

# Natürliche Geburt und Sectio in der Kontroverse

## Fakten und Standpunkte zu aktuellen Entwicklungen

«Jede dritte Geburt heute ein Kaiserschnitt!», «Höchste Sectioraten an Zürichs Goldküste!», «Wird die natürliche Geburt ein Auslaufmodell?» – Kontroversen über den «individuell richtigen» Geburtsmodus mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen, Risiken für Mutter und Kind sowie Indikationen haben sich im Zuge des gesellschaftlichen Wertewandels und der Kostenberechnungen aufgebaut. Zur Klärung strittigerhaltungen und Kostenfragen beim Geburtsmodus wurde sogar eine Motion im Nationalrat eingereicht.

BÄRBEL HIRLE

«Die medizinischen Antworten müssen von uns Geburtshelfern kommen!», betonte Professor Roland Zimmermann gegenüber Kollegen aus Praxis und Klinik während einer moderierten Donnerstagsfortbildung am Zürcher Universitätsspital. Der Direktor der Klinik für Geburtshilfe in seiner Einführung: «Wir legen die medizinischen Fakten auf den Tisch, denn wir beraten, betreuen und behandeln die Frauen.»

### Aktuelle Entwicklungen

Weltweit sind die Kaiserschnittraten massiv angestiegen und haben in vielen europäischen Ländern die 30-Prozent-Marke überschritten. Das Bundesamt für Statistik (BfS) ermittelte für die Schweiz im Jahr 2004 einen Sectioanteil von 29,2% aller Geburten; die Zahl ist seitdem etwa konstant. Damit liegt die Rate doppelt so hoch wie die von der WHO im Jahr 1985 postulierte 15%. Zum Vergleich: 1974 bekamen in Westeuropa gerade einmal 5 bis 8% der Frauen ihre Kinder per Kaiserschnitt.

Auffällig ist, dass die Sectiorate bei privat versicherten Frauen im Vergleich deutlich höher liegt: Nach BfS-Angaben war 2004 in den Privatspitälern gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 1,6% zu verzeichnen. Bei den allgemein versicherten Frauen betrug die Sectiorate 27%, bei den privat versicherten 44%. Von den Frauen zwischen 25 und 29 Jahren gebären 25% mit Kaiserschnitt, von den 35- bis 39-Jährigen waren es 37%. Dabei zeigten sich beträchtliche regionale Unterschiede: In einigen Regionen entbindet laut den Angaben heute jede neunte Frau, in anderen jede zweite durch eine Sectio.

Zu beachten ist auch, dass trotz höherem Durchschnittsalter der Mütter (2000: 30 Jahre, 2004: 30,5 Jahre) und trotz der gestiegenen Kaiserschnittrate die durchschnittliche postpartale Spitalaufenthaltsdauer leicht abgenommen hat – von 6,8 (2000) auf 6,5 (2004) Tage. Frauen nach Spontangeburt blieben

2004 durchschnittlich 5,6 Tage im Spital, Frauen nach Sectio 8,4 Tage. Wegen der höheren Kaiserschnittrate in Privatspitälern ist dort die Verweildauer höher (6,7 Tage). (Alle Angaben gemäss Bundesamt für Statistik, vom 29.05.07; Newsletter Schweizer Hebammenverband vom 22.6.2007).

Vor allem Hebammen, aber auch Politiker und Medien prangern diese eklatanten Entwicklungen an. Diskussionen um die «natürliche und unnatürliche Geburt», «das ausbleibende Geburtserlebnis», Vorwürfe der «falschen Beeinflussung aus Kosten- und Zeitgründen» und um die Richtigkeit der Kostenberechnungen stehen dabei im Vordergrund. (vgl. Kasten «Positionen»)

Die medizinischen Fakten vor dem Hintergrund des gestiegenen mütterlichen Durchschnittsalters bei der Kindsgeburt und deren Folgen sowie jene des medizinischen Fortschritts wurden an der Zürcher Fortbildung vorgestellt, diskutiert und sind hier zusammengefasst.

### Vaginale Geburt: Risiken, Nachteile, Vorteile

Wie steht es derzeit um die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind unter einer vaginalen Entbindung? Da randomisierte Studien zum direkten Vergleich (Kaiserschnitt versus vaginale Geburt) aus ethischen Gründen nicht durchführbar sind, müssen Daten aus den wenigen prospektiven Untersuchungen als Basis dienen. Prof. Zimmermann ermittelte aus einer auf Westeuropa übertragbaren japanischen Studie zur vaginalen Geburt, dass perinatal die tiefste neonatale Sterblichkeit besteht, wenn das Kind in der 39. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt. Die Mortalitätsrate liegt bei 1: 16 000, und zwar fast immer bedingt durch kindliche Hirntraumata bei vaginaler Entbindung. Von den Müttern braucht ein Viertel eine Episiotomie, bei 7% entsteht

ein Dammriss, und bei 3 bis 4% entsteht eine Analinkontinenz. Zwar entstehe, so Zimmermann, durch die vaginale Geburt ein um den Faktor 3 erhöhtes Risiko für eine (spätere) Stressinkontinenz gegenüber Frauen, die kein Kind geboren hatten. Zu beachten sei aber, dass Frauen mit einer Vaginalgeburt im Durchschnitt früher inkontinent werden (im Vergleich zu Frauen ohne Kinder bzw. solchen mit primärem Kaiserschnitt). «Der Unterschied verwischt sich jedoch bei Frauen über 60, weil das Alter ebenfalls einen Faktor darstellt», ergänzte Zimmermann. Für die Bewertung der Risiken der vaginalen Geburt muss einbezogen werden, ob spontan oder vaginal-operativ entbunden wurde. Verständlicherweise ist eine Forzeps- oder Vakuumentextraktion immer mit hoher Belastung für Mutter und Kind und den entsprechenden Risiken verbunden.

Für die korrekte Bewertung der medizinischen Risiken unter beiden Geburtsmodi müsste in repräsentativer Untersuchung auf der einen Seite das Kollektiv der Frauen mit Plankaiserschnitt auf Wunsch verglichen werden mit dem Kollektiv der Frauen, die eine natürliche Geburt vorhaben. Zu beachten ist aber, dass in diesem zweiten Kollektiv schätzungsweise 13% der Mütter eine vaginal-operative und 15% eine sekundäre Sectio benötigen. Diese Tatsache ist für die Bewertung essenziell.

Geburtshelfer sehen sich heute in der Beratung der Schwangeren zum Geburtsmodus vor einem Dilemma: «Wir stehen als Ärzte unter Druck, die Frauen über die negativen Aspekte der Sectio zu informieren. Umgekehrt scheint es weltweit kaum jemand für nötig zu finden, in analoger Weise über die negativen Aspekte der natürlichen Geburt zu sprechen. Die natürliche Geburt hat eine Reihe von klaren Nachteilen und ist nach unserer Erfahrung deutlich häufiger mit einem negativen Geburtserlebnis verbunden als ein geplanter Kaiserschnitt», sagte Zimmermann. Der Leiter der Klinik für Geburtshilfe am USZ möchte wie seine Kollegen die Frauen durch deren möglichen Fehlinterpretationen nicht verunsichern. Er findet es aber auch nicht fair, wenn nur die Sectio verteufelt wird. Es brauche einen neutralen Mittelweg.

*Positionen im Podium*

**«Wir verdienen in Deutschland nicht mehr durch einen Kaiserschnitt. Die geplante vaginale Geburt kommt meines Erachtens teurer als die Sectio.»**  
Prof. Klaus Vetter, Chefarzt Perinatalzentrum, Berlin-Neukölln

**«Wir Hebammen beanstanden, dass Ärzte die schwangeren Frauen vor und nach einer Geburt zu wenig beraten! Ich habe erlebt, dass die Frauen sich viel zu wenig informiert fühlen.»**  
Lucia Mikeler Knaack, Präsidentin Schweizer Hebammenverband

**«Ich plädiere für eine Individualisierung. Mit den Frauen sollte eine elektive Sectio wenigstens angesprochen werden.»**  
Prof. Peter Husslein, Leiter Geburtshilfe, Universitätskliniken Wien

**«Ich finde es nicht gut, dass offiziell Wunsch-Sectio angeboten wird. Die hohe Sectiorate ist vor allem soziologisch zu sehen.»**  
Margrit Kessler, Stiftung SPO Patientenschutz, Zürich

**«Das Kind würde sagen: auf keinen Fall eine Geburt vor Wehenbeginn!»**  
Prof. Hans Ulrich Bucher, Direktor Neonatologie, USZ

**«Ich bin überzeugt, dass wir die Männer mehr einbeziehen müssen, und zwar auch in der Schwangerenbetreuung.»**  
Dr. med. Franziska Maurer-Marti, Solothurn, Präsidentin SGGG

**Faktor Geburtserlebnis**

Bezüglich des Geburtserlebnisses und der medizinischen Sicherheit schneidet die normale unkomplizierte vaginale Geburt heute insgesamt ebenso positiv wie die elektive Sectio ab, wie Zimmermann konstatierte. Er erläuterte hierzu als Beispiel eine Vergleichsstudie von Monika Schindler, Wien, aus dem Jahr 2003, die ebenfalls zu diesem Schluss kam: Bei den eingeschlossenen 1050 schwangeren Frauen mit elektiver Sectio respektive beabsichtigter Vaginalgeburt wurden psychologische Faktoren, Schmerzlevel und Geburtserlebnis per Fragebogen und psychologische Tests ermittelt (Zeitpunkte: 38. SSW, 3 Tage und 4 Monate postpartal) und mit der medizinischen Dokumentation verglichen. Von den 903 Frauen mit geplanter Vaginalentbindung hatten 53,6% eine minimale perineale Operation, 4,5% eine Vakuumentgeburt und 10,3% eine Notfallsectio. In der Gruppe der Frauen mit elektiver Sectio (n = 147; 103 aufgrund medizinischer, 44 aufgrund psychologischer Faktoren) entstand eine signifikant niedrigere Rate an mütterlichen und kindlichen Komplikationen als im Vergleichskollektiv (5,4% vs. 19,3%; p < 0,0001). Das Geburtserlebnis der Teilnehmerinnen war signifikant besser unter

elektiver Sectio, aber schlechter bei Frauen mit Notfallsectio und wurde am schlechtesten bei Vakuumentbindung beurteilt. Denselben Geburtsmodus erneuert wollten 83,5% der Frauen nach Vaginalgeburt, 74,3% der Frauen nach elektiver Sectio und 66% der Frauen nach medizinisch indizierter Sectio. Nur knapp ein Drittel mit Notfallsectio wünschte sich eine elektive Sectio bei der nächsten Entbindung. Eine charakteristische Situation in der Geburtshilfe: Viele Frauen machen Grenzerfahrungen mit höchster Schmerzintensität unter der vaginalen Entbindung: Sobald das Neugeborene an ihrer Brust liegt, ist der Schmerz vergessen, und es entstehen höchste Glücksgefühle. «Wenn medizinisch durchführbar, sollten die Mütter dieses «Bonding» erleben dürfen. Wir sollten sie über das Erleben einer natürlichen Geburt vermehrt aufklären», meinte Dr. med. Franziska Maurer, Chefarztin der Frauenklinik am Bürgerspital Solothurn. «Wir leben in einer Gesellschaft, die den Kick im Bungee-Jumping sucht – dabei können wir solche Gefühle mit der natürlichen Geburt erleben!», ergänzte sie ein wenig scherzhaft, aber in der Sache ernst gemeint, und verwies auf ihre langjährigen ärztlichen und auch eigenen Erfahrungen.

Dr. Maurer wies auf einen erweiterten Aufklärungsbedarf vor einer Geburt bezüglich des Schmerz- und Geburtserlebens hin. Ein weiterer Aspekt, den Frauenärztinnen und -ärzte in das Beratungsgespräch aufnehmen sollten, betreffe die Sexualität nach einer Geburt und das Paarerleben. Zu beachten sei die hohe Scheidungsrate drei Jahre nach einer Kindsgeburt.

### **Kaiserschnitt: Wunsch versus Notfall im Blick**

Zur Beurteilung der Vorteile der Sectio-entbindungen sei das veränderte soziologische Umfeld unserer Gesellschaft gegenüber der Zeit vor 30 Jahren zu betrachten, meinte Prof. Peter Husslein, Leiter Geburtshilfe an der Universitätsklinik Wien. Hierzu gehört, dass in der westlichen hoch entwickelten Welt

- die Frauen weniger Kinder als damals bekommen (im Schnitt 1,3 Kinder pro Frau)
- das mütterliche Alter bei der ersten Geburt angestiegen ist (im Schnitt 30. Lebensjahr)
- die Geburt einen immer wichtigeren Stellenwert hat
- die Autonomie der Frau stark zugenommen hat.

«Die Vorteile der Sectio ergeben sich durch die Nachteile der vaginalen Geburt», so Husslein: Eine vaginale Geburt dauert lange, schädigt den mütterlichen Beckenboden und belastet das Kind. Relevant ist auch, dass in unserer westlichen Gesellschaft die Neugeborenen immer grösser und schwerer werden. Eine elektive Sectio ist dagegen planbar, der Ablauf vorhersehbar, intrapartale Schädigungen werden verhindert. Dies bedeutet für das Kind eine relativ niedrige Stresshormonausschüttung verglichen mit einer vaginalen Geburt und ganz besonders einer Forzepsentbindung und auch Notfallsectio.

Husslein geht davon aus, dass die Kaiserschnitttrate bei uns weiter steigen wird. Er ist aber entschieden für einen klaren Prozess der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patientin im Sinne des «Shared decision making»: Dabei steht vor jeder Geburt der Frauenarzt/Geburtshelfer mit seiner medizinischen Kompetenz (nicht als Führer, auch nicht als Dienstleister!) Seite an Seite mit der schwangeren Frau,



Geburt geschafft und überglücklich! Das Erlebnis einer natürlichen Geburt ist für die meisten Mütter unvergesslich.

welche die Kompetenz für die eigene Lebensführung hat und sich entscheidet. Dabei geht es darum, eine geplante Sectio von einer geplanten und versuchten vaginalen Geburt abzugrenzen.

Prof. Klaus Vetter, Chefarzt Perinatalzentrum, Klinikum Neukölln in Berlin, bekräftigte, dass für eine Risikobeurteilung des Geburtsmodus immer vom beabsichtigten Modus auszugehen sei. Eine geplante vaginale Geburt umfasse immer auch das Risiko einer sekundären (bzw. Notfall-)Sectio, und diese sei mit bis zu fünfmal höheren Risiken als eine elektive Sectio (v.a. für Sepsis, Thromboembolie, Anästhesiekomplikationen) verbunden. Zudem müssten auch die Spätfolgen für Folgeschwangerschaften gesehen werden, vor allem Plazenta- und Narbenprobleme sowie (selten!) eine Uterusruptur. Bei der Entscheidungsfindung ist laut Vetter das Alter (sowie ggf. hoher BMI, Makrosomie des Feten) neben eventuellen Erkrankungen und speziellen medizinischen und psychosozialen Situationen der Gebärenden essenziell.

### **Auswirkungen auf das Kind: Atemnotsyndrom nimmt zu**

Schliesslich bleibt die Frage, wie sich der Entbindungsmodus auf das Kind auswirkt. Prof. Hans Ulrich Bucher, Direktor Klinik für Geburtshilfe am USZ, erläuterte Resultate aus grossen Kohortenstudien zu den wesentlichen neonatalen Anpassungsproblemen und Risiken termingereborener Kinder heute:

In besonderem Mass auffällig ist die Zunahme von hospitalisierten Neugeborenen mit Atemnotsyndrom, welche in den letzten zehn Jahren um mehr als die Hälfte angestiegen ist. Dies ergibt sich neben verschiedenen nationalen Studien vor allem auch aus der letzten Erhebung der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (vgl. Bucher, H-U.: Schweiz. Med. Forum 2009; 9: 19–20). Das Syndrom, das als Indikator für neonatale Anpassungsstörungen dient, zeigt sich (ausser bei Frühgeborenen) zum grossen Teil auch bei Termingeborenen mit einem Gewicht über 2500 g. Bucher führt die Ursachen zurück auf eine häufig verzögerte Rückresorption der Lungenflüssigkeit («feuchte Lungen») beim ersten Atemzug mit Sauerstoff. Bekannt ist, dass das Atemnotsyndrom gehäuft nach Entbindung durch Sectio, insbesondere vor Wehenbeginn, auftritt; somit liegt die Vermutung eines kausalen Zusammenhangs mit elektiven Kaiserschnitten sehr nahe.

Laut Bucher ist gemäss den Studien der beste Zeitpunkt für eine elektive Sectio die vollendete 39. Schwangerschaftswoche, aber auch zu diesem Zeitpunkt ist das Risiko für die respiratorische Anpassungsstörung immer noch um das 4-Fache (!) erhöht. Daneben ist gegenüber der vaginalen Geburt die pulmonale Hypertension 2,5-mal häufiger, wohingegen

der beste Zeitpunkt für eine elektive Sectio die vollendete 39. Schwangerschaftswoche, aber auch zu diesem Zeitpunkt ist das Risiko für die respiratorische Anpassungsstörung immer noch um das 4-Fache (!) erhöht. Daneben ist gegenüber der vaginalen Geburt die pulmonale Hypertension 2,5-mal häufiger, wohingegen

Kommentar von Prof. Roland Zimmermann

### Kostentreiber Sectio?

Zimmermann: «Das Problem ist die unterbezahlte vaginale Geburt.»

In einer geburtshilflichen Abteilung muss rund um die Uhr in kurzer Zeit ein Kaiserschnitt durchgeführt werden können. Das OP- und Anästhesiepersonal muss entlohnt werden. Das heutige Tarifsysteem lässt es aber nicht zu, die Kosten auf die natürlichen Geburten (für welche dieses Personal auf Pikett ist) abzuwälzen.

Diese Notwendigkeiten führen zu einer Verzerrung der Preise. Eine vaginale Geburt ist deutlich zu niedrig tarifiert; ein Kaiserschnitt ist in etwa vergleichbarer Höhe tarifiert wie die Operationen in der chirurgischen Abteilung.

Würden theoretisch alle Frauen per geplantem Kaiserschnitt entbunden, fielen die Vorhalteleistungen weitgehend weg, was mit deutlichen Kosteneinsparungen einhergehen würde. Inwiefern das geplante DRG-System diese Verzerrung korrigiert, muss abgewartet werden.



### Vorläufiges Fazit

Ob die Kaiserschnittgeburt zunimmt oder sich die Frauen wieder vermehrt die natürliche vaginale Entbindung wünschen, bleibt abzuwarten. Möglicherweise spielen Kostenberechnungen und -erstattungen durch die Krankenversicherungen eine Rolle bei dieser Entwicklung. Eine erweiterte und ausführlichere frauenärztliche Beratung der schwangeren Frau und ihres Partners soll helfen, eine individuelle Entscheidung gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt zu finden. Dabei würde über Vor- und Nachteile sowie mögliche Risiken beider Geburtsmodi informiert und die eventuell zusätzliche Hebammenbetreuung angesprochen. ■



Bärbel Hirrlé  
(Redaktion)

Quelle:

Fortbildung am Universitätsspital Zürich (USZ) «Natürliche Geburt und Sectio auf dem Prüfstand», 18. Juni 2009.

gen die Risiken für Sepsis, intrakranielle Blutungen und Armplexusparese sowie die Mortalität unter elektiver Sectio halbiert sind.

Schliesslich scheint das Risiko für allergisches Asthma und Typ-I-Diabetes nach einer Sectio erhöht, wie mehrere Kohortenstudien postulieren. Für eine Erklärung sei die extrem hohe Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin)

des Kindes unter einer natürlichen vaginalen Geburt zu beachten, sagte der Neonatologe. Durch die Adrenalinwirkung werden die Lungen auf die neonatale Umstellung vorbereitet und Energie-reserven bereitgestellt. Bei einem durch Sectio, vor allem vor Wehenbeginn entbundenen Kind fehle diese hormonelle Vorbereitung, erklärte Bucher.