, multivariates logistisches Regressionsmodell für Berechnung der unabhängigen Assoziationen zwischen den Prädiktoren und dem Ergebnis.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Fragen diskutiert, keine Genehmigung eingeholt.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse werden in Tabellen und Textform dargelegt und mit Zitaten belegt.</p> <p>Die Bedeutung der demographischen Merkmale und deren Zusammenhang mit der Geburtsentscheidung sind nicht Thema dieser Arbeit und werden in den Ergebnissen nicht aufgeführt.</p>
Gründe für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch die Erfahrung der vaginalen Geburt zu machen • Gefühl bei der ersten Geburt etwas verpasst zu haben • Schlechte Erfahrungen bei der ersten Geburt • Probleme mit der Erholung bei vorausgegangener Sectio (Signifikantes Ergebnis) • Ansicht eine vaginale Geburt sei natürlich • Vermeidung einer Operation

	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Einstellung zur vaginalen Geburt vor der ersten Sectio • Anwesenheit einer Doula bei vorausgegangener Geburt • Planung von mindestens drei weiteren Kindern • Nicht zwangsläufig wiederkehrende Indikation zur Sectio
Gründe für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Geburt erfolgte per Sectio • Überzeugung der Frau, dass eine erneute ERCS medizinisch notwendig ist/ potentiell wiederkehrende Indikation für Sectio • Überzeugung nicht in der Lage zu sein, vaginal zu gebären • Einfluss/Empfehlung des Arztes • Gute Erfahrung mit vorangegangener Sectio • Vermeidung einer ähnlichen Situation, wie bei der ersten Geburt (lange Einleitung, Komplikationen, etc.) • Schwierigkeiten beim Zugang zu VBAC/ keine Möglichkeit der Wahl über die zukünftige Geburtsart (z.B. Richtlinien des Krankenhauses) • Logistische Planbarkeit • Angst vor vorausgegangener Geburt/Angst vor zukünftiger vaginaler Geburt • Rasche Erholung von vorausgegangener Sectio
Auf beide Geburtsoptionen zutreffend	<ul style="list-style-type: none"> • Ansicht, dass der gewählte Geburtsmodus schneller, einfacher und weniger schmerzhaft ist • Niedrigeres wahrgenommenes Risiko für Mutter und Kind
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Präferenz der ERCS aufgrund der vorangegangenen Sectio ist nicht klar, ob die Frauen wissen, dass eine VBAC eine ebenso sichere Option darstellt. • Auch ist die Akzeptanz der VBAC ist geographisch ungleich verteilt, so dass es in einigen Gebieten an Gesundheitsdienstleistern mangelt, welche die Möglichkeit bieten nach einer Sectio vaginal zu gebären. Keine der Teilnehmerinnen gab bei der zukünftigen Präferenz an, dass der Gesundheitsdienstleister eine VBAC befürwortet. • Der Grossteil der Ergebnisse stimmt mit der bereits vorhandenen Forschung überein, die Häufigkeiten unterscheiden sich. <p>Limitationen: Keine repräsentative Stichprobe, zu kurze Antworten bezüglich der präferierten Geburtsart, Daten für das Regereessionsmodell basieren auf Selbstberichten und Krankenhausentlassungsdaten und nicht auf detaillierten klinischen Daten.</p> <p>Stärken: Grosse Stichprobe, prospektive Datenerhebung.</p> <p>Implikationen: Die Patientenaufklärung und Informationsvermittlung zur Förderung der VBAC kann einen unterstützenden Teil zur Entscheidungsfindung Richtung VBAC beitragen. Zukünftige Forschung soll herausfinden, warum fast die Hälfte der Frauen nach einer Sectio einen VBAC bevorzugen, jedoch nur ein Viertel von diesen auch einen Geburtsversuch startet.</p>

Würdigung der Studie

“Women’s preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean” von Attanasio et al. (2019)

Tabelle 23: AICA Attanasio et al. (2019) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	Beantwortet eine relevante Frage der Hebammenarbeit, Phänomen und Ziel sind klar beschrieben, das Thema wird mit aktueller Literatur eingeführt, die Forschungslücke wird dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar, die Verwendung des Mischdesigns wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe: Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, Stichprobe ist gemäss den Forschenden nicht repräsentativ, weil auch die First Baby Study nicht repräsentativ war, Stichprobengrösse wird begründet mit den Ein- und Ausschlusskriterien und den vorhandenen Daten, die Teilnehmenden sind durch die präzisen Ein- und Ausschlusskriterien genau beschrieben, über das Setting ist nicht viel bekannt, die Probandinnen erleben das zu erforschende Phänomen.</p> <p>Datenerhebung: Keine Datenerhebung</p> <p>Datenanalyse: Ist klar und nachvollziehbar beschrieben, für quantitative Daten wurde quantitative Analyseverfahren gewählt, für die verschiedenen Datenniveaus wurden verschiedene passende Verfahren gewählt, das Signifikanzlevel wird nicht beschrieben, p-Werte sind aufgeführt, für die qualitativen Daten wurden korrekte Analyseverfahren gewählt, die Analyse ist klar beschrieben, analytische Entscheidungen sind mittels Codebuch dokumentiert</p> <p>Ethik: Keine ethischen Konflikte vorhanden, keine Genehmigung eingeholt</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten, sind im Kontext verankert, sie werden mit Zitaten bekräftigt, die Kategorien sind logisch und voneinander unterscheidbar, die quantitativen Ergebnisse werden ergänzend in Tabellen aufgelistet.
Diskussion	Teilweise werden Erklärungen zu den Ergebnissen gesucht, zu einem grossen Teil werden aber nur noch einmal die Ergebnisse genannt. Die Ergebnisse werden mit vorhandener empirischer Literatur in Verbindung gebracht, das Ziel wird erreicht und Implikationen für die Praxis sowie weiterer Forschungsbedarf werden aufgezeigt. Die Implikationen sind in der Praxis umsetzbar, Stärken und Limitationen werden durch die Forschenden selbst benannt
Einschätzung der Güte	<p>Gütekriterien nach Steinke (2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert. + Das Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt. + Die Codierungen werden von zwei Gruppenmitgliedern erstellt, um die kommunikative Validierung zu beachten. + Eine Indikation für die Forschung ist gegeben. + Die Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand. + Stärken und Limitationen werden beschrieben und diskutiert. + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Die Forschenden reflektieren den Anteil ihres Einflusses auf die Forschung nicht.- Es gibt wenig Zitate zur Belegung der Kategorien.- Die Stichprobe ist nicht repräsentativ. <p>Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009): unterstes Signifikanzlevel</p> |
|--|--|

Zusammenfassung der Studie

„Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women’s accounts of their birth choices“ von Black et al. (2016)

Tabelle 24: AICA Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Identifizierung und Kontextualisierung von Gründen für VBAC oder ERCS aus der bestehenden Forschung.</p> <p>Forschungsfrage: Was beeinflusst die bevorzugte Geburtsart von Frauen nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt?</p> <p>Forschungsbedarf: Politische Bedenken hinsichtlich der hohen finanziellen Kosten, der höheren mütterlichen Morbidität und Mortalität der ERCS und stark gesunkene VBAC-Raten.</p>
Methode	<p>Design: Qualitative Metasynthese</p> <p>Stichprobe: Population: Frauen, schwanger und nicht schwanger, die die Entscheidung über VBAC oder ERCS treffen müssen in China, USA, Vereinigtes Königreich und Australien, als Stichprobe wurden 20 Studien mit 15 Primärdatensätzen von 2002 bis 2010 ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 Arbeiten über Frauen, die einen VBAC planen • 4 Arbeiten über Frauen, die einen ERCS planen • Neun Arbeiten über Frauen die VBAC oder ERCS planen • Eine Arbeit über Frauen, die eine ERCS planen aber unter anderen Umständen eine VBAC gewünscht hätten <p>Einschlusskriterien: Mindestens eine vorausgegangene Sectio, qualitative Primärforschung, die Einflüsse auf die bevorzugte Geburtsart aus Sicht der Frauen soll in den Ergebnissen dargestellt sein, Primärdaten welche für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant erscheinen</p> <p>Ausschlusskriterien: Veröffentlichung vor 1996</p> <p>Die Stichprobe wurde aus einer systematischen Literatursuche in Medline, EMBASE, ASSIA, CINAHL und PsycINFO zwischen April 2013 und September 2015 zusammengestellt. Die Titel, Abstracts und vollständige Beiträge wurden auf ihre Eignung geprüft und mittels CASP bewertet, auch Studien mit mittlerer Qualität wurden eingebunden, wenn der Inhalt passend war.</p> <p>Datenanalyse: Mithilfe der Meta-Ethnographie-Methode von Noblit und Hare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselmerkmale der eingeschlossenen Studien wurden herausgefiltert und zusammengefasst. • Chronologisches Lesen der Studien und Extraktion von relevanten Punkten. • Herausfiltern von Zitaten von Frauen, aus dem Abschnitt Ergebnisse der einzelnen Studien. • Herausfiltern von Zitaten der Autoren der Studien aus den Teilen Ergebnisse und Diskussion. • Tabellierung der Zitate, um Schlüsselthemen zu identifizieren. • Die Suche wurde von einem Autor durchgeführt, mit Unterstützung durch einen Informationsspezialisten.

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Screening, die Identifizierung und Kodierung der Studien wurde von zwei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt, mit regelmässigen Treffen. • Die Zitate der Frauen und Autoren aus der Primärliteratur wurden von den Autoren interpretiert und Schlüsselthemen identifiziert. • Beteiligung von zwei weiteren Autoren zur weiteren Entwicklung der Themen und Überprüfung der Stichproben. • Vergleichen und Interpretieren der Themen zwischen den einzelnen Studien. • Die Interpretation der Zitate der Frauen und Autoren aus den Primärstudien wurde bestätigt und eine Synthese der Argumentationslinie entwickelt. • Nach aktualisierter Suche im September 2015: Testung der Konsistenz der Argumentation mittels relevanter Ergebnisse der drei neu gefundenen Studien (Vergleich der Themen der neuen Arbeiten mit den bereits erarbeiteten der Argumentationslinie). • Qualität der Analyse wurde begründet in dem alle Forscher einzeln die Themen erarbeitet haben und danach gemeinsam besprochen haben, und alle Forscher an der Argumentationslinie beteiligt sind, jedoch einzeln die Themen, zudem Anerkennung, dass der klinische Hintergrund von zwei Autoren einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte. <p>Ethik: Keine ethischen Fragen diskutiert, keine Genehmigung eingeholt.</p>
Ergebnisse	Ergebnisse werden in Tabellen und mithilfe Zitate präsentiert
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> • Einflüsse sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten bedeutend, teils bereits vor und um die erste Sectio
Gründe für VBAC	<p>Langjährige Erwartung einer vaginalen Geburt (*Fett geschrieben = Schlüsselthemen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch einer vaginalen Geburt <p>Reaktionen auf frühere Geburtserfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unangenehme Erinnerungen und Vermeidung erneuter negativer Emotionen • VBAC wird als bereichernde Erfahrung angesehen <p>Ermutigung oder Abraten von einflussreichen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichte von anderen Frauen mit positiven VBAC Erfahrungen • Unterstützung durch Fachkräfte zugunsten der VBAC <p>Angst oder Beruhigung durch risikobezogene Informationen bezogen auf VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrscheinlichkeit des Erfolgs einer VBAC <p>Wahrgenommener Nettonutzen oder Schaden der Geburtsoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physische und psychische Auswirkungen auf Mutter und Kind <p>Ausmass und Art der Beteiligung an der Entscheidungsfindung</p> <p>Bewusstsein über das Recht, die Entscheidung über den Geburtsmodus selbst zu treffen</p>
Gründe für ERCS	<p>Reaktionen auf frühere Geburtserfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überzeugung nicht vaginal gebären zu können aufgrund vorheriger sekundärer Sectio

	<ul style="list-style-type: none"> • Vertraute und positive Geburtserfahrung <p>Ermutung oder Abraten von einflussreichen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starker Einfluss von Familie, Freunden und medizinischem Fachpersonal in Richtung ERCS <p>Angst oder Beruhigung durch risikobezogene Informationen bezogen auf VBAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsbedenken bezüglich der Risiken, v.a. bezüglich einer Uterusruptur, trotz des Wissens über vermehrte kindliche Anpassungsschwierigkeiten bei ERCS <p>Wahrgenommener Nettonutzen oder Schaden der Geburtsoptionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung von VBAC als risikobehafteter <p>Ausmass und Art der Beteiligung an der Entscheidungsfindung Gefühl nur bedingt eine Wahl über den Geburtsmodus zu haben</p>
Unentschieden bezüglich des Geburtsmodus	<ul style="list-style-type: none"> • Geringerer Einfluss der vorangehenden Geburtserfahrung und geringere Erwartungen an die Geburt als bei VBAC und ERCS • Grosser Einfluss anderer Personen, insbesondere der Geburtshelfer, auf die Entscheidung • Suchen nach Fachinformationen und Meinung der Fachleute und gezielte Auseinandersetzung damit • Abwägung der Risiken • Fachinformationen als bedeutendere Grundlage zur Entscheidung, im Gegensatz zu VBAC und ERCS
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung zum aktuellen Fokus der gemeinsamen Entscheidungsfindung. • Die Bedenken der Frauen bezüglich des Risikos (abgesehen vom Risiko der Ruptur) sind nicht so bedeutend für die Entscheidungsfindung, als bisher angenommen. Im Prozess der Entscheidungsfindung bietet das medizinische Personal jedoch vorrangig Informationen zu den Risiken an, anstatt andere, von den Frauen für wichtig befundene, Themen anzusprechen. • Aufgrund der vielen verschiedenen Einflüsse auf die Entscheidungsfindung ist es unwahrscheinlich, dass Frauen ihre Priorität ändern, wenn sie alle mittels einer standardisierten Entscheidungshilfe beraten werden. <p>Limitationen: Kein Einbezug der Perspektive der Familie und des Gesundheitsdienstleisters.</p> <p>Stärken: Meta-Ethnographie-Methode, den Prozess der Übersetzung und Interpretation durch mehrere Autoren, den Fokus auf die Perspektive der Frauen.</p> <p>Implikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbezug der Werte, Präferenzen und der Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen VBAC der Frauen in die Entscheidungsfindung • Einbezug von positiven Erfahrungen zur Förderung von informierter und gemeinsamer Entscheidungsfindung, zur Reduzierung der mütterlichen und fetalen Morbidität und zur Senkung der Kosten im Gesundheitssystem

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Frühzeitige Gespräche zwischen medizinischem Personal und Frauen, die VBAC wählen wollen, aber eine schlechte Prognose haben oder Frauen, mit einer guten VBAC-Prognose, die ERCS wählen wollen oder Frauen, die sich unsicher sind.• Gespräche über VBAC bereits nach der ersten Sectio.• Es wird nahegelegt zusätzlich zur geltenden Vorgehensweise Informationen über die sozialen und psychologischen Belange der Frau zu berücksichtigen, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen und Bedenken hinsichtlich VBAC abzubauen. |
|--|--|

Würdigung der Studie

„Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women’s accounts of their birth choices“ von Black et al. (2016)

Tabelle 25: CASP Black et al. (2016) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

<p>Abschnitt A Sind die Ergebnisse der Überprüfung gültig?</p>	<p>Wurde in der Überprüfung eine klar fokussierte Frage behandelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Die Frage ist fokussiert in Bezug auf die untersuchte Bevölkerung (schwangerer Frauen nach Sectio) und das betrachtete Ergebnis (Die Metasynthese wollte wissen welche Gründe Frauen beeinflussen in der Entscheidungsfindung) <p>Haben die Autoren nach der richtigen Art von Papieren gesucht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Sie haben nach qualitativen Studien gesucht, die die Entscheidungsfindung der Frau zum Thema haben. <p>Glauben Sie, dass alle wichtigen, relevanten Studien eingeschlossen wurden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Es wurde in vielen verschiedenen Datenbanken gesucht, über eine grosse Zeitspanne und auch nach nicht englischsprachigen Titeln. <p>Haben die Autoren des Reviews genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie haben die Qualität bewertet, jedoch Studien mit minderer Qualität nicht ausgeschlossen <p>Wenn die Ergebnisse der Überprüfung kombiniert wurden, war dies sinnvoll?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Die Ergebnisse sind von Studie zu Studie ähnlich • Die Ergebnisse der einzelnen Studien wurden nicht dargestellt, es wurde nur eine Gesamtübersicht gegeben • Abweichende Ergebnisse wurden betrachtet und diskutiert
<p>Abschnitt B Was sind die Ergebnisse?</p>	<p>Was sind die Gesamtergebnisse der Überprüfung?</p> <p>Schlüsselthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langjährige Erwartung einer vaginalen Geburt • Reaktionen auf frühere Geburtserfahrungen • Ermutigung oder Abraten von einflussreichen Personen für einen der beiden Geburtsmodi • Angst oder Beruhigung durch risikobezogene Informationen bezogen auf VBAC • Wahrgenommener Nettonutzen oder Schaden der Geburtsoptionen • Ausmass und Art der Beteiligung an der Entscheidungsfindung <p>Wie genau sind die Ergebnisse?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siehe Zusammenfassung

<p>Abschnitt C Werden die Ergebnisse vor Ort helfen?</p>	<p>Sind die Ergebnisse auf die lokale Bevölkerung übertragbar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch die Anwendung der Meta-Ethnographie-Methode und dem Einbezug von Studien aus China, Australien, USA und vereinigtem Königreich lassen sich die Ergebnisse verallgemeinern, da viele verschiedene Kontinente, Gesundheitssysteme und kulturelle Ansichten vertreten sind. <p>Wurden alle wichtigen Ergebnisse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle dargestellten Ergebnisse sind berücksichtigt, da die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht dargestellt werden kann dieser Punkt nicht genau beurteilt werden.
<p>Einschätzung der Güte</p>	<p>Gütekriterien nach Steinke (2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert. + Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt. + Die Schlüsselthemen und die Argumentationslinie werden getrennt voneinander von vier Gruppenmitgliedern erstellt, um die kommunikative Validierung zu beachten. + Die Indikation für die Forschung ist gegeben. + Die Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand. + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug. + Die Meta-Ethnographie-Methode ermöglicht eine Übersicht über mehrere Studien und stärkt die Evidenzgrundlage des Themas. + Die Forschenden reflektieren ihren eigenen Einfluss auf die Studie +/- Stärken und Limitationen werden teilweise beschrieben. - Einige der verwendeten Studien haben den gleichen Datensatz. - Die Qualität einer Studie stellt kein Ausschlusskriterium dar. - Die Älteste einbezogene Studie ist bereits aus dem Jahr 2002. <p>Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009): drittunterste Signifikanzlevel</p>

Zusammenfassung der Studie

“Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors” von Davis et al. (2020)

Tabelle 26: AICA Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Untersuchung der zur VBAC motivierenden Faktoren</p> <p>Forschungsbedarf: Weltweit steigende Sectioraten, Grundsatz „einmal Sectio – immer Sectio“ entspricht nicht den Evidenzen, Forschungslücke wird aufgezeigt</p>
Methode	<p>Design: Qualitative, deskriptive Studie, Teilstudie einer RCT aus dem Jahr 2013</p> <p>Stichprobe: 18 Frauen mit St. n. Sectio aus Australien</p> <p>Einschlusskriterien für die Hauptstudie: St. n. Sectio im unteren Segment, eine vorausgegangene Sectio, risikoarme Schwangerschaft, keine Kontraindikationen für eine vaginale Geburt, Sprechen und Lesen der englischen Sprache, keine Privatversicherung, keine definitive Entscheidung zum ERCB zum Zeitpunkt der Anmeldung, Geburt am Studienort.</p> <p>Die 18 Frauen wurden gezielt aus der Hauptstudie ausgewählt (9 Frauen je aus der Interventions- und Kontrollgruppe), es wird nicht begründet warum diese 18 Frauen ausgewählt wurden, werden als 1 Studiengruppe angesehen.</p> <p>Datenerhebung: keine Datenerhebung</p> <p>Datenanalyse: Mit dem Ablauf von Braun und Clarke (2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung in die Daten • Systematische Kodierung der Daten • Gruppierung der Codes zu potenziellen Themen • Bewertung der Themen in Bezug auf die kodierten Daten und den gesamten Datensatz • Definierung und Benennung der Themen • Erstellung des Endberichts mit ausgewählten Auszügen. • Alle Autoren führten Schritt eins und DD, Schritte zwei und drei durch. Potenzielle Themen wurden mit zwei weiteren Autoren besprochen, was die Schritte vier bis fünf beeinflusste. • Alle Autoren stimmten der Festlegung und Benennung der Themen und der Erstellung des Berichts zu. <p>Forschenden nehmen keine Stellung zur Qualität der Analyse</p> <p>Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert, eine ethische Genehmigung wurde eingeholt.</p>
Ergebnisse	<p>Vier Oberthemen wurden definiert, Ergebnisse werden durch Zitate präsentiert.</p>
Gründe für VBAC	<p>Engagiert, eine natürliche Geburt anzustreben (*Fett geschrieben = Oberthemen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen in die Fähigkeit vaginal gebären zu können <p>Erkennen der Bedeutung der Genesung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung mit der Genesung der letzten Sectio und die Fähigkeit schnell wieder im Alltag funktionieren zu können

	<p>Bedarf an unterstützenden Anbietern für die Mutterschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch die Geburtshelfer in Richtung VBAC • Betreuung durch die Hebamme • Kein ausschliesslicher Fokus auf die Risiken
Sonstige Ergebnisse	<p>Risiko und Chancen kontextualisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach einer persönlichen, individuellen und situationsbezogenen Risikoaufklärung und -bewertung
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf den Entscheidungsprozess der Frauen haben verschiedene Aspekte einen Einfluss. Teilweise wird die Relevanz dieser Faktoren von den Teilnehmerinnen anders bewertet als vom medizinischen Personal. So wünschen sich die Frauen eine umfassendere Aufklärung als nur die Benennung der Risiken. Dies finden sie häufig im Kontext der hebammengeleiteten Geburtshilfe. • Eine Nachbesprechung im Anschluss an die Sectio könnte bereits einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben. • Frauen sind motiviert eine VBAC anzustreben, wenn sie die Umstände der vorherigen Sectio verstehen und wissen, dass sich diese nicht wieder eintreten müssen • Mittelfristigen Aspekte (wie Betreuung der anderen Kinder) wird von Seiten des Fachpersonals nicht genügend Bedeutung beigemessen, daher ist gemeinsame Entscheidungsfindung unabdingbar. • Hebammen konzentrieren sich vermehrt auf die Gesundheit und nicht auf die Pathologie haben daher eine positivere Haltung gegenüber der vaginalen Geburt als die Ärzte. <p>Limitationen: Werden nicht benannt. Stärken: Werden nicht benannt. Implikationen: Hebammen sollen eine proaktive Rolle einnehmen, um die Frau zu motivieren eine VBAC anzustreben, wenn dies eine sichere Option für die Frau ist. Zukünftige Forschung zum Thema wie Hebammen und Gynäkologen und Gynäkologinnen zusammenarbeiten können, um die VBAC zu fördern.</p>

Würdigung der Studie

“Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors” von Davis et al. (2020)

Tabelle 27: AICA Davis et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	Das Thema ist relevant für die Hebammenarbeit und wird mit aktueller Literatur eingeführt, die Signifikanz des Themas wird diskutiert, das Ziel ist konkret dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar, die Verwendung des qualitativen Designs wird begründet.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist passend für das Design, durch die Rekrutierung in nur einem Krankenhaus ist die Stichprobe nur teilweise repräsentativ, die Stichprobengrösse wird mit der Datensättigung begründet, das Setting und die Teilnehmenden sind ausführlich beschrieben, fast alle Frauen (ausser drei die eine ERCS wählen) erleben das zu erforschende Phänomen.</p> <p>Datenerhebung: Keine Datenerhebung</p> <p>Datenanalyse: Ist ausführlich und nachvollziehbar beschrieben, dadurch ist die Analyse glaubwürdig, analytische Entscheidungen sind nicht überprüfbar.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Fragen</p>
Ergebnisse	Durch die Zitate belegen die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten, die thematischen Überpunkte passen zu den Zitaten, sind inhaltlich unterscheidbar, sind im Kontext verankert.
Diskussion	Die gesuchten Erklärungen leisten einen Beitrag zum besseren Verstehen der Ergebnisse vor allem in Bezug auf die Rolle der Hebamme, die Ergebnisse werden mit Literatur in Verbindung gebracht, die Bedeutung der Ergebnisse für die Hebamme wurde diskutiert, Implikationen werden aus den Ergebnissen abgeleitet und sind in der Praxis anwendbar
Einschätzung der Güte	<p>Gütekriterien nach Steinke (2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Der Forschungsprozess wird nachvollziehbar dokumentiert. + Die Fragestellung wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt. + Die Ergebnisse werden in Gruppen diskutiert. + Die Indikation für die Forschung ist gegeben. + Die Erhebungs- und Auswertungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand. + Die entwickelte Theorie ist in sich beständig. + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug. - Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Population. - Stärken und Limitationen werden nicht beschrieben. <p>Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009): unterstes Signifikanzlevel</p>

Zusammenfassung der Studie

“Women’s decision-making about mode of birth after a previous caesarean section” von Fumagalli et al. (2020)

Tabelle 28: AICA Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Identifizierung von Variablen, die mit der Entscheidungsfindung von Frauen, ob sie einen VBAC versuchen wollen, zusammenhängen.</p> <p>Forschungsbedarf: Begrenzte Evidenz zu diesem Thema (tiefe VBAC-Rate und hohe Re-Sectionrate trotz der Evidenz für einen hohen VBAC Erfolg), Notwendigkeit die Beweggründe in der Entscheidungsfindung der Frauen zu verstehen.</p>
Methode	<p>Design: quantitative, prospektive Querschnittstudie, keine Begründung</p> <p>Stichprobe: 76 Frauen, eingeteilt in zwei Gruppen basierend auf der Wahl des Geburtsmodus. Die Frauen wurden von den Gynäkologen angesprochen, ein Informationsblatt wurde abgegeben, dann haben sich die Frauen bei den Forschenden melden können. Sie wurden nochmal aufgeklärt und das Einverständnis wurde eingeholt. Den Fragebogen haben die Frauen direkt in der 34. SSW vor der Untersuchung bekommen und ausgefüllt. Erst in der Untersuchung in der 34. SSW haben sie evidenzbasierte Informationen über die Geburt nach Sectio erhalten.</p> <p>Einschlusskriterien: Höchstens zwei vorausgegangenen Sectiones, Teilnahme am Informationsgespräch in der 34. SSW in der Klinik.</p> <p>Ausschlusskriterien: Mehr als zwei vorangegangene Kaiserschnitte, vorangegangener Längsschnitt-Kaiserschnitt, andere geburtshilfliche oder medizinische Gründe, die eine vaginale Geburt ausschliessen würden, Frauen die nicht ausreichend Italienisch lesen und sprechen können, um die Informationsbroschüre zu verstehen und den Fragebogen zu lesen und auszufüllen, nicht unterschriebene Einverständniserklärung.</p> <p>Die Auswahl der Teilnehmerinnen wird beschrieben und begründet.</p> <p>Datenerhebung: Einmalige schriftliche Befragung mittels Fragebogen vor der Untersuchung in der 34. SSW.</p> <p>Datenanalyse: Deskriptive Analysen zu Vergleich zwischen den Gruppen, Studentsche t-Tests und Chi-quadrat Tests, Mindestabstand zwischen dem Populationsdurchschnitt (für kontinuierliche Variablen) oder dem Populationsprozentsatz (für kategoriale Variablen), so dass die Power des Hypothesentests gleich 80 % ist. Im Fall von dichotomen Variablen wurde der beobachtete Prozentsatz in der VBAC-Gruppe als Referenzzahl für die Berechnung des Mindestabstands betrachtet. Signifikanzlevel: 5 %.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Fragen diskutiert, Genehmigung wurde eingeholt.</p>
Ergebnisse	Sind in Text- und Tabellenform präsentiert
Für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Der Grossteil der Frauen, welche einen Kontrollverlust unter der letzten Geburt erlitten haben, wählen eine VBAC • ERCS als risikoreich für Baby • ERCS als risikoreich für die Mutter (*Fett geschrieben = signifikante Ergebnisse) • Einflussfaktoren für die Wahl <ul style="list-style-type: none"> ○ Frauen mit gleicher Erfahrung ○ online gefundene Informationen

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wichtigkeit des frühen Bondings und füttern ○ Erleben einer vaginalen Geburt ○ Gefühl des körperlichen Versagens
Für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> ● Hohe Zufriedenheit bei der vorausgegangenen Sectio ● VBAC als risikoreich für Baby
Sonstige Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ● Es gab keinen Zusammenhang zwischen der Art des vorangegangenen Kaiserschnitts und der aktuellen Wahl der Mutter bezüglich des Geburtsmodus ● Die meisten Teilnehmerinnen (82,6 %) sagen, dass eine ERCS von ihrem Geburtshelfer empfohlen wurde.
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse: Die Ergebnisse werden noch einmal genannt, folgende Erklärungen werden angestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Die klinischen Aspekte der vorausgegangenen Sectio werden nicht in die Entscheidung einbezogen, jedoch die Gefühle der Frau bezüglich dieser Erfahrung. ● Der Wunsch nach einer VBAC könnte daran liegen sich von dieser Erfahrung zu heilen. ● Je höher der Kontrollverlust wahrgenommen wurde, desto niedriger ist die Geburtszufriedenheit. ● Eine VBAC wird möglicherweise gewählt, da es nicht möglich ist nach einem ERCS mit dem Kind zu bonden. ● Das Risiko für die Mutter wurde bei beiden Geburtsoptionen höher eingeschätzt als das des Babys. Dies könnte mit Gedanken bezüglich der schon vorhandenen Kinder zu tun haben. ● Das Fachpersonal berät risikoorientiert und empfiehlt die ERCS, was zu einem Mangel an Vertrauen, zu Unsicherheit und zu Entscheidungskonflikten bei der Frau führen kann. Möglicherweise wurde daher dieses Krankenhaus als Geburtsort gewählt, da dort VBAC befürwortet wird. <p>Limitationen: Kleine Stichprobe, der Fragebogen besteht aus geschlossenen Fragen, daher sind Antworten möglich, die nicht die erste Wahl darstellen würden.</p> <p>Stärken: Werden nicht benannt.</p> <p>Implikationen: Teilweise nicht passend zum erforschten Inhalt, eine VBAC sollte empfohlen werden, Bonding nach einer Sectio sollte möglich sein.</p>

Würdigung der Studie

“Women’s decision-making about mode of birth after a previous caesarean section” von Fumagalli et al. (2020)

Tabelle 29: AICA Fumagalli et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	Beantwortet eine relevante Frage der Hebammenarbeit, das Ziel ist klar beschrieben, das Thema wird mit aktueller Literatur eingeführt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, Stichprobe ist teilweise repräsentativ, da sie nur in einer Region und einem Krankenhaus, das auf VBAC spezialisiert ist, rekrutiert wurde. Die Stichprobengrösse wird begründet mit den Ein- und Ausschlusskriterien. Vergleichsgruppen wurden nach der Geburtswahl (VBAC/ERCS) erstellt, die Gruppe der VBAC ist nahezu doppelt so gross. Dropouts werden angegeben und begründet.</p> <p>Datenerhebung: Die Methoden der Datenerhebung sind nachvollziehbar und bei allen Teilnehmerinnen gleich. Die Vollständigkeit wird nicht angegeben.</p> <p>Messverfahren: Sind reliabel und valide, die Auswahl der Messverfahren werden nicht begründet.</p> <p>Datenanalyse: Ist klar und nachvollziehbar beschrieben, die Verfahren entsprechen den Datenniveaus und erlauben eine Beurteilung, das Signifikanzniveau entspricht dem Standard.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Konflikte vorhanden.</p>
Ergebnisse	Sind teilweise präzise (es gibt viele Tendenzen aber nur wenig signifikante Resultate), die Tabellen ergänzen den Text und sind vollständig.
Diskussion	Es werden alle Resultate diskutiert und teilweise wird nach alternativen Erklärungen gesucht, zum Grossteil werden die Ergebnisse nochmal genannt, Limitationen werden dargestellt, die Ergebnisse könnten teilweise in der Praxis umgesetzt werden (Ermöglichen des Bondigs) die meisten jedoch nur indirekt. Die Studie wäre in einem anderen Setting wiederholbar.
Einschätzung der Güte	Validität, Reliabilität und Objektivität sind gegeben. Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie

“Owning the birth experience: what factors influence women’s vaginal birth after caesarean decision” von Konheim-Kalkstein et al. (2017)

Tabelle 30: AICA Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Welche Faktoren beeinflussen schwangere Frauen sich für eine vaginale Geburt nach einem Kaiserschnitt (VBAC) zu entscheiden.</p> <p>Forschungsfrage: Welche Variablen können bei Frauen, die sich für einen TOLAC qualifizieren, die Entscheidung beeinflussen, ob sie einen VBAC versuchen wollen oder nicht?</p> <p>Forschungsbedarf: Wenig bereits durchgeführte Forschung, steigende 1° Re-Sectio-Raten in allen Industrieländern -> Senkung der 1° Sectio-Rate, steigende finanzielle Kosten und gesundheitliche Belastung, in den letzten Jahren hat die nationale US-Regierung der Reduzierung von Kaiserschnitten Priorität eingeräumt.</p>
Methode	<p>Design: Prospektive Datenerhebung, quantitative Querschnittsstudie</p> <p>Stichprobe: 333 Frauen haben geantwortet, 173 entsprachen den Kriterien.</p> <p>Einschlusskriterien: Gegenwärtig schwanger, in den USA lebend, 18 Jahre alt, Einlingsschwangerschaft, nur eine vorherige Geburt, die vorherige Geburt war ein Kaiserschnitt, Kaiserschnitt war quer horizontal.</p> <p>Ausschlusskriterien: Mehr als 35 Wochen schwanger sein, eine aktuelle Diagnose von Schwangerschaftsdiabetes haben, eine Erkrankung haben, die ihre Fähigkeit zur vaginalen Entbindung beeinträchtigen kann.</p> <p>Datenerhebung: Einmalig mittels Online-Umfrage über Kliniken, Online-Gruppen, Webseiten und Mundpropaganda.</p> <p>Datenanalyse: Hierarchische, binäre, logistische Regressionsanalyse, das Signifikanzniveau liegt bei 5 %.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Fragen diskutiert, Genehmigung wurde eingeholt.</p>
Ergebnisse	Ergebnisse werden in Tabellen dargestellt.
Für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch eine natürliche Geburt zu erleben (*Fett geschrieben = signifikante Ergebnisse) • Online-Daten als Informationsquellen • Natürliches Ereignis • Kosmetisches Aussehen • Die Kontrolle über den eigenen Körper haben • Besseres medizinisches Outcome • Hat die Frau den Wunsch Vaginal zu gebären und das Gefühl einer hohen Selbstwirksamkeit wählt sie VBAC viel eher, als bei einem niedrigen Selbstwirksamkeitsgefühl
Für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung im Gesundheitswesen • Gesundheitsdienstleister als Informationsquelle • Der Grund für die vorausgegangene Sectio war ein makrosomes Kind oder ein anderer medizinischer Grund

	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung des Vaginalbereichs • Wunsch nach kontrollierter Atmosphäre
Weitere Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Weder Notfall- noch Positionierungsgründe für ihren früheren Kaiserschnitt hatten einen signifikanten Einfluss auf ihre Entscheidung. • Die Bedeutung der Sicherheit des Babys konnten zugunsten von VBAC oder ERCS interpretiert werden.
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse: Alle signifikanten Ergebnisse sind diskutiert, ausser die Arbeit im Gesundheitssystem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Wirkung zu haben, ist eine grundlegende menschliche Motivation. Wenn medizinisches Fachpersonal dieses Gefühl fördert, ist es wahrscheinlicher, dass die Frau Eigenverantwortung für den Geburtsprozess empfindet und sich für VBAC entscheidet, insbesondere wenn ihr Wunsch nach einer vaginalen Geburtserfahrung hoch ist. • Einer Vaginalgeburt wird mehr Bedeutung beigemessen und sie wird als normal angesehen. Für einige Frauen ist ein natürlicher Geburtsprozess emotional und spirituell tief in ihrem Glauben als ein bedeutendes Lebensereignis verwurzelt, das sie erreichen wollen. • Das Vertrauen in den Arzt und die medizinische Meinung führt dazu eher keine VBAC zu wählen. Dies könnte daran liegen, dass die Ärzte mit der VBAC als praktikable Option weniger zufrieden sind, trotz der Vorteile für Mutter und Kind. • Emotionen sind starke Einflussfaktoren aber auch vergänglich, daher könnte der Zeitpunkt der Befragung einen Einfluss darauf haben, als wie wichtig die letzte Geburt empfunden wird. <p>Limitationen: Rekrutierung weitgehend online und zum Grossteil über VBAC.com, unverhältnismässig viele Frauen in die Stichprobe die einen VBAC versuchen</p> <p>Stärken: Werden nicht benannt.</p> <p>Implikationen: Das Fachpersonal sollte die Frau im Wunsch der VBAC unterstützen und sie in den Entscheidungsprozess mit einbeziehen.</p>

Würdigung der Studie

“Owning the birth experience: what factors influence women’s vaginal birth after caesarean decision” von Konheim-Kalkstein et al. (2017)

Tabelle 31: AICA Konheim-Kalkstein et al. (2017) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	Beantwortet eine relevante Frage der Hebammenarbeit, das Ziel und die Forschungsfrage sind beschrieben, das Thema wird mit aktueller Literatur eingeführt, die Forschungslücke wird dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, Stichprobe ist teilweise repräsentativ, da die Verteilung der Präferenzen innerhalb der Stichprobe nicht der Population entspricht. Die Grösse wird nicht begründet.</p> <p>Datenerhebung: Die Methoden der Datenerhebung sind nachvollziehbar und bei allen Teilnehmerinnen gleich, zehn Datensätze sind unvollständig.</p> <p>Messverfahren: Sind reliabel und valide, die Auswahl der Messverfahren werden nicht begründet.</p> <p>Datenanalyse: Ist klar und nachvollziehbar beschrieben, die Verfahren entsprechen den Datenniveaus und erlauben eine Beurteilung, das Signifikanzniveau entspricht dem Standard.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Konflikte vorhanden.</p>
Ergebnisse	Sind präzise, die Tabellen ergänzen den Text und sind vollständig.
Diskussion	Es werden alle Resultate diskutiert, ausser der Anstellung im Gesundheitssystem, teilweise wird nach alternativen Erklärungen gesucht, Limitationen werden dargestellt, die Ergebnisse können in die Praxis umgesetzt werden. Die Studie wäre in einem anderen Setting wiederholbar.
Einschätzung der Güte	Validität, Objektivität und Reliabilität sind gegeben. Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie

“Giving birth after caesarean: Identifying shared preferences among pregnant women using Q methodology” von Rietveld et al. (2020)

Tabelle 32: AICA Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	<p>Ziel: Besseres Verständnis der Präferenzen von Frauen über den zukünftigen Geburtsmodus mit St. n. Sectio.</p> <p>Forschungsfrage: Was finden Schwangere wichtig für die Geburt nach einem Kaiserschnitt?</p> <p>Forschungsbedarf: Steigende Rate der Re-Sectiones, medizinische Risiken für Mutter und Kind, steigende wirtschaftliche Belastung.</p>
Methode	<p>Design: Prospektive Datenerhebung, Querschnittsstudie, Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden, Q-Methode. Dieses Design wurde gewählt, um Informationen über die Variablen anstatt über die Teilnehmerinnen zu erhalten und um soziale Perspektiven offenzulegen.</p> <p>Stichprobe: 36 Teilnehmerinnen, strategische Stichprobenansatz: Auswahl von Teilnehmerinnen nach verschiedenen Merkmalen, um ausgewogene Teilnehmergruppe zu bilden, Wohnhaft in einer Region in den Niederlanden (nicht bekannt welche), Rekrutierung durch Hebammen und Ärzte.</p> <p>Einschlusskriterien: Schwanger sein nach einer vorausgegangenen Sectio, Fähigkeit niederländisch oder englisch zu verstehen und lesen, noch keine Beratung über die Geburt.</p> <p>Ausschlusskriterien: Medizinische Indikation für Sectio, bereits erfolgte TOLAC in früherer Schwangerschaft.</p> <p>Datenerhebung: einmalig mittels Interview und Fragebogen, zwischen Mai 2017 und Januar 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das “health belief model” (abgeleitet von Glanz und Bishop und Janz und Becker) wurde als theoretischer Rahmen verwendet. Die darin enthaltenen Komponenten sind wahrgenommene Anfälligkeit/ Schweregrad/ Nutzen/ Barrieren, Hinweise zum Handeln und Selbstwirksamkeit. • Nicht systematische Überprüfung von wissenschaftlichen Datenbanken -> Identifizierung von potentiell wichtigen Faktoren für die Frauen. • 4 Ärzte nennen oft gehörte Aussagen von Patientinnen über das Thema. • Eine psychologische Beraterin für Frauen mit geburtsbedingten psychischen Problemen fügt weitere Aussagen hinzu. • 47 Aussagen wurden entwickelt und durch gemeinsame Diskussion zu 31 Aussagen zusammengefasst. • Diese 31 Aussagen wurden von den Probandinnen der Wichtigkeit nach in das Q-Sortieraster eingefügt. • Die Probandinnen füllten einen Fragebogen zu den demographischen Daten aus. • Anschliessend führten die Forschenden ein Interview über die Motivation der Rangfolge der Aussagen. <p>Datenanalyse: 25 Faktorenanalyse nach der PQ-Methode, Die Faktoren wurden als Präferenzen für die bevorstehende Geburt interpretiert, Fokussierung auf charakteristische Aussagen mit hohem oder niedrigem Score und auf signifikante Aussagen, das Signifikanzniveau liegt bei 5 %.</p>

	Ethik: Keine ethischen Fragen diskutiert, Genehmigung wurde abgeklärt und ist laut dem Universitätsklinikum VU nicht notwendig.
Ergebnisse	Durch Tabellen und Zitate unterstützt
Für VBAC	<ul style="list-style-type: none"> • Sectio vermeiden (*Fett geschrieben = signifikante Ergebnisse) <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrung einer vaginalen Geburt erleben ○ Rasche Genesung • Unmittelbar nach der Geburt Kontakt mit dem Baby • Möglichkeit dass VBAC erfolgreich ist • Meinung meines Partners hat einen Einfluss • Den Versuch zu starten vaginal zu entbinden • Vertrauen in den eigenen Körper
Für ERCS	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung einer Notsectio • Wehenschmerz vermeiden/ bereits bestehende Vorstellung nicht mit Schmerz umgehen zu können • Zeitpunkt der Geburt planen können • Geringste Unsicherheit • Kontrolle während der Geburt • Möglichkeit nach der Geburt im Krankenhaus bleiben zu können • Positive Erfahrung mit Sectio • Sicherheit der Mutter • Vermeidung von vaginaler Geburt • Rat des Arztes
Sonstige Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • ERCS Frauen messen der Meinung ihres Partners die geringste Bedeutung bei • Frauen mit dem Wunsch nach geringstem Risiko: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bedarf an ärztlicher Beratung über beide Geburtsarten ○ Vertrauen dem ärztlichen Rat bezüglich Komplikationen und Geburtsmodus ○ Einbezug des Partners in die Entscheidungsfindung ○ Wunsch nach weiterer Schwangerschaft hat einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung • Auf alle zutreffend <ul style="list-style-type: none"> ○ Wissen über VBAC wird als eher unwichtig bewertet ○ Wissen und Aufklärung über Risiken wird als wichtig bewertet (Uterusruptur) ○ Vermeiden von Geburtsverletzungen an Damm und Beckenboden ○ Sicherheit von Baby und Mutter

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Meinungen von Freunden und Familien spielen keine Rolle
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung der Ergebnisse: Alle signifikanten Ergebnisse sind diskutiert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Präferenz Minimierung des Risikos ist durch eine grosse Unsicherheit gekennzeichnet, die darin besteht, dass keine der wählbaren Optionen ohne Risiko ist. Diese Frauen könnten Schwierigkeiten haben Informationen von Fachkräften auf ihre Situation zu übertragen und somit die Risiken über- bzw. unterschätzen. • Frauen mit der Präferenz ERCS oder VBAC haben meist eine bevorzugte Geburtsart vor der Beratung. • Die Teilnehmerinnen sind der Ansicht, dass eine Geburt nicht kontrollierbar ist, dies steht im Gegensatz zu anderen Ergebnissen. • Im Gegensatz zu australischen und englischen Studien ist die frühere Geburtenerfahrung nicht unbedingt ausschlaggebend, für eine der beiden Geburtsoptionen. • Es ist fraglich wie weit sich Menschen über externe Einflussfaktoren bewusst sind und diese nennen können. <p>Limitationen: Rekrutierung in einer Region in den Niederlanden, Präferenzen konnten aufgedeckt werden aber nicht deren Häufigkeit, durch das Einsortieren der Aspekte in ein Raster könnten Aspekte nicht erfasst worden sein, auch wenn sie wichtig sind oder genannt worden sein, auch wenn sie unwichtig sind.</p> <p>Stärken: Werden nicht benannt.</p> <p>Implikationen: Gesundheitsberufe sollten sich bewusst, sein dass verschiedene Präferenzen für die Geburt nach einer Sectio bestehen. Für die Forschung: Wann entstehen Vorstellungen und Wünsche über die Art der Geburt? Bleiben Präferenzen über die gesamte Schwangerschaft bestehen oder können sich diese ändern?</p>

Würdigung der Studie

“Giving birth after caesarean: Identifying shared preferences among pregnant women using Q methodology” von Rietveld et al. (2020)

Tabelle 33: AICA Rietveld et al. (2020) (erstellt durch Weingart und Wyssen, 2021)

Einleitung	Beantwortet eine relevante Frage der Hebammenarbeit, das Ziel und die Forschungsfrage sind beschrieben, das Thema wird mit aktueller Literatur eingeführt, die Forschungslücke wird dargestellt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, Stichprobe ist laut den Forschenden nur teilweise repräsentativ, die Grösse ist für die Q-Methodik angemessen, das Setting und die Teilnehmenden sind beschrieben, der genaue Ort der Forschung ist nicht angegeben.</p> <p>Datenerhebung: Die Methoden der Datenerhebung sind nachvollziehbar und bei allen Teilnehmerinnen gleich, die Vollständigkeit der Daten ist nicht bekannt.</p> <p>Datenanalyse: Ist klar beschrieben und begründet, das Signifikanzniveau entspricht dem Standard.</p> <p>Ethik: Keine ethischen Konflikte vorhanden.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind im Kontext verankert, Ergebnisse werden mit Zitaten bekräftigt und durch Tabellen veranschaulicht, die Kategorien sind logisch und voneinander unterscheidbar.
Diskussion	Alle signifikanten Resultate werden diskutiert und in Bezug zur Fragestellung gesetzt, teilweise werden Erklärungen gesucht, die Ergebnisse werden mit vorhandener empirischer Literatur in Verbindung gebracht, Stärken und Limitationen werden durch die Forschenden selbst benannt, Implikationen werden aufgezeigt, die Resultate sind im Rahmen eines Beratungsgespräches in der Praxis umsetzbar.
Einschätzung der Güte	<p>Gütekriterien nach Steinke (2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Datenerhebung und Messverfahren werden nachvollziehbar beschrieben. + Ziel der Studie wird mit evidenzbasierter Literatur eingeführt. + Die Indikation für die Forschung ist gegeben. + Die Forschungsmethoden sind passend zum Untersuchungsgegenstand + Die Wahl der Forschungsmethode wird schlüssig begründet und erläutert. + Die Ergebnisse werden im Team diskutiert. + Stärken und Limitationen werden beschrieben und diskutiert. + Die Forschung hat einen relevanten Praxisbezug. + Die Forschenden reflektieren den Anteil ihres Einflusses auf die Forschung. +/- Datenanalyse wird ausführlich beschrieben, jedoch teilweise erst nach längerer Einarbeitung nachvollziehbar - Die Stichprobe ist nur teilweise repräsentativ. <p>Es handelt sich um das unterste Signifikanzlevel nach der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009).</p>

Anhang B: Rechercheverlauf

Tabelle 34: Suchverlauf (erstellt durch Weingart & Wyssen, 2021)

Datum	Suchmaschine	Suchwörter	Anzahl Ergebnisse	Veränderung Suchwörter	Anzahl Ergebnisse 2	Überschrift passend	Abstract passend	Artikel passend
1.5.20	CINAHL	vbac or vaginal birth after caesarean or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section	1928					1
		vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac	1441	AND decision making OR judgement	4	2	2	2
		(vbac or vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac) and information	233	AND decision support	15	4	1	Nicht lesbar
4.5.20	CINAHL	(vbac or vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac) and information management	2			0	0	0
		(vbac or vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac) and information needs	18			10	7	7
		(vbac or vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac) and information needs or information use	23			11	8	Zusätzlich zur Spalte darüber: 1

Datum	Suchmaschine	Suchwörter	Anzahl Ergebnisse	Veränderung Suchwörter	Anzahl Ergebnisse 2	Überschrift passend	Abstract passend	Artikel passend
		or information seeking or information behavior						
		VBAC and woman decision	260	AND information	80	4	2	2
	MEDLINE	vbac or vaginal birth after caesarean or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section and information	217			3	1	1
19.9.20	CINAHL	cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND vaginal birth after cesarean section or vaginal delivery after cesarean section or vaginal birth after caesarean section or vaginal delivery after caesarean section or vbac and maternal attitudes	27			10	9	6
6.12.20	CINAHL	vbac or vaginal birth after caesarean or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section and decision making process	25	AND influence on	5	2	1	nicht verfügbar
	Pubmed	What influences a woman to choose vaginal birth after cesarean?		Suche nach „Similar articles“		5	0	0
	CINAHL	vbac or vaginal birth after caesarean or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section and Swizerland	3			2	2	2
		vbac or vaginal birth after caesarean or vaginal birth after cesarean or vaginal birth after c-section and Germany or german	16			2	2	2
	Pubmed	influence on wom*ns decicion making about VBAC	59			2	2	2
		Suche im Schneeballsystem	25			12	6	6