

# GEGEN DEN TREND

Wie es gelingen kann  
die Kaiserschnitttrate zu senken  
5 Interviews

Herausgeberin:

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)

Sigmaringer Str. 1

10713 Berlin

Tel.: 030 - 863 93 316

Fax: 030 - 863 93 473

E-Mail: buero@akf-info.de

Internet: www.akf-info.de

Facebook: www.facebook.com/AKFeV

Eingetragen: Amtsgericht Berlin Charlottenburg/Registernummer: VR 27868B

Verantwortlich:

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (1. Vorsitzende des AKF)

Texte und Interviews: Petra Otto

Lektorat: Daniela Böhmler

Layout: koordinierbar - raum für Projekte

Druck: LASERLINE Druckzentrum Berlin KG

Bildnachweise:

Titel: © Xie Fei, 123rf.com

Seite 10: © Krankenhaus Porz am Rhein, Marc Raschke

Seite 11, Foto Dr. med. Patricia Van de Vondel: © Krankenhaus Porz am Rhein

Seite 14: © Rafael Ben-Ari, fotolia.com

Seite 15, Foto Dr. med. Klaus-Dieter Jaspers: © Christophorus-Kliniken Coesfeld

Seite 18: © helloszabi, 123rf.com

Seite 19, Foto Dr. med. Katharina Lüdemann: © Josef-Hospital, Delmenhorst

Seite 22: © Maria Sbytova, fotolia.com

April 2018

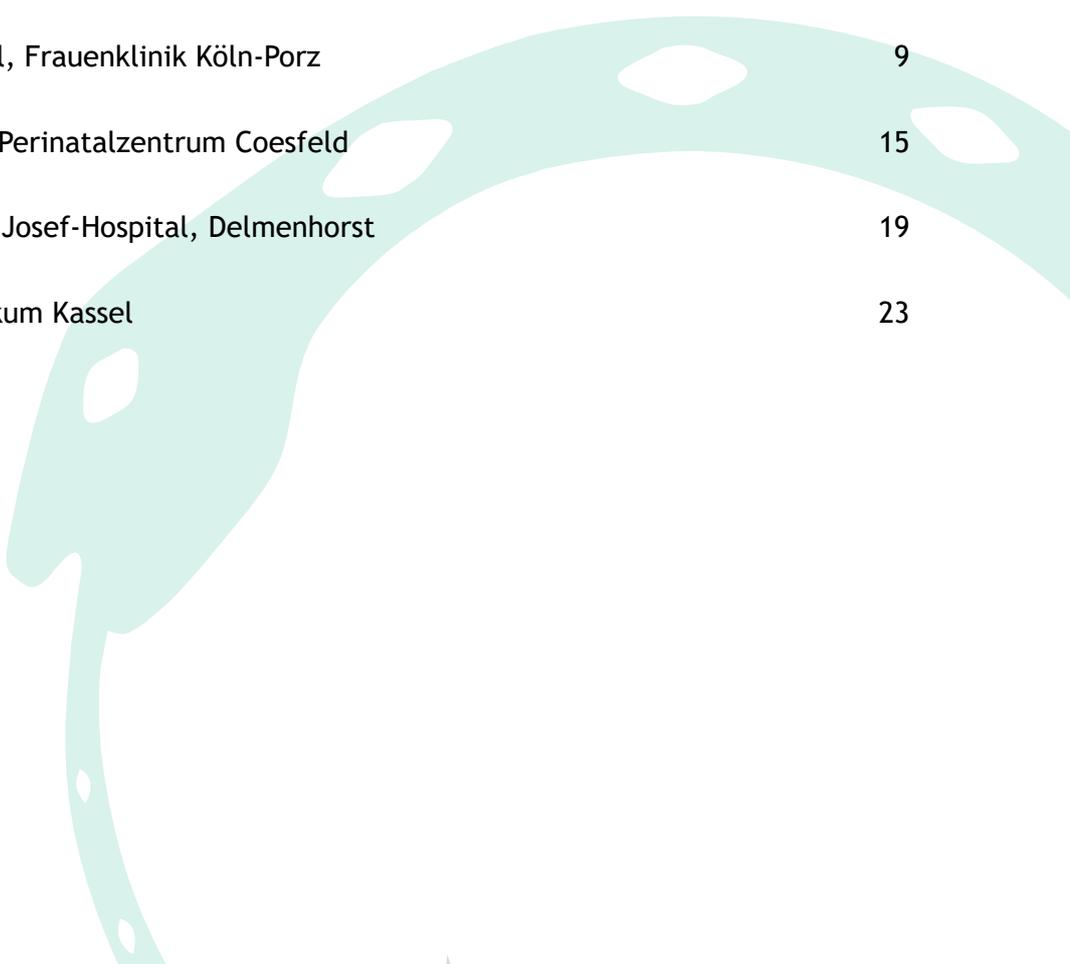
Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) ist der größte unabhängige Zusammenschluss von Frauengesundheitsorganisationen und Fachexpertinnen für Frauengesundheit im deutschsprachigen Raum.

\*überparteilich \*unabhängig \*gemeinnützig\*

Wir bedanken uns bei der Stiftung Hilfswerk Berlin und der Ute Hüfner Stiftung für die Förderung des Projekts.

# Inhalt

Einleitung	2
Interviews	
Prof. Dr. med. Burkhard Schauf, Frauenklinik Sozialstiftung Bamberg	5
Dr. med. Patricia Van de Vondel, Frauenklinik Köln-Porz	9
Dr. med. Klaus-Dieter Jaspers, Perinatalzentrum Coesfeld	15
Dr. med. Katharina Lüdemann, Josef-Hospital, Delmenhorst	19
Dr. med. Andreas Worms, Klinikum Kassel	23



# Einleitung

## Das Anliegen des AKF

Die Kaiserschnitttrate in Deutschland stieg in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an und bleibt seit einigen Jahren auf einem hohen Niveau von ca. 31 bis 32 Prozent (Statistisches Bundesamt 2017, IQTIG 2017). Lange Zeit wurde die steigende Rate als Erfolg der modernen Medizin, als risikoärmerer Weg zum Kind, manchmal auch als Zukunftsmodell der Geburt gewertet. Nur langsam wurde Kritik an den sich ausweitenden Indikationen laut und eine wissenschaftliche Überprüfung der Kaiserschnittpraxis sowie der möglichen Folgen für Mutter und Kind gefordert. Hier werden u. a. höhere Risiken für Anpassungsstörungen, Ateminsuffizienzen, nachgeburtliche Behandlungen auf Intensivstationen, Typ-I-Diabetes, Asthma und Übergewicht für das Kind sowie ein operationsbedingtes Thromboserisiko für die Mutter und weitere Operationsfolgen diskutiert (Louwen, 2012). Es wurden verschiedene Maßnahmen (genauere Auswertung von Perinatalstatistiken, Leitlinienaktualisierungen etc.) in die Wege geleitet. Diese wichtigen Schritte brauchen Zeit und haben sich bisher noch nicht entscheidend auf die Kaiserschnitttrate ausgewirkt.

Deshalb lohnt sich zusätzlich ein genauerer Blick auf die auch im internationalen Vergleich hohe Zahl von knapp über 30 Prozent.

Der Durchschnittswert verdeckt zwei bemerkenswerte Fakten:

1. die erheblichen regionalen Unterschiede der Sectio-Rate (die Spanne reicht von 13 bis 61 Prozent, vgl. Deutscher Bundestag) und
2. die Existenz von Kliniken, die in den letzten zehn Jahren ihre Kaiserschnittraten gegen den Trend deutlich, teilweise um bis zu 20 Prozentpunkte, gesenkt haben. Die Senkung der

Raten einzelner Kliniken geschah kaum bemerkt von der (Fach-)Öffentlichkeit und den Medien. Diese Kliniken wurden bis vor kurzem statistisch nicht erfasst und es bedurfte einiger Recherchen, um sie zu finden.

Es war das Anliegen des AKF, diese Kliniken und ihre Vorgehensweise genauer zu betrachten - zumal unter den betreffenden Kliniken auch Level-1-Zentren, also Kliniken mit einem hohen Anteil an Risikoschwangerschaften, sind. Warum und wie ist es einigen Kliniken gelungen, ihre Sectio-Rate zu senken - trotz geburtshilflicher Bedingungen und Risikoprofile der Schwangeren, die denen anderer Kliniken durchaus vergleichbar sind? Zum Beispiel ein höheres Alter der Schwangeren, (Schwangerschafts-) Diabetes, Übergewicht, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Beckenendlagen, Mehrlinge, Zustand nach Kaiserschnitt und protrahierte Geburt.

Die vorliegenden fünf Beispiele geben unseres Erachtens Impulse für einen differenzierten Blick auf die Kaiserschnittpraxis und sind ein engagiertes Plädoyer für weitgehende Veränderungen, vielleicht einen Denk- und Kulturwandel in der klinischen Geburtshilfe.

## Was zeigen die Interviews?

In den Interviews wird deutlich: Die hohen Kaiserschnittraten in Deutschland sind kein notwendiges Ergebnis von objektiven medizinischen Bedingungen, die die Frauen mitbringen, z. B. bestimmte körperliche Voraussetzungen oder das gesundheitliche Befinden des Ungeborenen, wie dies häufig im medizinischen Kontext und in den Medien nahegelegt wird. Diesen Erklärungsansätzen stehen die auffallend unterschiedlichen Sectio-Raten in verschiedenen Kliniken und Bundesländern gegenüber. Dass Kliniken mit ähnlichen Risikoprofilen bei Schwangeren so stark divergie-

rende Raten haben, lässt eher auf einen großen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte schließen, mit der jeweiligen Frau, dem jeweiligen Kind und dem daraus resultierenden individuellen Geburtsverlauf umzugehen. Der „human factor“ scheint einen starken Einfluss zu haben. Dies legt auch die Einschätzung der befragten Ärzte und Ärztinnen nahe, die die früher sehr viel höheren Kaiserschnitttraten in ihrer Klinik weniger auf objektive Bedingungen als auf eine gewisse Voreinstellung der Geburtshelfer und Geburtshelferinnen zugunsten des Kaiserschnitts zurückführen.

Wie schon in der Befragung des AKF von 2013 (Otto, Wagner 2013) wurden auch in den vorliegenden Interviews mangelnde Ausbildung sowie fehlende Kenntnisse und Fertigkeiten („das gute Handwerk“) der Fachärztinnen und Fachärzte bezüglich des Verlaufs einer physiologischen Geburt bemängelt. Deshalb sehen die befragten Chefärztinnen und Chefärzte als eine ihrer wesentlichen Aufgaben, eine gute Ausbildung im handwerklichen Sinne zu gewährleisten und Vertrauen in die natürliche Geburt zu vermitteln, aber auch ihren Assistenzärztinnen und Assistenzärzten Rückendeckung (ihr „breites Kreuz“) zu geben. Wenn klar ist: Der Chef steht hinter uns und hilft, falls etwas nicht planmäßig läuft und wir nicht mehr weiterwissen, dann steigt der Mut, den eingeschränkten Pfad der Defensivmedizin zu verlassen und sich auf die Bedürfnisse der Frau einzulassen. Das wiederum ist nur möglich, wenn die „sprechende Medizin“ ernstgenommen wird, d. h. wenn vor der Geburt ausreichend Zeit ist, über die Bedürfnisse der Frau (und ihres Partners) zu sprechen und einen individuellen Weg für ihre Geburt zu entwickeln.

Ein weiteres Anliegen einiger der interviewten Ärztinnen und Ärzte ist die Etablierung von gemeinsamen Qualitätszirkeln von Klinikerinnen, Klinikern und Niedergelassenen, um ein möglichst abgestimmtes Vorgehen bei der Schwangerenbetreuung zu gewährleisten. 42 Prozent der Schwangeren nehmen acht bis elf Vorsorgeun-

tersuchungen in Anspruch, rund 39 Prozent zwölf und mehr (IQTIG 2017), hinzu kommen Kurse und individuelle Gesundheitsleistungen. Gegenwärtig tun also in der Schwangerenbetreuung viele Fachkräfte viel, das Viele addiert sich aber nicht notwendig zum Wohle der Frauen und Neugeborenen. Hier könnte eine Abstimmung der Hauptverantwortlichen in Qualitätszirkeln dazu beitragen, die Verunsicherung der Schwangeren durch zu viele unterschiedliche Informationen zu mindern.

Alle befragten Ärztinnen und Ärzte betonten, dass sie sich in einem permanenten persönlichen und Team-Lernprozess befinden, in dem sie ihre Arbeit und ihre Einstellungen auf den Prüfstand stellen. Gemeinsame kritische und konstruktive Selbstreflexion des ärztlichen Denkens und Handelns scheint eine wichtige Grundvoraussetzung für gute frauen- und kinderfreundliche Geburtshilfe zu sein.

### Die Relevanz der „kleinen“ Dinge

Das eigentlich Überraschende in den Interviews ist aber die Erkenntnis, dass es hauptsächlich die scheinbar „kleinen“ Dinge sind, die in Kliniken große Veränderung bewirken können:

- die Konzentration der Verantwortlichen auf die Geburtshilfe
- eine kritische und konstruktive gemeinsame Reflexion der Arbeit
- eine gewisse Passion für das Fachgebiet als Grundvoraussetzung
- ausreichend Zeit für Gespräche mit den Schwangeren, um Angst ab- und Vertrauen aufzubauen, also die „sprechende“ Medizin ernst zu nehmen
- Vertrauen und Beziehung zwischen Frauen/ Eltern und Geburtshelferinnen und Geburtshelfern als wichtige Aspekte von Geburt zu verstehen.

Darüber hinaus lassen sich die Interviews auch als Plädoyer für eine gewisse Zentralisierung der Geburtshilfe verstehen: Möglicherweise sind an größeren Kliniken die Bedingungen besser, die oben genannten Voraussetzungen zu schaffen. Dort kann sich eine Chefärztin, ein Chefarzt leichter ausschließlich auf die Geburtshilfe konzentrieren

und andere Fachdisziplinen abgeben sowie eine ständige Oberarztpräsenz etablieren. Auch zeigt die Verwaltung möglicherweise angesichts eines insgesamt größeren Etats eher die Bereitschaft, eine Übergangsphase mit niedrigeren Einnahmen zu akzeptieren.

**Eines zeigt die Praxis der befragten Ärztinnen und Ärzte zweifellos: Es ist schon unter den heutigen medizinischen Bedingungen in Deutschland möglich, die Sectio-Raten deutlich zu senken. Ein Warten auf bessere Frauen, bessere Zeiten, bessere Leitlinien, bessere Vergütungen der Vaginalgeburt scheint nicht notwendig. Man kann sofort handeln, vorausgesetzt man hat den Mut, das Denken und bestimmte Dogmen zu ändern, d. h. einen Kulturwandel in der Geburtshilfe anzustoßen und zu tragen.**

## Quellen

Deutscher Bundestag, (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Ulle Schauws, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN - Drucksache 18/12645. Entwicklung der Kaiserschnitttrate in Deutschland. Drucksache 18/12767. 18. Wahlperiode 9.6.2017.  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812767.pdf>; Zugang: 4.5.2018

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2017): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Stand: 12.07.2017.  
[https://www.iqtig.org/downloads/ergebnisse/bundesauswertung/2016/indirekte\\_verfahren/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2016\\_BUAW\\_V02\\_2017-07-12.pdf](https://www.iqtig.org/downloads/ergebnisse/bundesauswertung/2016/indirekte_verfahren/QSKH_16n1-GEBH_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf); Zugang 4.4.2018

Louwen, Frank (2012): DGGG-Kongress 2012. Kaiserschnitt oder natürliche Geburt - keine schwierige Entscheidung? Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)  
<https://www.dggg.de/start/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-kaiserschnitt-oder-natuerliche-geburt-keine-schwierige-entscheidung-85/>; Zugang: 4.4.2018

Otto, Petra; Wagner, Tilly (2013): Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursachen der steigenden Kaiserschnitttrate in Deutschland. Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013. Hrsg. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF e. V.).  
[http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/05/KaiserschnittBroschuereEndfassung\\_01.pdf](http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/05/KaiserschnittBroschuereEndfassung_01.pdf); Zugang 4.4.2018

Statistisches Bundesamt: Krankenhausentbindungen in Deutschland. Jahre 1991 bis 2015.  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausentbindeungenKaiserschnitt.html>; Zugang: 4.5.2018



## Interview mit Prof. Dr. med. Burkhard Schauf

Chefarzt der Frauenklinik  
Sozialstiftung Bamberg  
Büger Straße 80  
96049 Bamberg  
burkhard.schauf@sozialstiftung-bamberg.de

**2.226 Geburten im Jahr 2016,  
Senkung der Kaiserschnitttrate um rund 13 Prozentpunkte  
von 38 Prozent (2009) auf 25 Prozent (2016)**

**Herr Professor Schauf, seit Sie 2009 die Klinik übernommen haben, haben Sie die Kaiserschnitttrate um rund 13 Prozentpunkte gesenkt, trotz gestiegener Rate an Mehrlingsschwangerschaften. Was waren die auslösenden Faktoren für diese erhebliche Senkung der Kaiserschnitttrate?**

Es gab zwei Auslöser: Als ich hier angefangen habe, wurde auf mein Betreiben hin die Klinik in medizinische Verantwortlichkeiten geteilt. Ich bin zwar Chef der gesamten Klinik, mache aber nichts anderes als Geburtshilfe und Pränataldiagnostik. Mein Kollege ist für die Gynäkologie zuständig. Am Anfang hatten wir eine Fachkraft, mittlerweile sind es mehrere Fachleute, die immer vor Ort im Kreißaal sein können. Sind Sie Chef von allem und für alles, gibt es Probleme. Dann stehen Sie z. B. häufig im OP, wenn es im Kreißaal brennt und Sie dort gebraucht werden.

Ich bin überzeugt, wenn man sich zusammen mit einem gut aufgestellten Team intensiv um die Frauen kümmert, kann man die Kaiserschnitttra-

te wesentlich senken. Das sieht man hier: früher 38 Prozent, jetzt - die Mehrlinge nicht mitgerechnet - 23 Prozent.

**Was haben Sie in Bamberg konkret verändert?**

Ich hatte das Glück, dass die älteren Oberärztinnen und Oberärzte erfreulicherweise dabei mitgezogen haben, die Kaiserschnitttrate zu senken. Und wir haben die jungen Fachärztinnen und Fachärzte dahingehend ausgebildet, dass man in vielen Fällen mit den entsprechenden Kenntnissen das Kind normal auf die Welt bringen kann, wo andere Kliniken eine Sectio machen würden. Tatsächlich können viele Kaiserschnitte vermieden werden, wenn das Team das will und natürlich entsprechend ausgebildet ist. Eine fachlich sehr gute Ausbildung ist die zwingende Grundvoraussetzung. Wir haben zum Beispiel in dem Kollektiv von Frauen ohne Risiko bei Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche, also bei einem reifen Kind, eine Kaiserschnitttrate von 8 Prozent. Kleinere Kliniken der Level 3 und 4 haben in diesem Kollektiv eine Kaiserschnitttrate von 25 Prozent.

### **Woran liegt das?**

Das hat mehrere Ursachen: Wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Frauen schon mit einer bestimmten Voreinstellung schicken, zum Beispiel mit der Aussage, das Kind sei zu groß und deshalb sei ein Kaiserschnitt besser, dann ist es schwierig, der Frau zu vermitteln, ein großes Kind ist ein gutes Kind, es muss nur durchs Becken passen. Wir haben in der Klinik eine Praxis, in die die Niedergelassenen die Frauen schicken können, wenn Probleme wie zum Beispiel ein hoher Blutdruck, Diabetes, ein sehr großes Kind oder Ähnliches auftreten. Da ich auch Pränataldiagnostik mache, sehe ich die Frauen oft schon früh und kann mit ihnen über etwaige Probleme sprechen und sie richtig einordnen. Die Niedergelassenen sind mit dieser zusätzlichen Möglichkeit der Betreuung sehr zufrieden. Seitdem kommen kaum noch Schwangere mit einer Kaiserschnittindikation. Höchstens mit einem Fragezeichen dahinter. Das war früher anders. Diese enge Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen ist sehr wichtig.

Zusätzlich sehe ich jede Schwangere, die sich für unsere Klinik entscheidet, persönlich zur Geburtsplanung. Wenn ich im Urlaub bin, übernimmt das Gespräch die leitende Oberärztin, die die gleiche Einstellung hat wie ich. Von außen ist also der Kaiserschnitt nicht mehr vorgebahnt und in der Klinik ist die Kompetenz da. Das sind die Gründe dafür, dass die Rate nach und nach zurückgeht.

### **Ist eine der Ursachen für die hohen Kaiserschnittraten das fehlende Wissen der Geburtshelfer und Geburtshelferinnen über den Ablauf der physiologischen Geburt?**

Es kommt tatsächlich auf die Art der Ausbildung an und darauf, an welcher Klinik sie lernen. Wir haben hier eine Hebammenschule. Die Hebammenschülerinnen lernen von Anfang an, dass man ein Kind - auch Zwillinge und Beckenendlagen - normal bekommen kann. Wir praktizieren das hier und deshalb lernen das auch die Ärztinnen und Ärzte in der fünfjährigen Facharztausbildung. Sie lernen, dass die normale Geburt das Normale

ist. Wir haben auf die Gesamtzahl der Geburten gerechnet prozentual genauso viele Mehrlinge, Frühgeburten, Präeklampsien und Kinder unter 1250 und 1500 Gramm wie andere Kliniken. Das Risikokollektiv ist gleich, aber die Sectio-Rate niedriger. Auch Prof. Kainer in Nürnberg, der auch Chef einer Level-1-Klinik ist, konzentriert sich auf die Geburtshilfe und hat eine niedrige Rate. Wenn sich Spezialistinnen und Spezialisten der Geburtshilfe um die Geburten kümmern, kann auch ein Level-1-Zentrum viele Kaiserschnitte vermeiden. Wenn der normale Gynäkologe, der Onkologe oder der Urogynäkologe für den Kreißsaal zuständig ist, läuft die Geburtshilfe nebenher. Das macht sich in ihrer Qualität bemerkbar, das ist bekannt. In anderen Kliniken macht - böse gesagt - derjenige die Geburtshilfe, der gerade nicht in den OP darf.

### **Sie setzen also auf die Konzentration auf Geburtshilfe, eine gute Ausbildung und das frühzeitige Gespräch mit den Schwangeren?**

Ja. Das Gespräch ist notwendig, um Vertrauen zu fassen. Dafür gibt es übrigens extra eine Ziffer, die man abrechnen kann. Aber in vielen Kliniken wird das Gespräch von jemandem geführt, der die Ziffer abrechnen kann, sich aber nicht unbedingt gut genug in Geburtshilfe auskennt. Das ist problematisch.

### **Ist es schwer, Frauen umzustimmen, wenn der Kaiserschnitt medizinisch nicht notwendig ist, sie sich aber eine Schnittentbindung wünschen, weil sie glauben, das Risiko sei für sie zu hoch?**

Einerseits muss man sich in der Klinik bei der Geburtsplanung Zeit nehmen und andererseits müssen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ergebnisoffen beraten und nicht den Kaiserschnitt schon vorgebahnen. Und zu den Risiken, beispielsweise dem Übergewicht: Eine übergewichtige Frau profitiert mehr von einer Normalgeburt als eine dünne. In diesem Fall macht die vaginale Geburt weniger Probleme, weil es zum Beispiel keine Wundheilungsstörungen gibt und die Thrombosegefahr geringer ist. Bei Blutgerinnungsstörungen, also einem erhöhten Thrombo-

serisiko, einen geplanten Kaiserschnitt zu machen, ist in der Regel unsinnig. Die Frau hat schon ein erhöhtes Risiko und dann setzt man mit der Operation noch ein Thromboserisiko drauf.

Aber zwingende Grundvoraussetzung bei all diesen Geburten ist, dass rund um die Uhr Fachpersonal, also geburtshilfliche Kompetenz, vorgehalten werden muss. Die kleinen Kliniken machen in diesen Fällen aus Gründen der Versorgungssicherung mehr Kaiserschnitte, weil das Fachpersonal nicht da ist.

### Welche Frauen wünschen sich einen Kaiserschnitt?

Bei den Frauen, die einen Kaiserschnitt wollen, gibt es zwei Gruppen: Die 18-Jährige, die eine Schnittentbindung will, aber nicht wirklich weiß, warum. Ist sie sehr unreflektiert, ist ein Gespräch schwierig. Das sind aber wenige. Die allermeisten Frauen mit diesem Wunsch sind ab 33 Jahre, hochorganisiert, im Beruf stehend, klassisch Controllerin, Rechtsanwältin oder Lehrerin. Frauen, die gewohnt sind, den Tag durchzuplanen. Ihr Problem ist in der Regel die Angst vor dem Kontrollverlust. Sie begeben sich in eine Situation, die sie nicht kennen, in der sie nicht wissen, wann es losgeht, wie die Geburt verlaufen und ausgehen wird. Und sie wissen, dass sie selbst wenig Ahnung haben und auf andere angewiesen sind. Mit ihnen bespreche ich, dass sie sich keine Sorgen machen müssen, weil ein kompetentes Team für sie da ist. Und dass mit der Geburt das sowieso nicht planbare Leben mit einem Kind beginnt und es deshalb sinnlos ist, die paar Stunden davor durchplanen zu wollen. Dann wird ihnen im Gespräch oft bewusst, dass sie das Planen aufgeben können. Ich biete an, dass sie es vaginal probieren und wir dann schauen, ob es geht. Mindestens 90 Prozent dieser Frauen versuchen die normale Geburt.

### Braucht es dazu nicht ein sehr langes Gespräch?

Nicht unbedingt. Wenn Sie erfahren sind, braucht es manchmal nicht länger als 20 Minuten. Die

Frauen können aber auch gern ein zweites Mal kommen. Das Wichtige für diese Frauen ist, eine Hintertür offen zu haben. Häufig haben sie extreme Angst vor unkontrollierbaren Abläufen. Wenn Sie ihnen sagen, das wird unkontrolliert sein, aber wir sind flexibel, und wenn es nicht geht, machen wir einen Kaiserschnitt, macht diese Hintertür es den Frauen leichter, sich zu entspannen und auf das Ungewisse einzulassen. Viele wollen am Ende doch die normale Geburt und sind stolz, wenn sie es geschafft haben - zu Recht, denn sie haben es geschafft, gegen ihre Ängste anzugehen. Natürlich erzähle ich ihnen auch, dass die vaginale Geburt gesünder für Mutter und Kind ist. Dass der Kaiserschnitt gesünder ist, ist ein Märchen. Wir haben mit dem, was wir hier machen, nur ein Viertel der perinatalen Mortalität des Bundesdurchschnitts.

### Haben die vaginaloperativen Geburten durch die Senkung der Kaiserschnitttrate zugenommen?

Ja, wir haben eine Rate von 8 Prozent vaginaloperative Geburten. Sie war vorher und ist auch im Bundesdurchschnitt niedriger. Das sind die Kinder, die so ein bisschen über die Beckenmitte raus sind, wo ein unerfahrener Geburtshelfer vielleicht sagen würde, da mache ich doch lieber einen Kaiserschnitt. Das kommt zum Beispiel bei einem Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode vor - bei uns selten eine Indikation für eine Sectio. Da entscheiden wir uns eher für eine Sauglockengeburt.

### Welche Gründe für eine Sectio sind noch weggefallen?

Zum Beispiel das primäre Missverhältnis - das zu große Kind - gibt es bei uns fast nicht mehr als Indikation. Und bei einem auffälligen CTG machen wir eine Mikroblooduntersuchung (MBU-Kontrolle). Die kann ergeben, dass es dem Kind trotz eines schlecht aussehenden CTGs gut geht. Das hat wieder mit einer guten Schulung und Kompetenz zu tun.

Bei einem Zustand nach Sectio versuchen in unserer Klinik rund 90 Prozent der Schwangeren, das Kind auf normalem Weg zu bekommen, etwa 80 Prozent schaffen das auch. Wir haben 20 Prozent Kaiserschnitte bei den Frauen, die das probieren. Eine Uterusruptur hatten wir das letzte Mal vor sechs Jahren, sie kommt selten vor. Aber immer wieder: Sie brauchen ein geschultes Team, das jederzeit im Kreißsaal mit maximaler Kompetenz da ist.

Die Hebammen freuen sich natürlich über diese Entwicklung, weil eine normale Geburt einfach schöner ist.

**Sie bewegen sich gegen den Trend. Spüren Sie auch Widerstand von Seiten der Frauen oder ihres Umfelds und von Seiten der Verwaltung?**

Nicht unbedingt. Meine Klinik hatte geburtshilflich keinen so guten Ruf, weil der frühere Chef Onkologe war. Es hat circa fünf Jahre gedauert, bis sich der Ruf verbessert hat. Jetzt kommen Frauen auch von weiter her, weil sie lieber vaginal entbinden wollen.

**Und was sagt Ihre Verwaltung?**

Man bekommt für eine vaginale Geburt tatsächlich weniger Geld, wobei das in letzter Zeit leicht angeglichen wurde. Für eine sekundäre Sectio erhalten wir mehr als für eine primäre, weil weniger Ressourcen verbraucht werden. Wenn man mehr Vaginalgeburten macht, hat man zumindest kurzfristig weniger Einnahmen. Aber man hat auch weniger Ausgaben. Eine OP-Minute kostet viel Geld, das muss man gegenrechnen. Eine Klinik, die viele Kaiserschnitte macht, macht auch Verluste, weil ein großer Operationssaal mehr Ressourcen verbraucht als eine normale Geburt. Bei Vaginalgeburten haben sie kürzere Liegezeiten, sie brauchen weniger Betten und weniger Personal und es muss weniger geputzt werden. Die mittlere Verweildauer liegt bei etwa drei Tagen, beim Kaiserschnitt sind es fünf. Das weiß der Vorstand. Zum anderen hatten wir 2009 etwa

1.600 Geburten. Ich habe jetzt mit einer Kaiserschnitttrate von ca. 23 Prozent und 2.200 Geburten mehr Einnahmen als damals bei 1.600 Geburten und einer Rate von 40 Prozent.

Aber sie brauchen einen Vorstand, der sagt, okay, dann machen wir für eine gewisse Zeit eben weniger Gewinn in der Hoffnung, es werden mehr Geburten. Und Sie brauchen einen Vorstand - da habe ich Glück -, der an guter Geburtshilfe und -medizin Interesse hat. Bei privaten Trägern, die an Aktionäre Gewinn ausschütten müssen, ist das sicher schwieriger.

**Eine Senkung der Kaiserschnitttrate scheint also doch möglich zu sein, auch wenn es in der öffentlichen Diskussion oft anders erscheint?**

Der Schlüssel zur Senkung der Raten liegt wirklich darin, dass man das macht, was man kann. Ein Frauenarzt kann nicht Onkologie, Brust, Chirurgie, Urogynäkologie und Geburtshilfe auf einmal machen. Das ist schlicht unmöglich. Und er hat auch nur 24 Stunden. Er kann sich immer nur um einen Teil intensiv und auf hohem Niveau kümmern, das ist sein Schwerpunkt. Die anderen Bereiche muss er von anderen machen lassen. Wenn sie sich auf ihre Kernkompetenz beschränken, wird die Arbeit leichter, weil sie das machen, was sie wirklich können. Und die Auszubildenden lernen in jedem Bereich von einem Spezialisten. Ein Chef braucht also so viel Selbstreflexivität, dass er sagen kann: Das ist mein Spezialgebiet, hier kenne ich mich aus - was nicht mein Spezialgebiet ist, gebe ich ab.

**Der Schlüsselsatz ist also: Das machen, was man kann.**

Politisch ist das allerdings schwierig. Wenn ich Chef von allem bin, verdiene ich mehr, als wenn ich mich auf einen Teil beschränke. Wenn sie die Klinikbereiche teilen, reduzieren sich die Einnahmen der Chefärzte. Warum sollten die Chefs etwas abgeben?

**Und warum haben Sie das getan?**

Ich habe gut verhandelt. Das hängt natürlich immer auch davon ab, was die Verwaltung bereit ist zu zahlen. Natürlich geht es auch um Geld. Wenn Sie als Chef so viel verdienen wie woanders ein Oberarzt, fragen Sie sich: Warum soll ich mir die anstrengende Chefarztstelle antun? Die Teilung der Facharzt-Bereiche rechnet sich erst ab rund 1.500 Geburten. Liegt man darunter, braucht man einen, der alles kann und macht. Deshalb wird es immer den Qualitätsunterschied geben zwischen den Kliniken und Abteilungen, die von einem Spezialisten geführt sind, und denen, in denen der Chef nicht im Kreißaal ist.

**Braucht man so etwas wie eine Berufung für die Arbeit als Geburtshelfer?**

Ich denke schon. Das ist auf alle Fälle bei mir so. Wenn mir die Arbeit keinen Spaß machen würde, würde es nicht funktionieren. Das Geld bekomme ich als Entlohnung für gute Arbeit und nicht als Schmerzensgeld. Und Sie brauchen immer auch ein hochmotiviertes Team. Wenn alle mit Freude bei der Arbeit sind, merken das auch die Schwangeren. Sie sind dann entspannter und sowohl das Geburtsergebnis als auch das Geburtserlebnis sind besser.





## Interview mit Dr. med. Patricia Van de Vondel

Chefärztin der Frauenklinik  
Krankenhaus Porz am Rhein  
Urbacher Weg 19  
51149 Köln  
p.vandevondel@khporz.de

**1.700 Geburten pro Jahr,  
Senkung der Kaiserschnitttrate um rund 15 Prozentpunkte  
von 42 Prozent (2007) auf 25 bis 27 Prozent (2017)**

### **Frau Dr. Van de Vondel, welche Kaiserschnitttrate haben Sie derzeit? Mit welcher Rate haben Sie Ihre Abteilung übernommen?**

Ich habe die Abteilung vor zehn Jahren mit einer Rate von 42 Prozent übernommen, eine Zahl weit über dem Bundesdurchschnitt. Jetzt liegen wir zwischen 25 und 27 Prozent. Das ist immer noch zu viel und wir bemühen uns, die Rate weiter zu senken. Aber nicht die Senkung der Rate ist mein Lebensziel, sondern eine gute Geburtshilfe für die Frauen. Dazu kann unter Umständen auch der Wunschkaiserschnitt gehören. Wenn eine Frau das will, ist es ihre Entscheidung und wir sollten das akzeptieren.

### **Gab es bestimmte auslösende Faktoren für die Senkung der Kaiserschnitttrate an Ihrer Klinik?**

Nein. Die Rate änderte sich über eine bestimmte geburtshilfliche Praxis. Was ich zum Beispiel sehr schnell eingeführt habe, ist eine Oberarztpräsenz. Das ist ein wichtiger Punkt. Früher musste der Oberarzt oder die Oberärztin zuhause angerufen werden, wenn Schwierigkeiten auftraten. Davon muss man wegkommen, die erfahrenen

Ärztinnen und Ärzte gehören in den Kreißsaal. Eine Geburt zu leiten heißt, nicht erst ab vollständig geöffnetem Muttermund im Kreißsaal zu erscheinen, sondern von Anfang an die Geburt zu betreuen. Viele pathologische Verläufe deuten sich frühzeitig an und lassen sich noch abwenden. Fehleinstellungen lassen sich beispielsweise mit bestimmten Übungen und Bewegungen vermeiden. Wenn ich aber zu spät gerufen werde oder zu spät komme, habe ich nicht mehr viele Möglichkeiten. Die Erfahrenen gehören in den Kreißsaal und zwar Tag und Nacht. Sie zeigen den jungen Kolleginnen und Kollegen, wie man einen pathologischen Verlauf rechtzeitig erkennen und Ideen entwickeln kann, um die Geburt wieder in die Physiologie zurück und zu einem guten Ende zu bringen.

### **Das klingt einleuchtend. Ließ es sich auch einfach vermitteln?**

Teils, teils. Man muss den Geschäftsführer überzeugen. Die Oberarztpräsenz ist ein teures Modell, ist aber eben ein maßgeblicher Faktor, warum wir jetzt weniger Kaiserschnitte haben.

In großen Häusern gibt es die gynäkologischen Subspezialisierungen, was häufig dazu führt, dass Oberarztendienste beispielsweise von Onkologen oder Reproduktionsmedizinern gemacht werden, die wenige Erfahrungen mit Geburtshilfe haben. Maßgeblich für gute Geburtshilfe ist aber, dass Geburten nur von dafür qualifizierten Geburtshelferinnen und Geburtshelfern gemacht werden. Das senkt die Kaiserschnitttrate.

Man kann Geburtshilfe nicht vom Büro aus und nebenbei betreiben.

### **Was trägt Ihrer Meinung nach außerdem maßgeblich zur Senkung der Kaiserschnitttrate bei?**

Persönliches Engagement und Lust auf Geburtshilfe. Ich wollte immer Geburtshilfe machen. Ich habe meine Ausbildung an der Uni Bonn gemacht mit dem Ziel, Geburtshelferin zu werden. Ich hatte in Bonn bei Professor Gembruch schon viel Freiheit und habe versucht, die Geburtshilfe zu individualisieren und nicht starr nach den Leitlinien vorzugehen. Aber ich habe mich, als ich hier Chefärztin wurde, nicht hingestellt und gesagt: Wir machen zu viele Kaiserschnitte. Die Kolleginnen und Kollegen sahen aber, die macht das anders, sie führt Gespräche mit den Frauen und macht Geburtsplanung. Das gab es vorher nicht. Wir beraten jetzt jede Frau, die sich hier anmeldet, ausführlich. Gibt es Risiken, was muss beachtet werden? Wir sprechen über Geburtsphasen, Schmerzmittel, wie lange es dauern kann etc. Und wir beantworten die Fragen der Schwangeren. So ein Gespräch kann weit über eine Stunde dauern. Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass wir dadurch Vertrauen aufbauen. Die Frauen merken, der Kreißsaal ist kein Gespensterpalast. Wir holen die Frauen da ab, wo sie sind, und schüren keine Ängste. Man merkt auch sehr schnell, was die Frauen wollen. Manche geben gern die Kontrolle und Verantwortung ab und andere sagen, ich bringe mein Kind auf die Welt und ich möchte, dass Sie mir dabei helfen. In einer Stunde lernt man die Frau nicht kennen, aber man bekommt immerhin einen Anhaltspunkt, wie die Frau denkt und fühlt und was sie will.

### **Und auch die Frauen lernen Sie und die Klinik kennen und bekommen ein Gefühl, ob das passt?**

Ja, eine Geburt ist eine Beziehungs- und Vertrauenssache. Aber ich weiß auch, man muss Notfallsituationen rechtzeitig erkennen, um Schäden abzuwenden. Bei aller Physiologie muss auch die Pathologie erkannt werden. Wir haben ein Notfallmanagement, das ein regelmäßiges Simulationstraining alle drei Monate einschließt. Das gibt Sicherheit und nimmt den Ärztinnen und Ärzten die Angst vor einem Notfall. Wir bieten auch äußere Wendungen bei Beckenendlagen an. Wenn eine Frau sich vorstellen kann, eine Beckenendlage normal zu gebären, bieten wir die Wendung an. Aber wenn die Frau sagt, sie traut sich das nicht zu, ist das auch ok. Letztendlich müssen die Frauen entscheiden. Aber wir beraten sie ausführlich.

### **Ist die Zahl der vaginaloperativen Geburten durch die Senkung der Kaiserschnitttrate gestiegen?**

Nein, wir haben eine Rate von 2,7 Prozent (Bundesdurchschnitt: 8 Prozent). Das liegt, glaube ich, einfach daran, dass ich etwas geduldiger bin als die meisten Kolleginnen und Kollegen und in der Regel eine Idee habe, wie ich eine Geburt positiv beeinflussen kann. Das lernt man nicht an der Uni. Man lernt keine Geburtsmechanik aus Büchern, sondern vom Anschauen und selber machen. Und ich habe mir auch angeschaut, wie es in anderen Ländern gemacht wird. Da lernt man auch viel und andere Dinge. Ich habe einige Zeit gebraucht, um zu merken, dass der Herzton-Wehenschreiber (CTG) eine schlechte Überwachungsmethode ist. In 50 Prozent der Fälle ist es falsch positiv und in den zwei Stunden vor der Geburt werden 90 Prozent der CTGs pathologisch. Wenn ich also bei einem schlechten CTG immer eine Sectio machen würde, hätten wir eine Kaiserschnitttrate von 90 Prozent. Ich war anfangs auch sehr kritisch gegenüber der Mikroblutuntersuchung (MBU). Das war ein Fehler. Bei der MBU wird ein Tropfen Blut aus der Schädelhaut des Babys genommen, das

piekt schon. Aber wenn das CTG pathologisch ist und die Geburt noch nicht absehbar, ist eine MBU wichtig. Wir machen jetzt bei 15 Prozent aller Geburten eine MBU.

Ein wichtiger Punkt ist: Die Geburtshilfe hat eine flache Lernkurve, man muss viele Geburten machen, um Geburten gut beurteilen und gut beenden zu können.

### Wie erleben Sie die Frauen heute, eher zversichtlich oder eher ängstlich?

Die Einstellung der Frauen hat sich in den letzten Jahren enorm gewandelt, weil ihnen Angst vor der Geburt gemacht wird. Sie haben kein positives Gefühl und wollen nur irgendwie durch die Geburt kommen, ohne viele Schmerzen und Anstrengung. Sie schätzen die Geburt als gefährlich ein und viele geben aus Angst vor einem diffusen Risiko die Verantwortung ab. Wenn die Frauen aber die Einstellung haben, dass die Ärztinnen und Ärzte das Kind zur Welt bringen, dann gibt es mehr Komplikationen. Die Frauen müssen wieder lernen, Eigenverantwortung zu übernehmen.

Wir merken selber, dass nicht wenige Frauen einen Kaiserschnitt wollen, weil ihnen eine Geburt zu anstrengend erscheint. Die Medien erzeugen bestimmte Vorstellungen, wie die Geburt sein soll. Die Frauen kommen beispielsweise aus Angst sehr früh ins Krankenhaus und sind manchmal zwölf Stunden in der Latenzphase, weil die Geburt noch nicht wirklich begonnen hat. Dann dauert es ihnen zu lange und sie werden unzufrieden. Es ist ihnen schwer zu vermitteln, dass es noch dauern kann und die Hebamme nicht permanent da sein kann. 1:1-Betreuung heißt ja nicht, dass die Hebamme permanent neben der Frau sitzt, sondern, dass sie keine weiteren Aufgaben hat, die nichts mit Geburtshilfe zu tun haben. Die gegenwärtigen Ansprüche an die Hebammen sind zu hoch.

### Spüren Sie bzw. die Geburtshelferinnen und Geburtshelfer selbst auch Druck?

Ja. Zum Beispiel gab es früher keine große Dokumentationspflicht, fünf Sätze reichten. Heute muss man alles lückenlos dokumentieren, das braucht viel Zeit, und zusätzlich steht man unter einem ungeheuren juristischen Druck. Da spielen übrigens die Medien eine hässliche Rolle mit ihrer mittlerweile sehr tendenziösen Berichterstattung, die Helden und Bösewichte und Schuldige braucht. Und die Ärzte sind zunehmend die Bösewichte. Das ist nicht gut, denn die Menschen verlieren das Vertrauen, das zum Heilen nötig ist. Ohne Vertrauen kann man nicht gut betreuen und helfen. Ich kenne sehr viele Kolleginnen und Kollegen, die im Kopf den Anwalt immer dabei haben, das schränkt die Handlungsfähigkeit ein. Wir würden viele Entscheidungen anders treffen, wenn das nicht so wäre. Auch für die Frauen ist das eine sehr schlechte Sache. Das heißt ja nicht, dass Fehler vertuscht werden sollen, aber man muss anders damit umgehen. Nicht mit Schlagzeilen im Bildzeitungsstil: „Ärztepfusch - Kind geschädigt“. Damit kommt eine Angst in die Beziehung zwischen Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfern und Schwangeren, die keinem dient. Ein Arzt, dem man vertraut, ist ein wichtiges Placebo in der Geburtshilfe, das darf man nicht unterschätzen.

### Was muss sich noch ändern, um die Geburtshilfe zu verbessern?

Die Ausbildung. Zunehmend bemerke ich, dass eine neue Generation Geburtshelferinnen und Geburtshelfer am Start ist, unsere Generation stirbt langsam aus. Die sogenannte Y-Generation arbeitet gern und gut, aber zwischen 7.30 Uhr und 16 Uhr. Ihr Motto ist: Ich habe selber ein Leben. Ich arbeite, um zu leben, und nicht umgekehrt. Die Begeisterung ist oft noch da, aber zeitlich begrenzt. Früher hatte man 24 Stunden Dienst und musste am nächsten Tag arbeiten, das war nicht ok. Die neuen Ärztinnen und Ärzte wollen nach acht Stunden nach Hause. Sie sind nicht bereit, viel unbezahlte Zeit im Kreißsaal zu verbringen. Das ist verständlich und nachvollziehbar. Des-

halb muss entweder die Ausbildungszeit verlängert oder die Entscheidung für die Fachrichtung schon in die Ausbildung verlegt werden. Dann hat man nur die Leute im Kreißaal, die wirklich Geburtshelfer werden wollen. Nicht auch die, die sowieso was anderes machen wollen. Auf alle Fälle muss das Ausbildungscurriculum dringend geändert werden. Wir müssen Arbeitsstrukturen ändern und familienfreundlich werden.

### Wo liegt da das Hauptproblem?

Wenn beispielsweise der Geschäftsführer sagt, mit Geburtshilfe kann man keinen Gewinn machen, je weniger Kaiserschnitte, desto höher der Verlust. Für eine gute Geburtshilfe brauche ich aber im Kreißaal erfahrene Ärztinnen und Ärzte, die die jungen ausbilden, und das bedeutet auch: mehr Personal. Es muss rund um die Uhr jemand mit viel Erfahrung da sein, der die Gebärenden begleitet. Sonst muss man sagen, dass die Frauen mit einer erfahrenen Hebamme zuhause sicher besser aufgehoben sind als in der Klinik mit unerfahrenen Ärztinnen, Ärzten und Hebammen.

Aber ich will nicht zurück zu Hausgeburtsilfe, meine Traumvorstellung ist, die Geburtshilfe zu zentralisieren, um mit einem erfahrenen Team die Geburten abzudecken, aber dabei innerhalb der großen Klinik kleine Abteilungen zu haben, wo beispielsweise zwei Hebammen zwei Kreißsäle betreuen. Die Einheiten sollten räumlich abgeschlossen sein, damit die Frauen sich aufgehoben fühlen. Das hieße, die Vorteile der Hausgeburt in die Klinik zu übertragen. Die Betreuung müsste personalisiert, das heißt individualisiert werden. Ich bin auch für einen hebammengeleiteten Kreißaal, er gehört in jede Klinik. Allerdings möchten das meine Hebammen gar nicht. Ihnen ist es lieber, mit Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten und die Verantwortung zu teilen.

Wenn wir die Geburtshilfe zentralisieren in kleinen Einheiten, ist das einerseits wirtschaftlicher, andererseits wird die geburtshilfliche Erfahrung schneller weitergegeben und die erfahrenen Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sind im Notfall schneller erreichbar.





## Interview mit Dr. med. Klaus-Dieter Jaspers

Chefarzt im Level-1-Perinatalzentrum  
Christophorus-Kliniken  
Frauenklinik Südring 41  
48653 Coesfeld  
geburtshilfe@christophorus-kliniken.de

**1.830 Geburten (2016),  
Senkung der Kaiserschnitttrate von  
knapp 40 Prozent (2006) auf 19,2 Prozent (2016)**

**Herr Dr. Jaspers, Sie sind Leiter eines Level-1-Zentrums und haben dort die Sectiorate in den letzten zehn Jahren von knapp 40 Prozent auf 19,2 Prozent gesenkt. Wie war das möglich?**

Unsere Sectiorate lag 1990 bei 10 Prozent und stieg danach stetig auf knapp 40 Prozent im Jahr 2006 an. Unsere eigene Begründung dafür war, dass die Risiken der Patientinnen zunehmen: mehr ältere Schwangere, mehr Sterilitätsbehandlungen, mehr Mehrlingsgeburten, mehr Schwangerschaften nach vorausgegangenem Kaiserschnitt etc. Eine hohe Kaiserschnitttrate schien, wie auch von anderen argumentiert, in einem Level-1-Zentrum nicht ungewöhnlich.

Erst 2006, auch mit Beginn einer öffentlichen Diskussion um die Perinatalzentren und Neuordnung der geburtshilflichen Strukturen durch den entsprechenden G-BA-Beschluss, begann ein Umdenken.

Wesentlich waren dabei die geforderten Voraussetzungen in Bezug auf Personal und technische Ausstattung für ein Perinatalzentrum, aber auch die notwendigen Verfahrensanweisungen und festgelegten Ablaufszenarien z. B. im Falle einer Not-Sectio. Die Möglichkeit, jederzeit und sehr schnell alternativ eine Sectio durchführen oder Kinderärzte zu komplizierten Geburten hinzuziehen zu können, gab dem geburtshilflichen Team die Ruhe und Gelassenheit, die für eine physiologische Geburtshilfe unabdingbar sind, um bei Komplikationen angemessen und nicht hektisch zu reagieren.

Die Senkung der Sectiorate auf erstmalig knapp 20 Prozent im Jahr 2014 geschah dann nicht von heute auf morgen, sondern relativ gleichmäßig über einen Zeitraum von 8 Jahren. 2016 lag die Sectiorate bei 19,2 Prozent (1.830 Geburten, 1.934 Kinder bei 102 Mehrlingschwangerschaften). 100 Frauen mit einer Beckenendlage

konnten vaginal ihr Kind bekommen. Von den Mehrlingsschwangerschaften kamen zwei Drittel vaginal zur Welt, von etwa 250 Frauen mit einem oder zwei vorausgegangenen Kaiserschnitten konnten etwa 60 Prozent ihr Kind auf natürlichem Weg gebären.

Die letztgenannten Fälle sind in der allgemeinen Diskussion spektakulär, können aber insgesamt nur marginal zur Senkung der Sectiorate beitragen. Das Augenmerk muss dazu auf die vaginale Entbindung bei der Schädellage, insbesondere der erstgebärenden Mütter, gelegt werden.

### **Die vorhandene Technik im Perinatalzentrum führt also nicht automatisch zu einer vermehrt operativen Geburtshilfe?**

Das Gegenteil sollte der Fall sein. Wenn ich mit Fachleuten umgeben bin, gute Technik im Hintergrund habe und in Minuten auf einen Kaiserschnitt umstellen kann, gibt mir das viel geburtshilflichen Spielraum. Wir schauen uns im Rahmen von Geburtsplanungsgesprächen den Schwangerschaftsverlauf in jedem Einzelfall genau an, reden mit den Schwangeren und sprechen eine Empfehlung zum geburtshilflichen Vorgehen aus. Der grundsätzliche Wille muss dabei sein, wenn möglich, eine vaginale Geburt zuzulassen. Wenn wir es schaffen, dass Frauen mit einer Risikoschwangerschaft die 38. Schwangerschaftswoche erreichen, haben sich häufig viele vorhergehende Schwangerschafts- oder Frühgeburtsrisiken erübrigt. Häufig ist dann eine physiologische Geburt möglich.

Auch bei Mehrlingen mit unterschiedlichen Lageeinstellungen ist in den meisten Fällen eine vaginale Geburt möglich. In Zweifelsfällen wird im Kreißaal mittels Ultraschall die kindliche Lage und Einstellung überprüft. Die Erfahrung hat gezeigt, dass z. B. die Entwicklung eines zweiten Zwillings aus Querlage vaginal meist leichter ist als bei einem Kaiserschnitt.

Grundsätzlich wichtig ist es, möglichst einen spontanen Geburtsbeginn bei reifen Kindern zu erreichen. Dabei sollten geburtshilfliche Risiken, wenn möglich, im Vorfeld erkannt und mit den werdenden Eltern besprochen werden. Gleiches gilt aber auch für die alternative Sectio und ihre Risiken. In Zweifelsfällen erfolgen die Geburten sogar in Sectio-Bereitschaft.

### **Ist Ihr Vorgehen den Schwangeren leicht zu vermitteln? Die Frauen sind ja stark beeinflusst von der allgemeinen Risikoorientierung der Geburtshilfe.**

Oft gibt es ein Kopfproblem bei den Schwangeren und ihrer Umgebung, wenn sie durch die Schwangerschaft mental auf eine Risikogeburt geeicht sind. Geburten verlaufen aber häufig anders als die Schwangerschaft.

Man muss da offen sein, den Frauen Mut machen, selbst Zuversicht haben, ohne Roulette zu spielen. Sicher gibt es auch Grenzen, die es zu beachten gilt. So kommen beispielsweise zunehmend auch Frauen mit Zustand nach zwei und mehr Kaiserschnitten mit dem Wunsch nach einer vaginalen Geburt. Manchmal geht das, manchmal aber auch nicht. Man muss sich dann sehr genau anschauen, warum sie zuvor die Kaiserschnitte hatten.

Dies zeigt, dass mit dem ersten Kaiserschnitt operativ Weichen gestellt werden, die ohne Frage Folgeschwangerschaften und -geburten beeinflussen. Deshalb sollten wir ernsthaft versuchen, den ersten Kaiserschnitt, auf jeden Fall den primären Kaiserschnitt außer bei absoluten Indikationen zu vermeiden. Das geht zwar nicht immer, aber wenn die Frau bei der ersten Geburt zumindest eine nennenswerte Muttermunderöffnung erreicht, gelingt beim nächsten Mal häufig die vollständige Eröffnung und ein zweiter Kaiserschnitt mit noch höheren Risiken kann vermieden werden.

**Was haben Sie konkret geändert, um die Kaiserschnitttrate zu senken?**

Wir führen intensive Gespräche mit den Frauen bzw. den werdenden Eltern und machen eine frühzeitige Geburtsplanung. Das schafft Vertrauen zwischen allen Beteiligten. 95 Prozent der Schwangeren sehen wir vor der Geburt zum Vorgespräch, manchmal zwei- bis dreimal. Die Gespräche werden ergebnisoffen geführt, die Schwangere soll verstehen, dass sie die Wahl hat. Wir trauen ihr eine natürliche Geburt zu, unterstützen sie in diesem Wunsch und wollen sie von der Richtigkeit dieses Weges überzeugen.

Wenn es jedoch nicht geht, weiß die Schwangere, dass wir gegebenenfalls zugunsten des Kindes oder auch der Mutter vom geplanten Weg abweichen. Wir besprechen das vorher ausführlich, damit im gegebenen Fall keine Zeit verloren geht, denn dann müssen festgelegte Leitlinien und Verfahrensabläufe greifen. In besonderen Situationen begleiten diejenigen die Geburt, die mit den werdenden Eltern den Ablauf besprochen haben.

Wir planen nicht schon frühzeitig einen Kaiserschnitt, sondern warten so lange wie eben möglich den spontanen Geburtsbeginn ab. Manche vermeintlich auffällige Lageanomalie wie eine Beckenendlage erledigt sich dabei bis zum Geburtsbeginn von selbst. Auch Mehrlinge drehen sich häufig erst spät, manchmal erst unter den Geburtswehen in die optimale Position. Daher planen wir, wenn notwendig, einen Kaiserschnitt grundsätzlich erst in Terminnähe.

Wir klären dabei die Frauen intensiv über alle Möglichkeiten, aber auch Risiken auf. Viele wissen nicht, dass auch der Kaiserschnitt Risiken für die Mutter, aber auch die Kinder bergen kann. Wir versuchen, durch Aufklärung Sicherheit zu geben, ohne jedoch Angst zu machen.

Wichtig ist, im Vorfeld einen Konsens mit den betreuenden Hebammen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu finden, damit die Schwan-

geren nicht durch unterschiedliche Meinungen verunsichert werden.

**Was ist neben dem Vertrauen schaffenden individuellen Gespräch und einer abwartenden Haltung noch wichtig?**

Eine sehr gute theoretische und praktische Ausbildung ist grundlegend, also eine gute handwerkliche Ausbildung. Nicht immer läuft alles nach Lehrbuch, dann muss man das Handwerk sicher beherrschen und eigene Ideen entwickeln können. Diese handwerklichen Fähigkeiten sind durch das Streben nach der „sicheren“ Sectio in den Hintergrund gedrückt worden.

Viele Ärzte aber auch Hebammen haben kaum mehr ausreichendes Training und Erfahrung in Vaginalgeburten. Nachdem eine unserer Hebammen mehrere vaginale Beckenendlagen-Geburten in kurzer Zeit erfolgreich begleitet hatte, war ihr Eindruck, dass diese Geburten häufig einfacher verliefen als manche Geburt aus Schädellage. Eine solche Erfahrung macht den Kopf frei und lässt die Hebamme jene Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, die die werdende Mutter benötigt und die Voraussetzung für ein gutes Geburtserlebnis ist.

Das Handwerk der Vaginalgeburt zu beherrschen und Vertrauen sind die Vorbedingungen, um die Kaiserschnitttrate zu senken.

Weil die Frauen die Kinder rund um die Uhr bekommen, haben wir den Anspruch, Tag und Nacht das gleiche geburtshilfliche Niveau zu gewährleisten. Und die älteren Ärzte und Ärztinnen wie auch die Hebammen müssen bereit sein, ihre Erfahrungen weiterzugeben und den Jüngeren Sicherheit zu vermitteln.

**Wie schaffen Sie es, Ihre Vorstellung einer besseren Ausbildung in den Klinikalltag zu integrieren?**

Ich habe mich vor einigen Jahren aus allen anderen Tätigkeitsbereichen wie Gynäkologie und Senologie zurückgezogen und auf den Kreißaal

konzentriert. Meine Aufgabe sehe ich darin, dem Kreißsaal-Team Rückendeckung zu geben, das gibt ihm Sicherheit.

Wir treffen uns mit allen beteiligten Berufsgruppen mindestens einmal im Monat zu einer großen Sitzung und einmal wöchentlich, um die aktuellen und schwierigen Fälle durchzusprechen. Bei der Aufarbeitung und Dokumentation von schwierigen Geburtsverläufen wird manchmal auch ein zweites Team hinzugezogen. Dabei geht es nicht um Anklagen, das ist wichtig, sondern um gemeinsames Lernen. Wir führen regelmäßig externe wie interne Fortbildungen mit Ärztinnen, Ärzten und Hebammen durch, z. B. zu Themen wie der Schulterdystokie, Steißlagengeburt, Vorgehen bei Mehrlingen oder dem Zustand nach Sectio.

**Durch die Senkung der Kaiserschnitttrate haben Sie Mindereinnahmen von 400.000 Euro. Haben Sie Probleme mit der Verwaltung?**

Sicherlich sind das nicht unerhebliche Mindereinnahmen, da der Kaiserschnitt derzeit deut-

lich besser vergütet wird als die vaginale Geburt, obwohl der technische und personelle Aufwand bei letzterer häufig sehr viel größer ist. Aber ich bekomme keinen Druck seitens der Geschäftsführung, an der Stelle bin ich auch druckresistent. Ich bin Mediziner und kein Ökonom. Ich versuche intensiv die Verwaltung gegenüber den Kostenträgern zu unterstützen. Den Kostenträgern, die durch eine gelungene vaginale Geburt viel Geld insbesondere bei nachfolgenden Schwangerschaften und Geburten sparen können, sagen wir deutlich: Wir machen da keine billige vaginale Geburt, auch wenn wir schlecht vergütet werden. Ich sehe aber den Druck in vielen kleineren Kliniken schon.

**Und Ihre Botschaft?**

Meine Botschaft an die Kolleginnen und Kollegen meiner Generation: Tragt dazu bei, dass die nachfolgende Generation gut ausgebildet wird und die physiologische Geburt sicher ist, weil sie von erfahrenen Hebammen und Ärztinnen und Ärzten begleitet wird.



## Interview mit Dr. med. Katharina Lüdemann

Chefärztin Josef-Hospital  
Perinatalzentrum Level 3  
Wildeshauser Str. 92  
27753 Delmenhorst  
info@jh-del.de

**870 Geburten pro Jahr, Senkung der Sectio-Rate  
um fast 10 Prozentpunkte von über 30 Prozent  
auf 22,5 Prozent im Jahr 2017 (2015: 20 Prozent).**

**Frau Dr. Lüdemann, Sie haben in Ihrer Klinik die Kaiserschnitttrate in den letzten Jahren von rund 30 Prozent auf 20 bis 22,5 Prozent gesenkt. Was gab den Ausschlag für diese Entwicklung?**

Es gab einige Faktoren. Zum Beispiel beunruhigte mich die steigende Zahl der ungeplanten Kaiserschnitte, die ja immer ein medizinisches Risiko für die Geburt bedeuten. Meines Erachtens steht dahinter oft zu wenig Geduld auf Seiten der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer, oft auch fehlendes Vertrauen in die normale Geburt, manchmal auch fehlendes handwerkliches Können, so dass zu schnell mit einer Sectio eingegriffen wird. Ein typischer Mechanismus: Die kindlichen Herztöne sind schlecht, dann fällt - oft hektisch - die Entscheidung zum Kaiserschnitt. Das Kind hat sich aber in der Zwischenzeit wieder erholt und es geht ihm gut nach dem Kaiserschnitt. Dann heißt es: Ein Glück, dass wir den Schnitt gemacht haben! Statt zu sagen: Dem Kind geht es trotz des Kaiserschnittes gut - ein Glück! Die Frau wurde aber womöglich unnötig körperlich und seelisch belastet. Die Option, bei schlechten Herztönen die Frau z. B.

erst einmal auf die Seite zu legen, damit sich das Kind erholen kann und so wieder Ruhe in den Geburtsablauf kommt, wird leider seltener gewählt.

**Gab es weitere Faktoren?**

Ich habe immer schon gerne Geburtshilfe gemacht und habe auch Freude daran, dem Kind ohne Kaiserschnitt mit handwerklich gutem Können auf die Welt zu helfen. Zu einer guten Geburtshilfe gehören handwerkliches Können, Erfahrung und Geduld. Und dass man das, was man macht, mit Leidenschaft macht. Diese Faktoren tragen zur Senkung der Kaiserschnitttrate bei.

Wenn ich als Geburtshelferin die Erfahrung machen konnte, dass Geburten fast immer gutgehen und dass ich, wenn es mal hakt, weiß, was ich tun kann, und mit einiger Erfahrung sogar fühle, was ich jetzt tun muss, ergibt sich daraus Sicherheit. Die Handgriffe für schwierigere Situationen und Notfälle kann man im Vorhinein mit professioneller Anleitung an Beckenmodellen mit Puppen üben und regelmäßig trainieren. Das trägt zum Angstabbau und zum souveränen Handeln in Notfällen bei.

Wir machen das Training beispielsweise in zwei Teams, die jeweils bestimmte schwierige Geburtssituationen durchspielen und dann gemeinsam darüber diskutieren, was geht und was nicht. Das erhöht die Sicherheit, dass viele vaginale Geburten mit dem richtigen handwerklichen Können gutgehen können.

Es ist sicher nicht gut, dass wir die Geburtshilfe immer von den schrecklichen Notfällen her aufrollen und die Geburtshilfe quasi als Abwendung von Katastrophen sehen. Wir sollten in erster Linie die natürlichen Abläufe anschauen und verstehen und erst dann von außen eingreifen, wenn der natürliche Ablauf nicht mehr klappt. Wenn man gedanklich immer vom Schlimmsten ausgeht, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass das auch irgendwann das Handeln bestimmt und man damit dazu beiträgt, den natürlichen Geburtsprozess durcheinanderzubringen.

### Wie lässt sich das in der Praxis umsetzen?

Indem wir wieder das Vertrauen schaffen und festigen, dass die Geburt im Normalfall gutgeht. Dieses Vertrauen fehlt vielen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern und auch vielen Frauen. Und falls es da ist, wird es untergraben. Was hat die Schwangere zum Beispiel davon, wenn sie aufgrund eines neuen Labortests in der 10. Schwangerschaftswoche weiß, dass sie das Risiko einer Präeklampsie hat? Es überschattet ihre Schwangerschaft. Machen kann man nichts und die Wahrscheinlichkeit ist sehr groß, dass sie keine Präeklampsie bekommt. Sollte sich doch eine entwickeln, können wir das rechtzeitig erkennen und handeln. Sie bräuchte sich also keine Sorgen zu machen. Weil sie bei dem Test diese Botschaft aber nicht bekommt, fühlt sie sich wie auf einer Zeitbombe und wird unsicher. Vertrauen in den Geburtsmechanismus und Übung - das sind die Stichworte.

### Ihre Kaiserschnitttrate ist wieder leicht angestiegen. Wo liegen die Gründe dafür?

Die Rate liegt derzeit bei etwa bei 22,5 Prozent. Im Sommer 2015 waren es 20 Prozent. Die Rate

hat sich durch die vielen Flüchtlingsfrauen, die zu uns kommen, erhöht. In etlichen Herkunftsländern liegt die Sectio-Rate bei über 40 Prozent. Da die von dort kommenden Frauen in der Regel mehrere Kinder bekommen, haben wir medizinisch ein großes Problem. Nicht selten sehe ich Sectio-Narben, deren Zustand eine Gefahr für die nächste Schwangerschaft bedeutet. Manchmal ist die Plazenta so in der Narbe festgewachsen, dass die Gefahr einer Uterusruptur tatsächlich gegeben ist. Da kann man keine Vaginalgeburt mehr empfehlen. Ich hatte gerade den Fall einer 22-jährigen Frau, die in der 25. Schwangerschaftswoche ihr Kind verloren hat. Die Plazenta war ganz festgewachsen. Sie hat schon zwei Mädchen mit Kaiserschnitt bekommen und möchte nun unbedingt noch einen Sohn. Der Ehemann entscheidet darüber. In diesem Fall sind die vorangegangenen Kaiserschnitte und der Zustand der Gebärmutter wirklich gefährlich für die junge Frau.

Es gibt in den Herkunftsländern oft nur wenige Hebammen und die Frauen finden schwer jemanden, der sie bei einer normalen Geburt begleitet. Viele der Flüchtlingsfrauen wissen auch nicht, warum die Sectio gemacht wurde. Sie haben wenige Möglichkeiten, mitzuentcheiden.

### Hat sich durch die Senkung der Sectio-Raten die Zahl der vaginaloperativen Geburten erhöht?

Nur geringfügig. Wir haben etwa 7 Prozent Sauglocken- und 1 Prozent Zangengeburt.

### Welche Gründe für eine Sectio sind weggefallen? Welche bleiben?

Hauptsächlich weggefallen sind die ungeplanten Kaiserschnitte. Die häufigste Indikation bei uns ist der Zustand nach Kaiserschnitt. Häufig kommen die Frauen vorinformiert von Frauenärztinnen und Frauenärzten, die selbst noch gelernt haben: Einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt. Oder die Frauen haben Angst vor den Schmerzen oder haben schon eine traumatische Geburt erlebt. Sie möchten häufig eine Sectio. Dann wäre es besonders wichtig, der traumatischen Erfahrung

eine neue, gute Erfahrung entgegenzusetzen. Hier kann man durch Gespräche Ängste entkräften. Das geht allerdings nicht immer, wie im Beispiel der 22-jährigen Frau mit schlecht verheilten Kaiserschnittnarben.

**Wie wirkt sich die gesunkene Sectio-Rate auf das Team aus? Wie stehen Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Ihrem Vorgehen?**

Für die Hebammen ist es auf alle Fälle eine große Erleichterung. Wir haben sehr selbständige Hebammen mit langer Erfahrung, die die flachen Hierarchien schätzen und es begrüßen, dass viele Entscheidungen im Team getroffen werden. Die Hebammen sind gleichberechtigt und sehen es auch als ihren Job an, jungen Assistentinnen und Assistenten, die weniger Erfahrung haben, etwas beizubringen und sie mit anzuleiten. Von den meisten jungen Ärztinnen wird das akzeptiert, manchen Männern fällt es nicht immer leicht, die Hebammen als gleichberechtigt zu akzeptieren.

Am meisten hat sich die Einstellung verändert, die Geburt nicht per se mit Risiko und Katastrophe gleichzusetzen. Es hat sich eine grundsätzlich positive Grundhaltung entwickelt. Bei einer normalen Geburt muss man nicht viel machen. Da sein und Ruhe bewahren. Die Geburtshelferinnen und Geburtshelfer haben nicht mehr den Druck, auf alle Fälle etwas tun zu müssen, auch wenn es nicht nötig ist.

**Einige Kliniken mit niedriger Kaiserschnittquote führen das unter anderem darauf zurück, dass die Chefärzte bzw. Chefärztinnen sich hauptsächlich auf die Geburtshilfe konzentrieren und es immer auch eine Oberarztpräsenz gibt. Wie ist das bei Ihnen?**

Das ist in jedem Fall gut. Wir bekommen das aber nicht bezahlt, dazu ist unsere Klinik mit 870 Geburten zu klein. Wir machen den Hintergrunddienst von zuhause aus, allerdings sind alle in zehn Minuten einsatzbereit im Kreißaal. Der Hintergrunddienst ist dann für den kommenden Tag verantwortlich für den Kreißaal. Damit der

Hintergrunddienst klappt, ist es wichtig, dass die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie die Hebammen wissen, sie werden nicht runtergeputzt, wenn sie den Oberarzt rufen. Früher hatte man große Angst, ihn anzurufen.

**Viele Klinikärztinnen und Klinikärzte beklagen, dass die Niedergelassenen die Schwangeren schneller in Richtung Kaiserschnitt beraten, diese Einschätzung aber nicht immer mit der Klinikeinschätzung übereinstimmt. Das verunsichert die Frauen. Wie ist bei Ihnen die Zusammenarbeit?**

Die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten und der Klinik ist auch bei uns noch nicht optimal. Wir bemühen uns sehr um Kontakt und organisieren auch Fortbildungen mit sehr guten Referentinnen und Referenten, zu denen auch die Niedergelassenen eingeladen werden. Allerdings kommen nur wenige, vielleicht zehn Prozent, das ist schon etwas frustrierend. Es ist ja auch gerade für die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, deren Ausbildung teilweise länger zurückliegt, sehr wünschenswert, neuere Entwicklungen zu kennen und gemeinsam zu besprechen. Die Schwangere profitiert davon, wenn die Niedergelassenen und die Klinik auf dem gleichen fachlichen Stand sind.

Viele gerade jüngere niedergelassene Kolleginnen und Kollegen wollen nach der Praxisarbeit zu ihren Familien nach Hause, besonders wenn sie nicht am Ort wohnen. Die Bereitschaft, sich außerhalb der Arbeitszeit zu engagieren, ist derzeit oft aus familiären Gründen leider sehr gering.

**Gab es Schwierigkeiten mit der Klinikleitung durch die sinkenden Kaiserschnittquoten und fehlenden Einnahmen?**

Nein. Schwierigkeiten kommen eher von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, oft auch von Gynäkologinnen und Gynäkologen in Teilzeitarbeit. Sie haben meist nicht ausreichend Erfahrung mit Geburten, weil sie vielleicht nur zwei Nachmittage in der Praxis angestellt sind. Nicht

selten werden Kaiserschnitt-Indikationen aufgrund mangelnder Erfahrung mit der Normalgeburt und einem daraus resultierenden „unguten Gefühl“ gestellt. Ich kann verstehen, dass man manchmal nervös wird. Aber das sollte man nicht gleich der Frau mitteilen, sondern erst einmal für sich selbst klären, was liegt vor, und dann die Konsequenz ziehen. Manchmal ist es aber auch schlicht ein Machtproblem: Wer hat zu bestimmen, was mit der Frau passiert?

### Wo sind die wichtigsten Stellschrauben, um etwas zu verändern?

Die Finanzierung in der Geburtshilfe. Das Vergütungssystem. Das Risiko ins Zentrum stellen

und aus allem eine Krankheit machen, das bringt Geld. Diese Art der Finanzierung des Gesundheitswesens muss geändert werden. Es ist ein katastrophales Signal, wenn es viel Geld in die Kasse bringt, eine Frühgeburt möglichst früh zur Welt zu bringen, und wenig, wenn die Schwangere möglichst lang begleitet wird, um das Kind im Mutterleib zu halten. Das heißt, wer möglichst früh und möglichst invasiv eingreift, verdient das meiste Geld. Eine normale Schwangerschaft bringt nicht so viel Geld wie eine Risikoschwangerschaft. Wenn Geburten pauschal und Kaiserschnitt und Vaginalgeburt gleich bezahlt würden, fiel das Signal weg, je mehr man eingreift, auch unnötig, desto lukrativer ist die Geburtshilfe.



## Interview mit Dr. med. Andreas Worms

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
Klinikum Kassel

Leiter der Abteilung Geburtshilfe  
andreas.worms@klinikum-kassel.de

**2.300 Geburten pro Jahr,  
Senkung der Kaiserschnitttrate um 15 Prozentpunkte  
von 42 bis 45 Prozent (2013) auf 27 Prozent (2017)**

**Herr Dr. Worms, Sie haben in den Jahren zwischen 2013 und 2017 die Kaiserschnitttrate an Ihrer Klinik von über 40 Prozent auf aktuell rund 27 Prozent gesenkt. Was gab den Ausschlag dafür?**

Als ich die Klinik Anfang 2013 übernommen habe, gab es wegen der hohen Kaiserschnitttrate unter den Hebammen eine große Unzufriedenheit. Da damals fast die Hälfte der Kinder im OP geholt wurde, haben wir uns zusammengesetzt und logistische Gespräche darüber geführt, was verändert werden kann und muss.

Beim Einstellungsgespräch hat mir allerdings der Vorstandsvorsitzende bedeutet, dass nur die Risikogeburtshilfe Geld bringe. Es hat rund drei Jahre gebraucht, um die Verwaltung davon zu überzeugen, dass man auch mit der Normalgeburt für die Klinik Gewinne machen kann. Der Kaiserschnitt ist ökonomisch gesehen nicht per se lukrativer. Das ist Augenwischerei. Denn ich muss viel Geld beim Kaiserschnitt abführen (an OP-Personal, Anästhesie, etc.). Wenn ich weniger Kaiserschnitte mache, sind z. B. die Betten nur zwei bis drei

Tage und nicht wie beim Kaiserschnitt mindestens vier Tage belegt. Wenn die Betten schneller frei sind, können sie schneller wieder belegt werden. Die 32 Betten auf unserer Geburtsstation mussten früher für 1.500 Geburten reichen, jetzt reichen sie für 2.300 Geburten. Durch unsere erfolgreiche Strategie der Geburtshilfe stehen wir nun besser da und haben mehr Zulauf. Damit werden die etwas geringeren Einnahmen kompensiert. Dem etwas höheren Gewinn bei einem Kaiserschnitt steht der größere Aufwand gegenüber, z. B. mehr Laborleistungen und mehr Personalaufwand, der ja bezahlt werden muss, das darf man nicht vergessen.

Unterm Strich erzielen wir zwei Millionen Gewinn im Jahr mit der Geburtshilfe. Das ist auch für den Geschäftsführer okay.

**Welche Änderungen haben Sie konkret vorgenommen?**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren alle sehr motiviert, die Geburtshilfe zu verändern und gemeinsam neue Standards, angelehnt an

die Leitlinien, zu erarbeiten. Wir haben regelmäßige Gespräche geführt und sind unter anderem zu dem Schluss gekommen, dass wir weniger Gerätemedizin und mehr sprechende Medizin brauchen und wollen. Wir haben die Geburtsplanung aus dem Kreißsaal rausgezogen und Fachpersonal abgestellt, das drei Stunden am Tag Zeit hat, außerhalb des Kerngeschäftes mit den Schwangeren eine halbe bis dreiviertel Stunde die Geburt individuell zu planen. Je eher wir die Frauen sehen und sprechen, desto besser. Wenn die Frau - manchmal auch durch den niedergelassenen Arzt - schon voreingestellt auf eine primäre Sectio kommt, ist es schwer, sie umzustimmen. Dieser Voreinstellung kann man zuvorkommen. Aus diesem Grund nehmen wir regelmäßig an den Qualitätszirkeln der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte teil. Durch die enge Zusammenarbeit hat sich ein Umdenken ergeben. Wir diskutieren über den Sinn oder Unsinn mancher Vorgehensweisen, z. B. der Geburtseinleitung nach einem rigiden Schema. Manches sahen die Niedergelassenen aufgrund althergebrachter Vorgehensweisen anders, aber durch eine gemeinsame Diskussion kommt es mittlerweile zu einem einheitlicheren Vorgehen. Seit ein paar Jahren läuft das hier ganz gut.

Aber man braucht auf alle Fälle jemanden, der sich um all das ausschließlich kümmert. Das sind bei uns meine ausschließlich geburtshilfliche Oberärztin und ich. Und wir haben eine Oberarztpräsenz. Das heißt, wir sorgen dafür, dass die Qualität der Geburtshilfe, wenn möglich, immer eingehalten wird. Wir bilden auf diese Weise auch die neuen Ärztinnen und Ärzte aus und erweitern ihr geburtshilfliches Spektrum. Sie lernen z. B. wieder, Beckenendlagen vaginal zu entbinden oder dass nicht bei jeder Frühgeburt ein Kaiserschnitt nötig ist. Sie lernen auch, dass für eine gute Geburtshilfe eine individuelle, auf die jeweilige Frau bezogene und mit ihr gemeinsam getroffene Entscheidung wichtig ist. Dabei haben sie Rückendeckung durch mich und mein „breites Kreuz“. Die Schwangere bzw. die Eltern haben

das sichere Gefühl, dass alle wichtigen Befunde sorgfältig beachtet wurden, und sie wissen, wer sich um sie kümmert.

Diese Art des Arbeitens kostet manchmal Zeit und auch Nerven, lohnt sich aber. Ob jemand krank oder im Urlaub ist - die Geburtshilfe kann mit gleicher Qualität weitergehen.

### **Welche Maßnahmen haben Sie noch ergriffen?**

Wir sorgen für eine gute Ausbildung und haben dadurch ein gutes Team. Die Geburtshilfe ist auf mehrere Schultern verteilt. Das Team lernt, sich etwas zuzutrauen und keine Angst, aber Respekt vor der Geburt zu haben. Viele Ärzte und Ärztinnen haben Angst, weil sie die vaginale Geburtshilfe nicht mehr können, und greifen deshalb schnell zum Skalpell. Sie haben natürlich auch Angst wegen der Versicherungslage, vor Schadensersatzprozessen. Die Schadenssummen gehen heute in die Millionen. Das wollen sie sich verständlicherweise ersparen.

### **Wie ist es mit der Angst, die die Schwangeren und ihr Umfeld haben? Sind sie offen dafür, sich die Ängste nehmen zu lassen?**

Viele Frauen kommen stark verunsichert oder verängstigt durch Medien, Freundinnen etc., die die Ängste gern hochstilisieren. Im Gespräch kann man ihnen oft die Unsicherheit nehmen. Angst vor Schmerzen lassen sich einerseits durch fundiertes Wissen und andererseits durch Einfühlungsvermögen in die Frau und ihre Situation reduzieren. Man muss ihre Ängste ernst nehmen. Manche Frauen brauchen Zeit und ein zweites Gespräch. Das kostet natürlich Zeit, aber Vertrauen baut sich nicht im Handumdrehen auf.

### **Welche Gründe für eine Sectio sind weggefallen?**

Es gibt z. B. weniger Kaiserschnitte bei einer Beckenendlage. Nicht mehr eine 100-Prozent-Rate wie früher. Bei uns gilt auch nicht: einmal Sectio, immer Sectio. Die Resectio-Rate liegt bei uns bei 53 Prozent. Der hessische Durchschnitt liegt bei

72 Prozent. Auch Diabetes, ein höheres Alter oder Übergewicht führen bei uns nicht automatisch zu einem Kaiserschnitt. Bei übergewichtigen Patientinnen sollte man sowieso bestrebt sein, einen Kaiserschnitt zu vermeiden.

**Ist durch die gesunkene Sectio-Rate die Zahl der vaginaloperativen Geburten gestiegen?**

Wir haben 15 Prozent weniger Kaiserschnitte bei einer gleichen Anzahl von vaginaloperativen Geburten. Sie liegen wie vorher bei 7 bis 8 Prozent. Die Reduzierung der Sectio-Rate geht zugunsten der Spontangeburt.

**Was Sie sagen, leuchtet ein. Warum verbreitet sich Ihre Haltung nicht stärker?**

Vielleicht weil immer seltener engagierte Leute die Geburtshilfe betreiben. Die Geburtshilfe und besonders die Vaginalgeburten sind über Jahre

vernachlässigt und nicht mehr wirklich praktiziert worden. Ich habe meine Ausbildung in Erfurt noch zu DDR-Zeiten gemacht. Damals gab es weniger Kaiserschnitte und mehr Vaginalgeburten. Schlussendlich muss man Geburtshilfe lieben und lieben und sich komplett einbringen. Ohne Herzblut geht das nicht. Geburtshilfe nebenbei funktioniert nicht. Man kann zum Beispiel nicht hauptsächlich Onkologie betreiben und nebenbei noch Geburtshilfe machen. Wenn man ausschließlich das macht, was man kann, dann läuft das auch.

**Was wäre Ihre Botschaft an Ihre Fachkolleginnen und Fachkollegen?**

Vielleicht mehr auf die Hebammen zu hören und mit ihnen zusammenzuarbeiten. Sie haben eine etwas andere Denkweise, die manchen Ärztinnen und Ärzten verquer vorkommt, liegen aber oft richtig.



Arbeitskreis Frauengesundheit  
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.)  
Sigmaringer Str. 1 | 10713 Berlin  
Tel: 030 - 86 39 33 16 | Fax: 030 - 86 39 34 73  
buero@akf-info.de  
www.akf-info.de | facebook.com/AKFeV