

Die persönliche Wahl des Geburtsmodus. Wie entscheiden sich Urogynäkologinnen und Urogynäkologen? Erste Ergebnisse der DECISION-Studie

Personal Preference of Mode of Delivery. What do Urogynaecologists choose? Preliminary Results of the DECISION Study

Autoren

Julia Bihler¹, Ralf Tunn², Christl Reisenauer¹, Jan Pauluschke-Fröhlich¹, Philipp Wagner¹, Harald Abele¹, Katharina K. Rall¹, Gert Naumann³, Markus Wallwiener⁴, Sara Y. Brucker¹, Markus Hübner¹

Institute

- 1 Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
- 2 Klinik für Urogynäkologie, Deutsches Beckenbodenzentrum, St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin
- 3 Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Helios Klinikum Erfurt, Erfurt
- 4 Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Heidelberg

Schlüsselwörter

Geburtsmodus, elektive Sectio, Risikostratifizierung, Rückbildung, Pessartherapie

Key words

mode of delivery, elective caesarean section, risk stratification, postpartum recovery, pessary therapy

eingereicht 24. 8. 2017

akzeptiert 9. 10. 2017

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-120919>
Geburtsh Frauenheilk 2017; 77: 1182–1189 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Markus Hübner
Department für Frauengesundheit,
Universitätsklinikum Tübingen
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen
markus.huebner@med.uni-tuebingen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Derzeit kommt in Deutschland fast jedes 3. Kind durch Kaiserschnitt zur Welt. Neben eindeutigen Indikationen zur Sectio, die ca. 10% ausmachen, ist besonders der große

Anteil an relativen Indikationen kritisch zu hinterfragen, wenn die derzeitige Sectiorate nachhaltig gesenkt werden soll. Ob dies in Deutschland ein realistisches Ziel ist, ist vor allem vor dem Hintergrund der internationalen Entwicklungen mehr als fraglich. Alle Untersuchungen zu diesem Thema zeigen hierbei, dass die persönliche Einstellung des betreuenden geburtshilflichen Teams einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Wahl des Geburtsmodus der Schwangeren hat. Im ersten Teil der DECISION-Studie wurde daher die persönliche Präferenz von Urogynäkologinnen und Urogynäkologen bezüglich des für sie optimalen Geburtsmodus evaluiert.

Material und Methoden Alle 432 Teilnehmer/innen des 9. Deutschen Urogynäkologie-Kongresses in Stuttgart im April 2017 wurden eingeladen, sich an der onlinebasierten Fragebogenstudie zu beteiligen. Der hierzu herangezogene Fragebogen wurde eigens für diese Arbeit konzipiert.

Ergebnisse 189 (43,8%) der 432 registrierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern partizipierten. 84,7% (n = 160) der Studienteilnehmer bevorzugten bei unkomplizierter Schwangerschaft eine Spontangeburt. Nur 12,2% (n = 23) präferierten eine Entbindung durch eine elektive Sectio caesarea. Als Hauptgründe hierfür wurde die Sorge vor einer Inkontinenz (87,5%) oder einem Beckenbodenschaden (79,2%) angegeben. An einem im Fragebogen vorgestellten System der Risikostratifizierung, welches ermöglichen soll, anhand von spezifischen Parametern ein Hochrisikokollektiv für Erkrankungen des Beckenbodens frühzeitig zu erkennen, würden 83,6% teilnehmen. Auch das Interesse an einer gezielten postpartalen Rückbildung (97,8%) und an einer hiermit verbundenen optionalen Pessartherapie (64,4%) war groß. Es zeigten sich zudem signifikante Einflüsse der Art der bereits erlebten Geburt (Spontangeburt vs. primäre Sectio) und der Parität auf den zukünftig präferierten Geburtsmodus.

Schlussfolgerung Urogynäkologen/innen bevorzugen die vaginale Entbindung. Es besteht eine große Bereitschaft, an einer Risikostratifizierung teilzunehmen, um risikoadaptiert und individualisiert vorgehen zu können.

ABSTRACT

Introduction Currently, almost every third child in Germany is delivered by caesarean section. Apart from straightforward and clear indications for caesarean section which account for approx. 10%, the large proportion of relative indications in particular needs to be critically reviewed if the current C-section rate is to be effectively lowered. It is more than doubtful, however, whether this can be a realistic goal in Germany, especially in the context of international developments. All studies on this topic demonstrate that the personal attitude of the obstetric team has a considerable influence on the pregnant woman's personally preferred mode of delivery. Therefore, in the first part of the DECISION study, the personal preferences of urogynaecologists were evaluated regarding the best suitable mode of delivery.

Material and Methods All 432 delegates at the 9th German Urogynaecology Congress in Stuttgart in April 2017 were invited to participate an online questionnaire study. The questionnaire was developed especially for this study.

Results Of the 432 registered delegates, 189 (43.8%) participated in the survey. 84.7% (n = 160) of the study participants would prefer a vaginal delivery, in an otherwise uncomplicated pregnancy. Only 12.2% (n = 23) opted for an elective caesarean section. The main reasons stated for this decision were concerns about incontinence (87.5%) and pelvic floor trauma (79.2%). Amongst the study participants, 83.6% would like to be part of a risk stratification system presented in the questionnaire which, with the aid of specific parameters, is intended to allow early identification of a population with a high risk of developing pelvic floor disorders. There was also great interest in postpartum pelvic floor recovery (97.8%) and an associated optional pessary therapy (64.4%). The type of delivery already experienced (vaginal delivery vs. primary caesarean section) and parity also reveals to have a significant influence on the personal preferred mode of delivery as well.

Conclusions Urogynaecologists prefer vaginal delivery for themselves. There is a great interest to participate in a risk stratification process in order to approach childbirth in an individualized and risk-adapted manner.

Einleitung

Die hohen Sectioraten in Deutschland sind nicht nur für Hebammen und Geburtshelfer unbefriedigend, sondern führen auch in der Gesellschaft und Politik zu Diskussionen und Bemühungen, diese zu senken [1, 2]. Auch wenn die Rate an Kaiserschnitten laut Statistischem Jahrbuch 2016 des Statistischen Bundesamtes in den Jahren 2010–2014 mit 32% relativ konstant blieb [3], finden sich regional starke Unterschiede, die nicht nur organisatorische, strukturelle oder demografische Gründe haben, vielmehr scheint ein heterogenes Vorgehen bei den sogenannten „relativen Indikationen“ zur Sectio mit ausschlaggebend zu sein [4, 5].

Bei eindeutigen „harten Indikationen“, die weniger als 10% der Sectioindikationen ausmachen [6], besteht wenig Diskussionsbedarf. Auch dürften hier nur wenige bis keine regionalen Unterschiede zu finden sein. In der mit 90% großen Grauzone der „relativen Indikationen“ zum Kaiserschnitt ist unklar, in welchem Maße neben rationalen, medizinischen Gründen auch die persönliche Einstellung und Erwartungshaltung nicht nur des werdenden Elternpaares, sondern in besonderem Maße auch des behandelnden geburtshilflichen Teams aus Hebamme und Geburtshelfer/in relevant wird.

An diesem Punkt greift die DECISION-Studie an. Hinter diesem Akronym verbirgt sich „Die persönliche Wahl des Geburtsmodus – eine prospektive, online-basierte, informative Fragebogenstudie“.

Bereits vor mehr als 20 Jahren befragten Al Mufti et al. 282 britische Gynäkologinnen und Gynäkologen, welchen Geburtsmodus sie denn – eine unkomplizierte Einlingsschwangerschaft vorausgesetzt – präferieren würden. 31% der Ärztinnen und 8% der Ärzte (für ihre Frau) wünschten sich in der damaligen Umfrage eine Sectio [7]. Mit 80% wurde als Hauptgrund die Sorge vor einem Beckenbodenschaden angegeben [7].

War dieses Kollektiv repräsentativ? Haben wir heute, mehr als 2 Jahrzehnte später, neue Erkenntnisse gewonnen, die uns anders abstimmen lassen?

Ein erstes Ziel dieser Fragebogenstudie war es daher, in einem Kollektiv von urogynäkologischen Spezialistinnen und Spezialisten die persönliche Wahl des Geburtsmodus für sich selbst bzw. für seine Partnerin abzufragen, sowie im Falle eines Wunsches nach einer Kaiserschnittentbindung Gründe hierfür zu evaluieren.

Mit einer Weitergabe spezifischer Informationen über den weiblichen Beckenboden, Auswirkungen einer Periduralanästhesie, Erläuterungen einer Rückbildung und der Option einer möglichen Pessartherapie sollte das Interesse an diesen Punkten geweckt und analysiert werden. Schließlich wurde die Möglichkeit einer Risikostratifizierung in der Geburtsmedizin erläutert und abgefragt, in wieweit sich das Abstimmverhalten durch einen Zugewinn an Information ändert.

Material und Methoden

Entwicklung des Fragebogens

Aufgrund fehlender deutschsprachiger validierter Fragebögen, die persönliche Wahl des Geburtsmodus betreffend, wurde zunächst gemeinsam mit dem Deutschen Beckenbodenzentrum Berlin (RT) ein individueller, onlinebasierter, informativer Fragebogen entwickelt. Dieser sollte nicht nur die Parameter rund um die Wahl des Geburtsmodus erfassen, sondern auch spezifische Informationen zu diesem Themenkomplex liefern. Die Grundidee stellte somit einen Austausch zwischen Beckenbodenspezifischem Fachwissen einerseits und den entsprechenden Antworten des befragten Kollektivs andererseits dar. Auch sollte auf diese Weise evaluiert werden, inwieweit ein Zugewinn an Wissen das mögliche Entscheidungsverhalten ändert, ohne jedoch manipulativ zu

wirken. Zunächst wurden anonym demografische Daten erfasst, die in ► **Tab. 1** zu finden sind. Die einzelnen Fragen- und Themenkomplexe sind in ► **Tab. 2** dargestellt.

Beschreibung der Studienkohorte

Nach einer intensiven Testphase und der Zustimmung der Ethikkommission der Universität Tübingen (91/2017BO2) wurden in dieser 1. Phase der DECISION-Studie prospektiv alle 432 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 9. Deutschen Urogynäkologie-Kongresses in Stuttgart im April 2017 eingeladen. Diese 1. Kohorte sollte ein Beckenbodenspezifisch interessiertes und urogynäkologisch informiertes Kollektiv darstellen.

Eingeschlossen wurden alle Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer, unabhängig davon, ob männlich oder weiblich, ob bereits Kinder geboren worden waren oder nicht, ob eine Schwangerschaft oder ein Kinderwunsch vorlag oder nicht. Die männlichen Teilnehmer wurden aufgefordert, die Fragen so zu beantworten, wie sie sich für ihre (ggf. zukünftige) Frau entscheiden würden.

Einzige Ausschlusskriterien waren Minderjährigkeit (in dieser Kohorte nicht zutreffend) und sprachliche Schwierigkeiten, einen deutschen Fragebogen ausfüllen zu können.

Einladungsmodalitäten

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses erhielten während ihrer Registrierung vor Ort die Einladung mit der Web-Adresse der Onlineumfrage. Während des Kongressprogrammes erfolgte wiederholt eine erneute Einladung über die Projektionsmedien. Auch wurden in Postkartenformat gedruckte Einladungen im Kongresssaal verteilt. Nach Abschluss des Kongresses wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer nochmals per E-Mail über die Möglichkeiten der Studienteilnahme informiert. Die erste Seite des Fragebogens ist in ► **Abb. 1** gezeigt.

Software und Statistik

Als Umfragetool wurde die Software Enterprise Feedback Suite Summer 2017 der Firma Questback GmbH, Köln verwendet. Die Datensicherheit wurde hier vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik durch ein ISO-27001-Zertifikat bestätigt. Die Daten wurden in anonymer Form gespeichert, eine Rückverfolgung über die IP-Adressen war für die Autoren nicht möglich.

Die statistische Analyse erfolgte mittels SPSS Version 23.0 für Microsoft Windows (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Die deskriptiven Daten wurden mittels absoluter und relativer Häufigkeitsverteilung ermittelt. Eine Multiregressionsanalyse wurde zur Auswertung von Mehrfachantworten verwendet. Zur Überprüfung der Unabhängigkeit verschiedener Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Geburtsmodus vorangegangener Geburten, Einfluss der Risikostratifizierung, Parität, Weiterbildungsstatus, Subspezialisierung) auf die Wahl des Geburtsmodus wurde jeweils passend der Student T-Test, χ^2 -Test, McNemar-Test und Welch-Test mit Post-hoc-Analyse (Games Howel, aufgrund Varianzheterogenität) angewendet. Ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ wurde festgelegt. Eine vor Studienstart berechnete Fallzahlanalyse lieferte eine Mindestanzahl von 155 zu beantwortenden Fragebögen (McNemar-Test), um die entsprechende statistische Power von 0,8 zu erreichen.

► **Tab. 1** Demografische Fragen.

demografische Daten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Beruf (ärztlich, Physiotherapie, Hebamme, MFA, etc.) ▪ Fachdisziplin (Gynäkologie, Urologie, Viszeralchirurgie) ▪ Position (Assistenz-, Fach, Ober- oder Chefarzt/in bzw. ärztliche/r Direktor/in) ▪ Schwerpunkt (Urogynäkologie, Geburtshilfe oder anderer) ▪ Erwarten Sie ein Kind? ▪ Wie viele Kinder haben Sie? ▪ Geburtsmodus der bereits geborenen Kinder
---------------------	--

► **Tab. 2** Fragenkomplexe und erläuterte Themen.

Fragenkomplexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahl des Geburtsmodus ▪ Wer trifft diese Entscheidung? ▪ Wunsch nach PDA ▪ Bereitschaft zur Teilnahme an einer Risikostratifizierung ▪ Interesse an Rückbildung, am besten durch wen durchgeführt? ▪ Interesse an einer postpartalen Pessartherapie
erläuterte Themen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenstudie von Al-Mufti et al. [7] ▪ Erläuterungen zur PDA und möglichen Chancen einer Beckenbodenprotektion ▪ Risikostratifizierung analog zu UR-CHOICE-Studie [8] ▪ postpartale Pessartherapie

Die DECISION-Studie ist bei clinicaltrials.gov registriert (NCT03131830).

Ergebnisse

Demografie der Studienpopulation

Von den 432 registrierten Kongressteilnehmern nahmen 189 (43,8%) an der Studie teil. Davon waren 66,7% ($n = 126$) weiblich und 33,3% ($n = 63$) männlich. 177 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, ärztlich tätig zu sein (93,7%). Die übrigen $n = 12$ verteilten sich auf eine Gruppe aus der Physiotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der medizinischen Fachangestellten, Studierende sowie andere. Aufgrund der niedrigen Fallzahl der nichtärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist eine Analyse der Berufsgruppen untereinander im Gesamtkollektiv nicht durchgeführt worden.

$n = 170$ (96,0%) der ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in der Gynäkologie und Geburtshilfe tätig und hiervon haben erwartungsgemäß 142 (83,5%) eine urogynäkologische Spezialisierung, $n = 36$ sehen ihren Schwerpunkt in der Perinatalogie (21,2%), $n = 29$ gaben eine andere Subspezialisierung an (17,1%). Hier war eine Mehrfachnennung möglich. Bezüglich ih-

DECISION-Studie
Die persönliche Wahl des Geburtsmodus - Eine prospektive, online-basierte, informative Fragebogenstudie

4%

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 9. Deutschen Urogynäkologie-Kongresses in Stuttgart.

"Die Sectorate ist unbefriedigend. Wir wissen allerdings nicht, ob sie einfach zu hoch oder zu niedrig ist."
Frederick P. Zuspan, M.D. 1922-2009

Mit diesem Zitat möchten wir Sie herzlich einladen, an unserer Fragebogenstudie teilzunehmen. Sie werden dazu ungefähr 10 Minuten Ihrer Zeit benötigen, aber einen lohnenswerten Beitrag leisten, etwas mehr Licht in das Dunkel um die Wahl des „besseren Geburtsmodus“ zu bringen. Idealerweise werden Sie auch dabei Informationen erhalten und Dinge „dazulernen“, die Ihnen bis dato nicht ganz klar waren und so „tauschen“ wir unser Wissen gegen Ihre Meinung aus, so dass beide Seiten davon profitieren.

Teilnehmen dürfen Sie ohne Einschränkungen, egal ob Sie Kinder wollen oder nicht, Kinder haben oder nicht, männlich oder weiblich sind. Auch Ihr Beruf oder Ihre Spezialisierung spielt keine Rolle. Sie müssen allerdings volljährig und eine Teilnehmerin/ ein Teilnehmer dieses Kongresses sein. Im Laufe der Befragung werden wir Ihnen einige Fragen erneut stellen, um herauszufinden ob Sie Ihre Meinung ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine Antwort. Fragen, bei der eine Mehrfachnennung möglich ist, sind explizit so gekennzeichnet. Sind Sie männlich, so antworten Sie bitte so, wie Sie sich eine Entscheidung für Ihre (zukünftige) Frau wünschen würden. Ihre Antworten werden anonym ausgewertet und gespeichert. Eine Rückverfolgung zu Ihrer Person ist nicht möglich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

► **Abb. 1** Begrüßungsseite mit Einleitung.

rer Weiterbildung zeigte sich die folgende Verteilung: Assistenzarzt/in $n = 21$ (11,9%), Facharzt/in $n = 31$ (17,5%), Oberarzt/in $n = 87$ (49,2%) und Chefarzt/in bzw. ärztliche/r Direktor/in $n = 38$ (21,5%).

Eine hohe Quote für den Spontanpartus

Als präferierten Geburtsmodus bei unkomplizierter Schwangerschaft gaben 84,7% ($n = 160$) an, spontan entbinden zu wollen, 12,2% ($n = 23$) bevorzugten eine primäre, elektive Sectio und 3,2% ($n = 6$) wählten die Option „weiß nicht“.

Die ausschlaggebenden Gründe, sich bei einer unkomplizierten Schwangerschaft eher für eine primäre Sectio zu entscheiden, sind in ► **Tab. 3** aufgeführt.

Bei der Frage, wer die Entscheidung bezüglich des optimalen Geburtsmodus treffen sollte, waren es bei 32,8% ($n = 62$) der Befragten die Frau selbst, 20,1% ($n = 38$) wünschten, diese Entscheidung als Paar zu treffen, und 40,2% ($n = 76$) möchten, dass die Entscheidung durch die Frauenärztin/den Frauenarzt bzw. durch die Hebamme gemeinsam mit dem Elternpaar getroffen wird.

Periduralanästhesie

Die Option einer PDA zur Schmerzlinderung während der Geburt würden 41,3% ($n = 78$) wahrnehmen, im Gegensatz dazu wünschen 18,5% ($n = 35$) keine PDA und 40,2% ($n = 76$) gaben „weiß nicht“ an. Die Hauptgründe, sich gegen eine PDA zu entscheiden sind in ► **Tab. 4** aufgelistet.

Risikostratifizierung

Für diesen Teil der Befragung erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Informationen über das Prinzip einer Risikostratifizie-

rung am Beispiel der UR-CHOICE-Studie, in der mittels unterschiedlicher Parameter, die bereits präpartal und während der Schwangerschaft abgefragt werden, ein Hochrisikokollektiv für Erkrankungen des weiblichen Beckenbodens frühzeitig erkannt werden soll [8]. Die Bereitschaft, an einem derartigen System der individualisierten Geburtsmedizin teilzunehmen, war mit 83,6% ($n = 158$) hoch.

Im Folgenden wurde die Frage nach dem präferierten Geburtsmodus nochmals gestellt. Diesmal unter der Prämisse, im Rahmen der Risikostratifizierung in eine Gruppe mit niedrigem Risiko für ein Beckenbodentrauma zu fallen.

Im Kollektiv der Urogynäkologinnen und Urogynäkologen führte der Zugewinn an Information um die Prinzipien einer Risikostratifizierung nicht zu signifikanten Änderungen des Abstimmungsverhaltens (spontan 84,7% [$n = 160$], Sectio 12,2% [$n = 23$], „weiß nicht“ 3,2% [$n = 6$] vor der Information über die Risikostratifizierung vs. spontan 84,7% [$n = 160$], Sectio 10,1% [$n = 19$], „weiß nicht“ 5,3% [$n = 10$] nach der Information, $p = 0,316$).

Fragen zur Phase des Wochenbettes

Der wichtige Stellenwert der Rückbildung war nahezu allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern 97,8% ($n = 185$) bewusst. Lediglich 1 Person hatte kein Interesse an einer Rückbildung und 3 Personen gaben „weiß nicht“ an. Betreuen und durchführen sollte diese wichtige Phase des Wochenbettes in 7,4% ($n = 14$) die nachsorgende Hebamme, in 38,6% ($n = 73$) eine Physiotherapeutin/Physiotherapeut und in 47,1% ($n = 89$) sollte die Rückbildung durch beide erfolgen. 4,8% ($n = 9$) würden die Rückbildung selbst durchführen und benötigen keine Unterstützung.

► **Tab. 3** Hauptgründe für eine primäre Sectio.

Im Falle der Entscheidung für eine primäre Sectio waren die folgenden Gründe ausschlaggebend (Mehrfachnennung möglich):	relative Anzahl (%)	absolute Anzahl (n =)
Sorge vor Harn- oder Stuhlinkontinenz	87,5	21
Sorge vor einem Beckenbodenschaden oder einer Senkung	79,2	19
Sorge vor einem möglichen Kindsschaden	54,2	13
Sorge vor einem Dammriss	50	12
Befürchtung einer sexuellen Einschränkung	41,7	10
Sorge vor einer Saugglocken- oder Zangengeburt	33,3	8
Sorge vor einer sekundären Sectio	25	6
Sorge vor einem Dammschnitt	25	6
aufgrund besserer Planbarkeit	16,7	4
Furcht vor den Schmerzen einer vaginalen Entbindung	12,2	3

► **Tab. 4** Gründe gegen eine PDA.

Die Entscheidung gegen eine PDA zur Schmerzlinderung während der Geburt wurde aus folgenden Gründen getroffen (Mehrfachnennung möglich):	relative Anzahl (%)	absolute Anzahl (n =)
die Geburt würde so in ihrem natürlichen Ablauf gestört und häufiger eine sekundäre Sectio hervorgerufen	41,7	15
Sorge vor der Punktion des Rückens	30,6	11
Sorge vor Komplikationen bei der Anlage	19,4	7
weitere Gründe, hierbei wurde unter anderem genannt:	38,9	14
▪ PDA ist nicht notwendig		8
▪ Bevorzugung von alternativen schmerzlindernden Methoden		2
▪ führt zu einem protrahierten Geburtsverlauf		2

Die noch nicht etablierte postpartale Pessartherapie im Wochenbett konnten sich immerhin 64,6% (n = 122) vorstellen.

Analyse der Einflussfaktoren

Mithilfe der demografischen Daten ließen sich verschiedene Einflussfaktoren auf die Wahl des Geburtsmodus nachweisen. So zeigte sich, dass der bereits erlebte Geburtsmodus vorangegangener Geburten einen signifikanten Einfluss auf den zukünftigen präferierten Geburtsmodus hat. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bereits eine Spontangeburt erlebt hatten, präferierten signifikant häufiger denselben Geburtsmodus, für die Sectio caesarea galt dasselbe vice versa.

Des Weiteren konnte ein Einfluss der Parität auf den präferierten Geburtsmodus festgestellt werden. In einer Post-hoc-Analyse zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p = 0,003$) zwischen der Gruppe der Nulliparae (und deren Partnern) und Biparae (und deren Partnern). Bereits 2 Kinder zu haben führte signifikant häufiger zur Spontangeburt als präferiertem Geburtsmodus verglichen mit den kinderlosen Paaren. ► **Tab. 5** stellt die signifikanten Einflussfaktoren auf den präferierten Geburtsmodus dar.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

In diesem Kollektiv konnte kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Wahl des Geburtsmodus gefunden werden.

Frauen wünschten sich in 81% (n = 102) eine Spontangeburt, 16% (n = 20) präferierten eine elektive Sectio und 3% (n = 4) wählten „weiß nicht“. Bei den Männern wünschten sich hingegen 92% (n = 58) eine vaginale Entbindung für ihre Frau, 5% (n = 3) lieber eine primäre Sectio und ebenfalls 3% (n = 2) wählten die Option „weiß nicht“ ($p = 0,087$).

Weder das Alter noch der Weiterbildungsstatus noch die Spezialisierung der Befragten spielt in diesem Kollektiv als Einflussfaktor auf die Wahl des Geburtsmodus eine signifikante Rolle.

Diskussion

Urogynäkologinnen und Urogynäkologen wollen in großer Mehrheit im Falle einer unkomplizierten Schwangerschaft spontan entbinden. So die Ergebnisse der 1. Teilanalyse der DECISION-Studie, bei der die Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer des 9. Deutschen Urogynäkologie-Kongresses im April 2017 in Stuttgart eine 1. Kohorte darstellten. Die Bereitschaft, an einer Risikostratifizierung teilzunehmen, um für sich selbst den idealen, individualisierten Geburtsmodus zu finden, ist hoch. Auch ist der wichtige Stellenwert der Wochenbettphase für die Rückbildung und Prävention fast allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewusst.

► **Tab. 5** Einflussfaktoren auf die Wahl des Geburtsmodus.

		bevorzugter Geburtsmodus bei unkomplizierter Schwangerschaft		
		spontan	primäre Sectio	weiß nicht
Die Studie zeigt, dass ...	alle Teilnehmer	84,7%	12,2%	3,2%
...bei einer vorangegangenen vaginalen Entbindung eine spontane Geburt signifikant häufiger präferiert wird ($p < 0,001$)	bereits vaginal entbunden	96,9%	2,1%	1,0%
	noch nicht vaginal entbunden (Nulliparae ausgeschlossen)	75,0%	25,0%	0,0%
...bei einer vorangegangenen primären Sectio eine erneute Sectio signifikant häufiger präferiert wird ($p = 0,001$)	bereits per primärer Sectio entbunden	75,0%	25%	0,0%
	noch nicht per primärer Sectio entbunden (Nulliparae ausgeschlossen)	96,0%	3,0%	1,0%
...bei Nulliparität im Vergleich zu Biparität signifikant häufiger eine primäre Sectio als Geburtsmodus präferiert wird ($p = 0,004$)	Nulliparae (und deren Partner)	70,0%	21,7%	8,3%
	Biparae (und deren Partner)	94,9%	5,1%	0,0%

Die Frage nach dem „besseren Geburtsmodus“ beschäftigt die medizinischen Fachkreise schon seit langer Zeit [9, 10]. Wohingegen vor der Jahrtausendwende eine elektive Sectio ohne fassbaren medizinischen Grund die Ausnahme darstellte, wurde diese Option im Verlauf zunehmend thematisiert, diskutiert und damit „salonfähig“ gemacht [11]. Sinkende Morbidität und Mortalität bei der Kaiserschnittentbindung zusammen mit sichereren Anästhesieverfahren ebneten den Weg, die elektive Sectio als Alternative anzubieten [11].

Wu et al. befragten im Jahre 2005 1479 Mitglieder der American Urogynecologic Society (AUGS) und der Society for Maternal-Fetal-Medicine (SMFM), also explizit Urogynäkologen und Geburtsgynäkologen in den USA, ob sie bereit wären, eine elektive Sectio ohne medizinischen Grund auf Nachfrage durchzuführen. 65,4% aller Befragten bejahten dies. Hierbei entschieden sich Urogynäkologen und Geburtsgynäkologen signifikant unterschiedlich (80,4% der AUGS-Mitglieder vs. 55,4% der SMFM-Mitglieder, $p < 0,001$) [12]. Für sich selbst würden sich 45,5% der AUGS-Mitglieder eine Sectio wünschen, lediglich 9,5% der SMFM-Mitglieder waren dieser Meinung [12].

Die bereits zitierte Arbeit von Al-Mufti et al., die die Befragung nach der persönlichen Präferenz des Geburtsmodus thematisierte und ergab, dass sich im Jahre 1996 17% der Befragten (31% der Frauen, 8% der Männer) lieber eine Sectio für sich selbst wünschen würden, wurde zahlreich wiederholt [7]. So fanden Bergholt et al. 2002 in ihrer Umfrage unter dänischen Gynäkologinnen und Gynäkologen eine mit 1,1% deutlich niedrigere Rate an Sectiopreferenz, eine unkomplizierte Schwangerschaft mit einem fetalen Schätzwert von 3 kg vorausgesetzt. Selbst bei einem fetalen Schätzwert von 4 kg stieg die Rate nur auf 3,3% [13]. Deutlich jünger ist die Arbeit von Lightly et al., die erneut in Großbritannien 242 Gynäkologinnen und Gynäkologen befragte. Hier entschieden sich 10% für eine elektive Sectio für sich oder ihre Partnerin. Im untersuchten Zeitraum von 2006 bis 2011 unterschieden sich die Geburtsmodi dieses Kollektivs nicht von der britischen Gesamtbevölkerung ($p = 0,9$) [14]. Auch Gonen et al. kamen in ihrer Studie unter 650 israelischen Gynäkologinnen und Gynäkologen auf eine persönliche Sectiopreferenz von 9%. 45% bestärkten Frauen

in ihrem Recht, sich eine elektive Sectio zu wünschen, die Hälfte von ihnen befürwortete eine aktive Aufklärung über dieses Recht [15].

Prävalenzstudien, die signifikante Zusammenhänge zwischen den Erkrankungen des weiblichen Beckenbodens und der Parität aufzeigten, rückten die Frage nach dem Versuch einer Beckenbodenprotektion in den Fokus [16, 17]. Bei den Vorteilen, die eine elektive Sectio hinsichtlich der Entstehung einer postpartalen Belastungsharninkontinenz mit sich bringt [16–18] muss aber berücksichtigt werden, dass diese Vorteile nur kurzfristigen Charakter zu haben scheinen [19]. In der langfristigen Prävalenzanalyse werden zusätzliche, Geburtsmodus-unabhängige Variablen wie Alter und Body-Mass-Index (BMI) immer wichtiger [16]. Auch die Tatsache, dass die Schwangerschaft per se bereits vor dem eigentlichen Partus zu Alterationen am weiblichen Beckenboden führt, die auch mit Symptomen einer Harninkontinenz einhergehen, muss berücksichtigt werden [20].

So ist es nicht pauschal die vaginale Geburt als solche, die den M. levator ani als den muskulären Bestandteil des weiblichen Beckenbodens in Mitleidenschaft zieht, vielmehr gibt es Risikofaktoren, die unter bestimmten Umständen eine Traumatisierung des Levators und seiner Untereinheiten wahrscheinlicher machen [21–23]. Bei den langfristigen Folgen, die ein Levatortrauma für den weiblichen Beckenboden haben kann und die mit einer Prävalenzerhöhung für Inkontinenz und Deszensus einhergehen können, ist es wichtig, zu spezifizieren, welches Kollektiv durch eine vaginale Geburt möglicherweise mehr belastet ist als der Durchschnitt [16, 21, 23, 24]. Im Umkehrschluss könnte es so möglich werden, den Großteil der werdenden Elternpaare darin zu bestärken, ihre Kinder auf normale Art und Weise zu gebären und so die Sectorate nachhaltig zu senken.

Dieses Prinzip der Risikostratifizierung beruht auf der Identifikation einzelner Risikofaktoren, die wesentlich spezifischer sind als die grobe Unterscheidung zwischen vaginaler Geburt und Sectio caesarea. So konnten Glazener et al. zeigen, dass insbesondere ein mütterliches Alter von mehr als 35 Jahren beim ersten Kind zu einer signifikanten Risikoerhöhung für die Entstehung eines Genitaleszensus führt [25]. Auch gelang es, Hochrisiko-

gruppen von Frauen, die z. B. mit einer Körpergröße von weniger als 1,60 m und einem fetalem Schätzwert von mehr als 4 kg eine nahezu doppelt so hohe Prolapsprävalenz im 20-Jahres-Zeitraum haben (24,2 vs. 13,4%, OR 2,06; 95%-KI 1,19–3,55), zu identifizieren [26]. Modifizierbare Risikofaktoren, die Erkrankungen des weiblichen Beckenbodens nach sich ziehen, wie insbesondere der Body-Mass-Index (BMI), konnten ebenfalls herausgestellt werden [27].

In ihrer Präsentation eines Scoring-Systems zur Risikostratifizierung machen Wilson et al. Mut, in Zukunft genau diese Hochrisikokollektive bereits präpartal identifizieren zu können und so die werdenden Elternpaare individuell beraten zu können [8]. Dies gäbe auch den aufklärenden Gynäkologinnen und Gynäkologen eine wichtige Stütze, um die Beratung evidenzbasiert durchführen zu können.

In der vorliegenden Studie haben sich 83,6% (n = 158) der befragten Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer dazu bereit erklärt, an einem derartigen System der Risikostratifizierung zu partizipieren. Zahlen, welche die Wichtigkeit eines derartigen Ausblickes in die Zukunft unterstreichen.

Die ersten Ergebnisse der DECISION-Studie stellen klar dar, dass selbst im Kollektiv derer, die sich tagtäglich mit den Erkrankungen des Beckenbodens auseinandersetzen und so das entsprechende Fachwissen mitbringen, Ätiologie, Diagnostik und Therapie solcher Erkrankungen bewerten zu können, die Spontangeburt nach wie vor den präferierten Geburtsmodus darstellt. Die Zeiten der pauschalen Fragestellung „Sectio vs. Spontanpartus“ weichen einer individualisierten, risikoadaptierten Betrachtungsweise.

Eine der Stärken dieser Arbeit ist sicherlich die hohe Quote an Teilnehmerinnen und Teilnehmern von 43,8%. Damit war auch die vor Studienbeginn berechnete Mindestfallzahl erreicht. Die Darstellung der Demografie im untersuchten Kollektiv zeigt einen repräsentativen Durchschnitt der Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer.

Dennoch bleibt zu bemerken, dass die urogynäkologische Kohorte natürlich nur ein kleines, subspezialisiertes Kollektiv darstellt, eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen war fallzahlbedingt nicht möglich.

Die Fachleute kennen die operativen Risiken einer Sectio caesarea, wie Infektionen, Wundheilungsstörungen oder thromboembolische Komplikationen. Im Gegensatz hierzu sind auch die Risiken einer Spontangeburt oder aber eines vaginal operativen Vorgehens bekannt. Auch spielen sicherlich Aspekte der Sicherheit von Mutter und Kind eine Rolle. All diese Aspekte mögen in die Entscheidungsfindung mit eingehen.

Dies ist die 1. Kohorte der DECISION-Studie, 5 weitere werden folgen, die neben anderen Fachkollektiven auch Laien, d. h. aktuell schwangere Frauen einschließen werden, um die Ergebnisse in einen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang zu rücken. Man darf gespannt sein, inwieweit sich die unterschiedlichen Kohorten dann zu einem Gesamtbild ergänzen.

Schlussfolgerung

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 9. Deutschen Urogynäkologie-Kongresses wünscht sich für sich selbst oder für seine Partnerin eine Spontangeburt, eine unkomplizierte Schwangerschaft voraussetzend.

In Zeiten von hohen Sectioraten ist dies sicherlich als ein positives Signal zu werten. Noch erfreulicher ist die hohe Bereitschaft, sich an Systemen der Risikostratifizierung zu beteiligen, um so in Zukunft gemeinsam mit Urogynäkologie und Geburtsmedizin individualisierte Wege zu finden, relative Sectioindikationen spezifisch zu hinterfragen. Auf diese Weise könnten Hochrisikokollektive besser geschützt, gleichsam aber der Großteil der werdenden Mütter in ihrem Wunsch spontan zu gebären, bestärkt werden. Hierzu soll die DECISION-Studie in ihrer Gesamtheit einen Beitrag leisten. Auch in Zukunft sollten sich Urogynäkologie und Geburtsmedizin ergänzen [28].

Danksagung

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Departments für Frauengesundheit des Uniklinikums Tübingen und den Studierenden der Universität Tübingen, die sich als Betatester bereit erklärt haben, den Online-Fragebogen durch ihre konstruktive Kritik qualitativ zu verbessern, sei für ihre Arbeit gedankt. Auch der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion AGUB e.V. und der Kongressorganisation Coma UG an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für die wichtige und unkomplizierte Unterstützung bei der Einladung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer während und nach dem Kongress. Giselle E. Kolenic sei für die Hilfe bei der statistischen Auswertung und der Fallzahlberechnung gedankt.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. In Abstractform wurden die Ergebnisse für das 10th Annual Meeting der European Urogynaecological Association (EUGA) in Barcelona 10/2017 eingereicht.

Literatur

- [1] Fritzen F. Mit der Gondel zum Geburtserlebnis – Geburt per Kaiserschnitt (2015). Online: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/geburt-per-kaiserschnitt-mit-der-gondel-zum-geburtserlebnis-13584730.html>; Stand: 14.07.2017
- [2] Die Deutsche Bundesregierung. Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen – Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/8862
- [3] Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2016
- [4] Kolip P, Nolting H-D, Zich K. Faktencheck Gesundheit – Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. 2012. Online: <http://www.bertelsmann-stiftung.de/>; Stand: 15.06.2017
- [5] Iwen J. Versorgungsbericht der TK. Online: <https://www.tk.de/tk/themen/versorgung/geburtensreport-2017/951934>; Stand: 01.08.2017

- [6] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea, AWMF 015/054 (S1) – zur Zeit in Überarbeitung. Online: <http://www.awmf.de/>; Stand: 14.07.2017
- [7] Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996; 347: 544
- [8] Wilson D, Dornan J, Milsom I et al. UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J* 2014; 25: 1449–1452
- [9] Hübner M, Jacob S. Sectio caesarea auf mütterlichen Wunsch. *Gynäkologie* 2006; 39: 648–655
- [10] Hübner M, Reisenauer C, Abele H. Welchen Stellenwert hat die primäre Sectio caesarea? *Geburtsh Frauenheilk* 2010; 70: 911–913
- [11] Husslein P, Langer A. Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Gynäkologie* 2000; 33: 849–856
- [12] Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 301–306
- [13] Bergholt T, Østberg B, Legarth J et al. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 262–266
- [14] Lightly K, Shaw E, Dailami N et al. Personal birth preferences and actual mode of delivery outcomes of obstetricians and gynaecologists in South West England; with comparison to regional and national birth statistics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 181: 95–98
- [15] Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 577–580
- [16] Nygaard I, Barber MD, Burgio KL et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300: 1311–1316
- [17] Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–907
- [18] Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs. planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287: 1822–1831
- [19] Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 917–927
- [20] Huebner M, Antolic A, Tunn R. The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110: 249–251
- [21] Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA et al. Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 144–149
- [22] Margulies RU, Hsu Y, Kearney R et al. Appearance of the levator ani muscle subdivisions in magnetic resonance images. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1064–1069
- [23] Tunn R. Morphologie des Stressharninkontinenz-Kontrollsystems und seine pathomorphologischen Veränderungen bei Stressharninkontinenz. Habilitationsschrift. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin; 2002: 81
- [24] DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 295–302
- [25] Glazener C, Elders A, Macarthur C et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG* 2013; 120: 161–168
- [26] Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF et al. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or cesarean delivery. *BJOG* 2013; 120: 152–160
- [27] Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF et al. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or cesarean delivery. *BJOG* 2013; 120: 144–151
- [28] Huebner M, Brucker SY, Tunn R et al. Intrapartal pelvic floor protection: a pragmatic and interdisciplinary approach between obstetrics and urogynecology. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 295: 795–798