

# 20. Deutscher Medizinrechtstag

13. – 14. September 2019, Berlin

## 20 Jahre im Dienst des Patienten

MEDIZIN  RECHTSANWÄLTE  e.V.

# Paradigmenwechsel bei der Sectio caesarea: Indikation zwischen Selbstbestimmung, Kostendruck und Forensik

– Umkehr/Rückbesinnung auf tradierte  
Sectioindikationen? –

Rechtsanwältin  
Dr. iur. Ilse Dautert  
Kastanienallee 20  
26121 Oldenburg  
Tel.: 0441/73045  
Fax: 0441/73046  
E-Mail: [MedR@dautert.de](mailto:MedR@dautert.de)

# Die Sectio caesarea im Wandel

Bezeichnung des „Kaiserschnittes“ soll auf die Geburt des Kaisers Gaius Julius Caesar (110 v. Chr. – 44 v. Chr.) zurückzuführen sein.

Unwahrscheinlich, weil

- Mutter von Julius Caesar Geburt überlebt hat und
- bis ins Mittelalter Kaiserschnitte nur an Toten

durchgeführt wurden.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Das Jahr 1610 in Wittenberg:



Quelle: Stoll W. (1989) Historisches zur Sectio caesarea. In: Hillemanns H.G., Schillinger H. (eds) Das Restrisiko gegenwärtiger Geburtshilfe. Springer, Berlin, Heidelberg

Erster Kaiserschnitt an einer Lebenden (durch den Chirurgus Jeremias Trautmann)?

Geburtshilfe war bis dato „FRAUENSACHE“, den Hebammenkaiserschnitt gab es schon viel früher.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Gründe gegen die Sectio caesarea:

- Hohe mütterliche und fetale Mortalität und Morbidität  
Puerperalinfektionen und schwere Blutungen, z. B. bei  
Uterusatonie (**PPH**),
- Operationstechnik nicht ausgefeilt, Nahttechnik  
insuffizient,
- Uterotomie ließ man offen wegen der (vermeintlich)  
großen Kontraktionsfähigkeit des Myometriums.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Die drei Meilensteine in der Geschichte der Sectio caesarea waren

- die Einführung der geburtshilflichen und chirurgischen Asepsis (Semmelweis 1847, Lister 1867),
- eine neu entwickelte Nahttechnik bei der Uterotomie (Kehrer 1881, Sänger 1882) mit dreischichtiger Uterusnaht zur Vermeidung schwerer Blutungen, übergangsweise die OP-Technik von Porro und
- das Ersetzen des uterinen Längsschnittes durch den Querschnitt im unteren Uterinsegment (Ausnutzung der dortigen, besseren Kontraktilität zum Schutz vor einem Zerreißen der Narbe bei Folgeschwangerschaften)

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Die Beobachtungen von Ignaz Semmelweis (1818 – 1865):

Signifikant höhere Zahlen an Puerperalseptitiden bei parallelem Arbeiten von Ärzten in der Pathologie und im Kreißaal, deswegen Einführung von Hygienemaßnahmen zur Prophylaxe.

## Die Resonanz:

Keine: Die Erkenntnisse wurden ignoriert.

## Die Folgen:

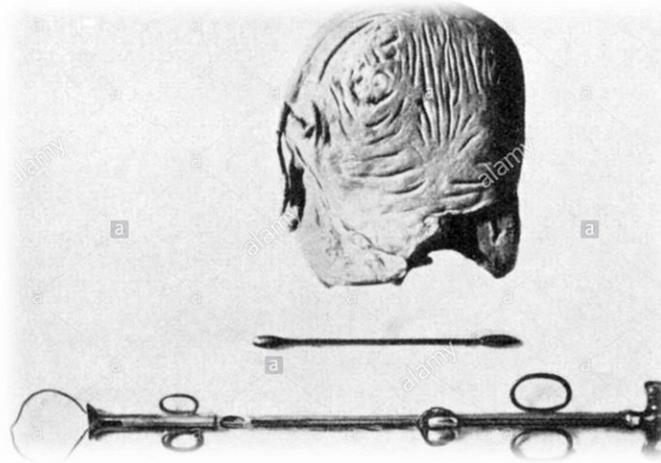
Nach Einführung einer konsequenten Antisepsis: Die Müttersterblichkeit sinkt rasant auf „nur noch“ 7 bis 10 %.

Nach Einführung von Sulfonamiden und Antibiotika sinkt die Sterblichkeitsrate von Müttern weiter.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Die Technik von Eduardo Porro (1842 – 1902):

Porro trennte (nach der Geburt des Kindes) den Uterus von der Zervix ab und implantierte den Zervixstumpf in die Bauchwunde.



Quelle: <https://www.alamy.de/stockfoto-porro-edoardo-17101842-1871902-italienischer-arztarztin-gebarmutter-amputeed-von-ihm-waehrend-der-operation-1876-und-medizinische-instrumente-museum-der-frauenklinik-pavia-additional-rights-spiel-na-106909435.html>

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Die Folgen:

- Rückgang der fetalen und maternalen Mortalität, allerdings bei
- Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit,
- es wird weiter an besseren OP-Techniken geforscht,
- Müttersterblichkeit sinkt weiter, Skepsis vieler Geburtshelfer bleibt zu Gunsten riskanter vaginal-operativer Entbindungsmethoden (Forzepsentbindungen, Vakuumextraktionen) bestehen

## Die Maxime weiterhin:

Spontangeburt um jeden Preis, ohne Berücksichtigung potentieller Risiken für Mutter und Kind.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Die neue Nahttechnik:

Die dreischichtige Nahttechnik bei der Uterotomie (Kehrer, 1881) durch

- neue Schnittführung,
- andere Nahttechnik und
- andere Ableitung der transperitonealen Transsudate und der Lochien.

Die Operationstechnik mit Offenlassen des Uterus nach Geburt des Kindes gehört jetzt endgültig der Vergangenheit an.

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Ende des 19. Jahrhunderts:

Die Sectio entwickelt sich wegen ihrer Erfolge von der seltensten (< 1 Promille) zur damals häufigsten geburtshilflichen Operation.

Heinrich Martius (1885 – 1965) spricht schon vom

**„Caesarenwahnsinn“**

**und formuliert wie folgt:**

*„Die wirkliche Geburtshilfe ist eine große Kunst, und weil diese Kunst schwierig ist, ist es leichter ein guter Caesarist als ein guter Geburtshelfer zu sein.“*

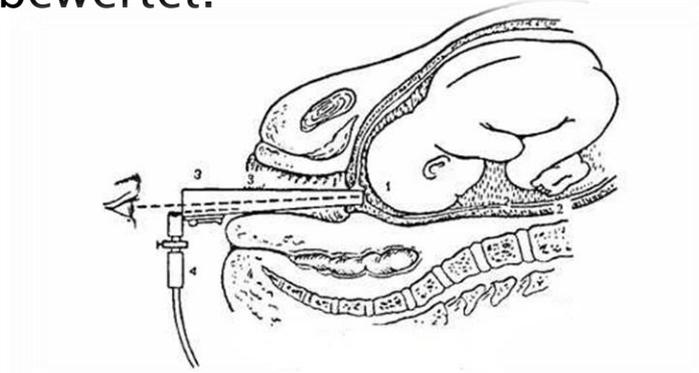
# Die Sectio caesarea im Wandel

## 20. Jahrhundert:

Die Perinatale Medizin u. a. mit Erich Saling und Konrad Hammacher (ab Anfang der 1960-iger Jahre) beginnt

## Saling (1925):

Bricht das Tabu, die Zervix einer Spätschwangeren anzutasten, indem er mittels Endoskop durch die Zervix die Farbe des Fruchtwassers bewertet.

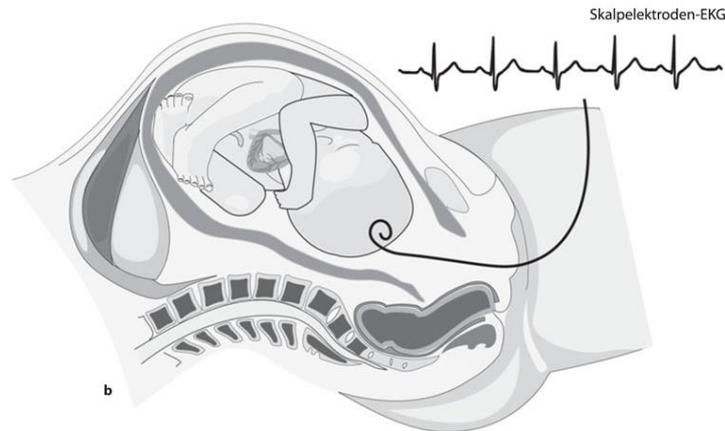


Quelle: aufrufbar unter: <http://medicalmeds.eu/index-8867.htm>

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Saling weiter:

Entwickelt die Kopfschwartenelektrode zur Ableitung eines internen CTGs und ermöglicht damit die Messung der Sauerstoffsättigung und der CO<sub>2</sub>-Belastung im fetalen kapillären Blut.



Quelle: Gnirs J., Schneider K. (2011) Geburtsüberwachung. In: Schneider H., Husslein PW., Schneider K. (eds) Die Geburtshilfe. Springer, Berlin, Heidelberg

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Salings Idee:

Den Zustand des Feten, die fetale Azidität rund um die Geburt besser als mittels der (subjektiven) Apgar-Bewertung nach Virginia Apgar (1909 – 1974) festzustellen zu können.

## Hammacher (1928 – 2001):

Entwickelt den sog. Kardiotokographen (CTG) zur Beurteilung der fetalen Herzfrequenz, mit und ohne Wehen.

Zusammen mit den Blutgaswerten entwickelt Hammacher Kriterien zur Beurteilung des fetalen Zustandes.

## Folge:

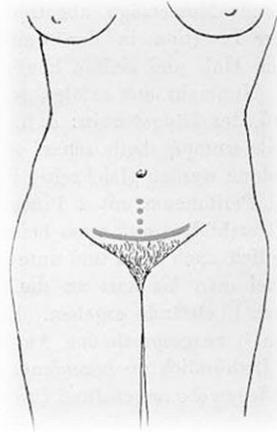
**Intrapartale Überwachung des Feten gewinnt an Bedeutung und damit Beachtung, die Perinatale Medizin ist geboren.**

# Die Sectio caesarea im Wandel

Nahttechniken werden verbessert:

Entwicklung weitere, neuer Schnitttechniken nach Pfannenstiel und nach Misgav-Ladach (sanfter Kaiserschnitt):

Technik nach Pfannenstiel (1862 – 1909) durch uterinen Querschnitt

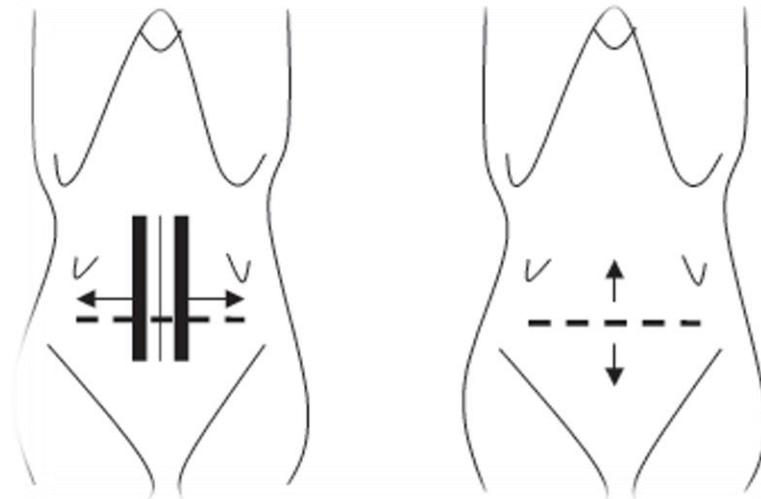


Quelle: Von Hermann Johannes Pfannenstiel – Pfannenstiel's work, 1900, Gemeinfrei,  
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=4819139>

# Die Sectio caesarea im Wandel

Technik nach **Misgav-Ladach (1994)**:

Die Haut wird mit einem Skalpell durchtrennt, die weiteren Schichten vorsichtig gerissen, was zu unkomplizierterer Wundheilung führt.



Quelle: <https://www.semanticscholar.org/paper/Modified-Technique-of-LSCS%3A-The-Misgav-Ladach-Vardhan-Behera/62242982df899b9c8d311d3c268613b89ee10b20/figure/2>

# Die Sectio caesarea im Wandel

## Mitte des 20. Jahrhunderts:

Postulat der Patientenautonomie, das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren über den Geburtsmodus

## Die Folge:

Das paternalistische Denken der Geburtshelfer gerät ins Wanken, rechtliche Aspekte gegen einen Wunschkaiserschnitt werden bemüht, man wehrt sich gegen ein Umdenken, **der Wille der Mutter hatte bislang keine Rolle gespielt.**

**Sectiorate steigt, die Sectioindikationen werden erweitert!**

# Medizinische Sectioindikationen

## Sectioindikationen:

Noch Mitte der 80-iger Jahre gab es nur zwei Indikationen:

- Gefahr für die Mutter und
- Gefahr für das Kind

**Psychosoziale Indikationen** kannte man nicht (Tokophobie, Angstzustände).

# Medizinische Sectioindikationen

Zu den **Gefahren für die Mutter** zählten u. a.

- schwere Hämorrhagien,
- Infektionen,
- Kopf-Becken-Missverhältnisse sowie
- protrahierte Geburten, z. B. bei gebärunfähigen Lagen.

Zu den **Gefahren für den Feten** zählten u. a.

- pathologische CTG-Veränderungen,
- akute Bradykardien mit drohender fetaler Azidose,
- eine protrahierte Geburt sowie
- Nabelschnurkomplikationen.

# Medizinische Sectioindikationen

Heute:

AWMF–Leitlinie 015/054 (S1): – Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea – differenziert zwischen einer

- indizierten Sectio und
- einer Sectio auf Wunsch der Schwangeren

Absolute und relative Indikationen, wie früher!

# Medizinische Sectioindikationen

## Die „Wunschsectio“ aus Angst/Furcht

- vor Wehenschmerzen und Kontrollverlust, ggf. in Zusammenhang mit früheren, negativen Geburtserlebnissen,
- um das ungeborene Kind,
- vor Spätschäden durch eine natürliche Geburt, wie z. B. Beckenbodenschädigungen, Genitalverletzungen, Harn- und Stuhlinkontinenz sowie
- vor negativen Auswirkungen auf die Sexualität,

indiziert eine „weiche“, relative Sectioindikation.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

1. **Verändertes Risikoprofil**
2. **Selbstbestimmungsrecht** der Mutter/Entscheidungsfreiheit bzgl. Entbindungsmodus (reine Wunschsectio)
3. Diskutiert werden weiterhin
  - die Auswirkungen des **Kostendruckes im Gesundheitswesen**, insbesondere im Bereich der stationären Leistungserbringung im Krankenhaus
  - evtl. auch der **forensische Druck auf den Geburtshelfer** durch die steigende Zahl von Arzthaftungsprozessen

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Verändertes Risikoprofil der Mutter

### Höheres Lebensalter:

Anteil der Mütter mit einem Alter über 35 ist um fast 20 % gestiegen.

Durchschnittsalter der Erstgebärenden steigt kontinuierlich an, liegt jetzt bereits bei ca. 29 Jahren. (Ab dem 35. Lebensjahr gilt eine Schwangere als Risikoschwangere (erhöhtes Risiko für Fehl- und Missbildungen des Feten, Allgemeinerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus)).

Höheres Lebensalter der Schwangeren stellt **keine Sectioindikation** dar.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Adipositas und Diabetes mellitus

Immer mehr Mütter mit präexistenter Adipositas, ggf. Diabetes mellitus werden schwanger, entwickeln einen Schwangerschaftsdiabetes mit den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind.

**Risiken für die Mutter:** Diabetische Stoffwechsellentgleisungen

**Risiken für das Kind:** Makrosomie mit einem Geburtsgewicht von über 4.500 Gramm, kann zu einer **relativen Sectioindikation** führen.

Mütterliche Vorerkrankungen **führen zu einer Sectioindikation nur bei Eintritt** schwangerschaftsspezifischer Komplikationen.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Mehrlingsgeburten:

Bei Zunahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen steigt die Zahl der Mehrlingsgeburten und damit auch die Sectiorate. Das Sicherheitsbedürfnis der Kindeseltern ist grösser.

## Frühgeburten:

Die Zahl der Frühgeburten ist angestiegen, auch die Zahl der extrem Frühgeborenen (< 28. SSW), wodurch **die Sectiorate ansteigt.**

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Primäre Re-Sectiones:

Durch die steigende Sectiorate kommt es zwangsläufig zu einer steigenden Zahl von elektiven, primären Re-Sectiones.

## Grundsatz:

„Einmal Sectio, immer Sectio“, gilt nicht mehr uneingeschränkt.

## Aber:

Über 30 % der Schwangerschaften bei Z. n. Sectio münden in einer primären Re-Sectio.

Sekundäre Re-Sectio birgt mehr Risiken in sich als eine primäre Re-Sectio.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Patientinnenwunsch: Sectio caesarea

Wunschsectio = Eingriff auf Wunsch der Mutter und von Ärzten durchgeführte operative Entbindungsmethode ohne medizinische Indikation.

Zahl der Wunschsectiones wegen hoher Dunkelziffer nicht bestimmbar, Schätzungen gehen von 2 bis 17 % im Europäischen Vergleich aus. Valide Zahlen gibt es nicht.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Warum?

Medizinische Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte hat notwendig, zweckmäßig und ausreichend zu sein – die Kosten einer Sectio sind deutlich höher als bei einer Spontangeburt.

**Preise:** ca. 3.000,- € / 2.000,- €

Qualitätssicherungsformulare kennen die Rubrik „Wunschsectio“ nicht.

Bei reiner Wunschsectio wäre Kostenerstattung durch GKV nicht gewährleistet.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Wunschsectio: Rechtliche Aspekte

Wunschsectio ist kein ärztlicher Heileingriff!

**BGH:** Ärztliche Behandlungen auch zulässig, wenn sie nicht Heilzwecken dienen (vgl. auch Schönheitsoperationen)

**Entscheidend:** Umfassende Aufklärung über auch seltene Risiken in einem ausführlichen, persönlichen Arzt–Patientinnen–Gespräch

Patient hat grundgesetzlich garantiertes Recht auf Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit (Art. 1, 2 Abs. 2 GG).

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Aufklärung im Einzelnen:

Geburtshelfer muss Schwangere

- über den Verlauf,
- über die Erfolgsaussichten,
- die Risiken unter Abwägung möglicher Behandlungsalternativen mit all den damit verbundenen Belastungen, Chancen und Gefahren

in verständlicher Form aufklären.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Zivil- und strafrechtliche Aspekte im Einzelnen:

Die Wunschsectio stellt tatbestandsmäßig (seit RG, Urteil vom 31.05. 1894 –1406/94, RG 25, 375) eine Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB dar, und bedarf zu ihrer Rechtfertigung der Einwilligung durch Aufklärung.

Das Patientenrechtegesetz (in Kraft getreten am 26.02.2013) regelt Einwilligung und Aufklärung in den Vorschriften der §§ 630d, 630e, 630h Abs. 2 und 3 BGB.

Aufzuklären ist auch über **seltene** Risiken, wie z. B. eine Uterusruptur.

## Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

Über **Risiken einer vaginalen Geburt** ist die Schwangere grundsätzlich **nicht aufzuklären**, die Geburt ist ein naturgegebener, physiologischer Prozess, der zwangsläufig einsetzt und **unumkehrbar** ist.

Bei Risikoverdichtung und daraus resultierender, evtl. Sectioindikation als echte Behandlungsalternative muss Aufklärung erfolgen.

Vor dem Risiko von dauerhaften Beckenbodenschädigungen bei vaginaler Geburt muss nicht aufgeklärt werden, es sei denn auch hier Risikoverdichtung (sog. UR-CHOICE-Rechner).

## Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

Geburtshelfer hat **Weigerungsrecht**, das nur dann entfällt, wenn für die Schwangere in der Situation keine Alternative mehr zur Verfügung steht.

**Dann:**

Verstoß des Geburtshelfers gegen die ihm obliegende Hilfeleistungspflicht.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Selbstbestimmungsrecht:

Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren hat Vorrang, solange die Sittenwidrigkeitsklausel der Vorschrift des § 228 StGB nicht tangiert ist: Die Sectio darf gegen die guten Sitten und das Anstandsgefühl aller Billig- und Gerechtdenkenden **nicht** verstoßen.

## Grenze aller Selbstbestimmung:

Die herrschende Rechts- und Sozialmoral.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Fazit:

Ein wohl überlegter, geplanter Wunschkaiserschnitt kann unter keinem Gesichtspunkt sittenwidrig sein.

Der Geburtshelfer kann bei sorgfältiger Aufklärung und Vorbereitung einer Sectio weder zivilrechtlich noch strafrechtlich haftbar gemacht werden.

Ärztliches Standesrecht (§ 1 Abs. 2 (Muster)-Berufsordnung der Ärzte):

Verpflichtung:

- ⇒ „*das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen*“ sowie
- ⇒ „*Leiden zu lindern*“.

## Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

Wunschsectio dient der Erhaltung der Gesundheit der Schwangeren unter Respektierung ihres Selbstbestimmungsrechtes.

Die Einführung der Sectio steht im Einklang mit dem Berufsethos und dem ärztlichen Berufsrecht, auch dann, wenn sich eine Mutter gegen ihr Kind entscheidet.

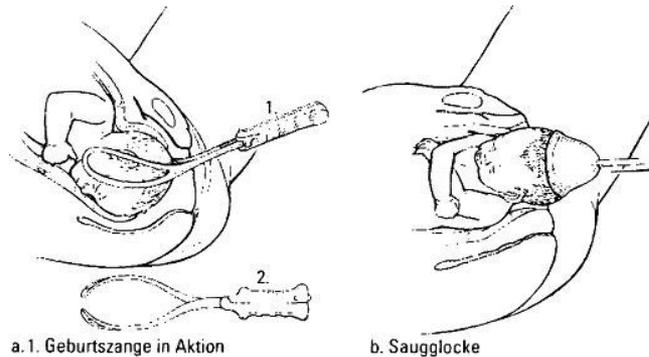
**Sectorate steigt, Zahlenmaterial fehlt!**

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Manuelle Geburtstechniken im Wandel:

Riskante, vaginal-operative Entbindungsmethoden (Forzeps- und Vakuumextraktionen) sind deutlich zurückgegangen zu Gunsten einer Sectio.

Die Forzepsentbindung gilt als „aussterbende Entbindungsmethode“: Schwierige Entwicklungen, wie z. B. Beckenendlagen (BEL), innere Wendungen usw. werden zunehmend per Sectio entwickelt.



Quelle: <https://www.med.de/ratgeber/der-natur-nachhelfen-die-operative-vaginale-entbindung/>

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Die Konsequenz:

Der in Weiterbildung befindliche Arzt wird immer weniger bei derartigen manuellen Entbindungsmethoden zum Einsatz gelangen, ihm fehlen entsprechende Fertigkeiten.

Die Entscheidung für eine Sectio ist damit vorprogrammiert,

**Sectiorate steigt!**

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectorate

## Sectionindikation durch Kostendruck im Gesundheitswesen? (Prinzip: Mehr Fälle, weniger Zeit, mehr Erlös?)

Krankenhausmarkt befindet sich seit langem im Umbruch:

- Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern mit eher gewinnorientierten Konzepten,
- sinkende Nachfrage nach stationären Leistungen (bis zu 30 %), mit Forderung nach mehr Ambulantisierung,
- die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen bei
- Feminisierung (ca. 70 % der Ärzte ♀) mit der Forderung nach mehr flexiblen Arbeitszeitmodellen/Fachkräftemangel.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Lösung durch mehr außerklinische Geburtshilfe?

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) lehnt dies ab:

- ⇒ Auch im Low-Risk-Kollektiv von Schwangeren kann es zu Komplikationen kommen. Ergebnisse sind im Vergleich zu einer klinisch geplanten Geburt deutlich schlechter,
- ⇒ Aufklärung der Schwangeren über die Risiken einer außerklinischen Geburtshilfe rückt in den Brennpunkt der Kritik, weil diese allgemein verharmlosend ist.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectorate

Fördert das Fallpauschalensystem über die sog. Diagnosis-Related-Groups (DRGs) die Durchführung von mehr Sectiones?

**Einführung der DRG-System:**

Zusammenfassung von Diagnosen in Fallgruppen und pauschale Vergütung: **Mehr Diagnosen, mehr Geld!**

**Anreiz** für eine wirtschaftliche Mittelverwendung der leistungsorientierter Honorierung?

**Experten finden hierzu keinen Konsens:**

Sectorate lange vor der Einführung des DRG-Vergütungssystemes im Jahre 2004 von 15,3 % in 1991 auf 26,8 % im Jahre 2004 gestiegen.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Oder kontrovers:

Subventionieren Spontangeburt ohne komplizierende Diagnosen in Perinatalzentren Level I vielleicht doch die nicht kostendeckenden Sectiones?

## Einig ist man sich darin:

Belegabteilungen und kleinere Häuser ohne Drei-Schicht-Dienst sind geradezu zur Durchführung von mehr Sectiones gezwungen. In großen Kliniken mit 4.000 bis 5.000 Geburten und mehr pro Jahr ist demgegenüber wirtschaftliches Handeln im Case-Mix möglich.

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectorate

## Konsequenz:

Noch mehr kleinere Krankenhäuser werden schließen wegen Unwirtschaftlichkeit!

Schwerpunktkrankenhäuser erhöhen den Qualitätsstandard!

Neue Versorgungsstrukturen sind im Aufbau.

Unterversorgung droht nicht, Umdenken auch bei Patienten gefordert!

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectiorate

## Forensischer Druck als Sectioindikation?

### Die Rechtsprechung:

Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung in der Arzthaftung haben sich in den letzten 30 Jahren praktisch nicht verändert, allenfalls fortentwickelt.

### Das Patientenrechtegesetz aus 2013:

Kodifizierung des bisherigen „Richterrechts“. \*

# Ursachen/Hintergründe für steigende Sectorate

## Was hat sich tatsächlich geändert?

Die Höhe des Schadensersatzes:

⇒ Gestiegen sind die Schmerzensgeldbeträge, aber auch die Höhe der einzelnen materiellen Schadenersatzbeträge, so z. B. höhere Stundenlöhne bei fiktiver Berechnung von familiären Betreuungskosten.

⇒ Medien, auch die z. T. Angst machende, anwaltliche Beratung auf Arztseite:

*„...Sie stehen bei jeder ärztlichen Behandlung fast schon mit einem Bein im Gefängnis...“*

⇒ Forensischer Druck wird überschätzt.

⇒ Aber: Valides Zahlenmaterial fehlt!

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

## Der Paradigmenwechsel auf dem Prüfstand:

Vor- und Nachteile einer Sectio caesarea im Vergleich zu einer Spontangeburt für Mutter und Kind:

## Risiken und Langzeitfolgen für die Mutter:

Mütterliche Mortalität/Morbidität im Vergleich zu einer Spontangeburt nur leicht erhöht.



Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Kaiserschnitt\\_\(1506\).gif#/media/Datei:Kaiserschnitt\\_\(1506\).gif](https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Kaiserschnitt_(1506).gif#/media/Datei:Kaiserschnitt_(1506).gif)

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

Metaanalyse aus 2018 bestätigt deutliche Nachteile für Folgeschwangerschaften:

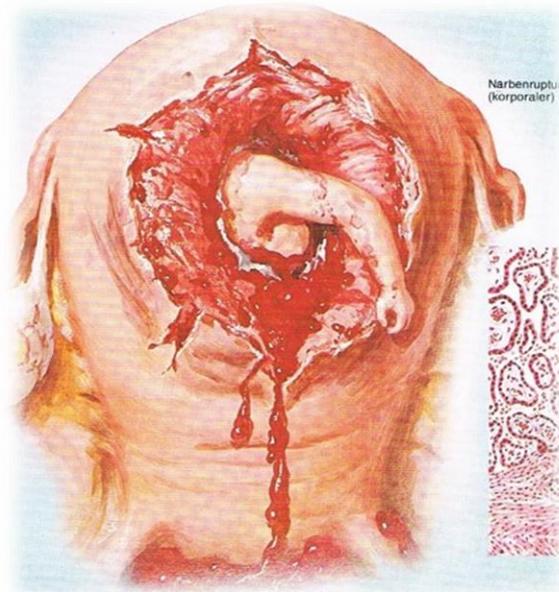
- Schwere bis schwerste postpartale Blutungen (PPH) in Folge einer Uterusatonie oder
- Plazentationsstörungen im Narbenbereich des unteren Uterinsegmentes mit deutlicher Erhöhung der mütterlichen Mortalität wegen PPH

## Fazit:

Komplikationsrate in Folgeschwangerschaften deutlich erhöht (Bluttransfusionen, Adhäsionen, intraoperative Verletzungen, ggf. Risiko einer Hysterektomie).

## Quo vadis – Geburtsmedizin?

Zahl der Uterusrupturen, symptomatisch oder asymptomatisch, insbesondere bei sekundärer Re-Sectio nach einem Versuch einer vaginalen Geburt sind deutlich erhöht.



Quelle: Uterusruptur (Netter Atlas)

## Quo vadis – Geburtsmedizin?

Gehäuft Tot- und Fehlgeburten (sog. Subfertilität).

*Schwere postpartale Blutungen (PPH) und Uterusrupturen gehören zu den größten Herausforderungen für Geburtshelfer und Hebammen (unkalkulierbar, kaum vorhersehbar).*

⇒ Überschlägig geschätzt sterben weltweit 800 Frauen täglich an schwangerschafts- und wochenbettassoziierten Todesursachen, sehr häufig dabei an schweren Blutungen

## Quo vadis – Geburtsmedizin?

**Komplikationen** bei später erforderlich werdenden **Hysterektomien** (üblicherweise bei gutartigen Erkrankungen, wie Myomen, Menstruationsstörungen, Prolaps/Inkontinenz usw.) treten gehäuft auf.

Rund 31 % der Frauen mit diesen Problemen hatten eine Sectio in der Anamnese.

Weitere mögliche Komplikationen, aber gut behandelbar:

- Verzögerte Mutter/Kinder-Interaktion,
- Stillprobleme

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

## Risiken/Nachteile bei vaginaler Geburt:

- Verletzungen der Geburtswege mit Dammriss,
- Episiotomie,
- Scheidenriss,
- Zervixriss,
- Uterusruptur,
- Hämatombildung sowie
- dauerhafte Beckenbodenschädigungen mit Harn- und Stuhlinkontinenz.

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

**Beckenbodenschädigungen im Vergleich zu einer elektiven Sectio deutlich erhöht, multifaktoriell bedingt:**

Ursachen, wie die Genetik, das Alter, der BMI sowie berufliche Belastungen spielen eine Rolle.

Bei Eintritt von dauerhaften Beckenbodenschädigungen ist die Lebensqualität massiv eingeschränkt.

**Gesundheitsökonomisch** sind Beckenbodenschädigungen in der Behandlung sehr teuer,  
Wissenschaft forscht intensiv nach prognostischen Kriterien und prophylaktischen Maßnahmen im Vorfeld einer vaginalen Geburt.

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

## Risiken und Langzeitfolgen nach elektiver Sectio für das Kind:

### *Grundsätzliches:*

*Mortalität und Morbidität von Neugeborenen nach einer Sectio caesarea sind signifikant mit dem Gestationsalter assoziiert.*

Terminnahe Geburten haben die geringste Komplikationsrate:

Respiratorische Komplikationen, wie das Respiratory-Distress-Syndrom (RDS), meist gut behandelbar.

**Vor der 39. SSW** ist das Risiko von neonatalen, respiratorischen Anpassungsstörungen deutlich erhöht.

Bei elektiver Sectio werden Langzeitfolgen in Form von pädiatrischen Krankheitsbildern diskutiert, wie z. B. ein Autismus, ein Asthma bronchiale, ein Diabetes mellitus Typ I, Lebensmittelallergien.

# Quo vadis – Geburtsmedizin?

## Fazit:

- ⇒ Die Sectio caesarea ist gesellschaftlich anerkannt, der Paradigmenwechsel **unumkehrbar** und auch **nicht erforderlich**.
- ⇒ Eine elektive Sectio in der 39./40. SSW hat die niedrigste Komplikationsrate.
- ⇒ Die Sectio ist mittlerweile sehr sicher, wenn auch nicht risikolos, **bleibt aber ein operativer Eingriff, der nur unter strenger Indikation durchgeführt werden sollte**. Bei der Indikationsstellung für eine Sectio ist also Zurückhaltung geboten.

## Quo vadis – Geburtsmedizin?

- ⇒ Das Selbstbestimmungsrecht der Mutter hat absoluten Vorrang, die ärztliche Aufklärung zur Sectio muss umfassend sein.
- ⇒ Ökonomische Aspekte müssen außer Acht bleiben.
- ⇒ Neue, erweiterte Versorgungskonzepte sind „in Arbeit“: Versorgungsstrukturen im Bereich stationärer Krankenhausleistungen müssen sich den aufgezeigten Gegebenheiten, dem Wandel anpassen.
- ⇒ Der viel zitierte forensische Druck auf den Geburtshelfer wird überschätzt, es bedarf einer realistischen, emotionsloseren Betrachtung der Auswirkungen der Forensik.

## Quo vadis – Geburtsmedizin?

*...“Stille und Ruhe, Zeit und Geduld, Achtung der Natur und dem gebärenden Weibe, und der Kunst Achtung, wenn ihre Hülfe die Natur gebietet.“...*

Adam Elias von Siebold (1775 – 1828)



Quelle: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Adam\\_Elias\\_von\\_Siebold.jpg#/media/Datei:Adam\\_Elias\\_von\\_Siebold.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Adam_Elias_von_Siebold.jpg#/media/Datei:Adam_Elias_von_Siebold.jpg)