

# *„Kaiserschnitt – Geburtsmethode der Zukunft?“*

**o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein**

2. Albertinen Kolloquium

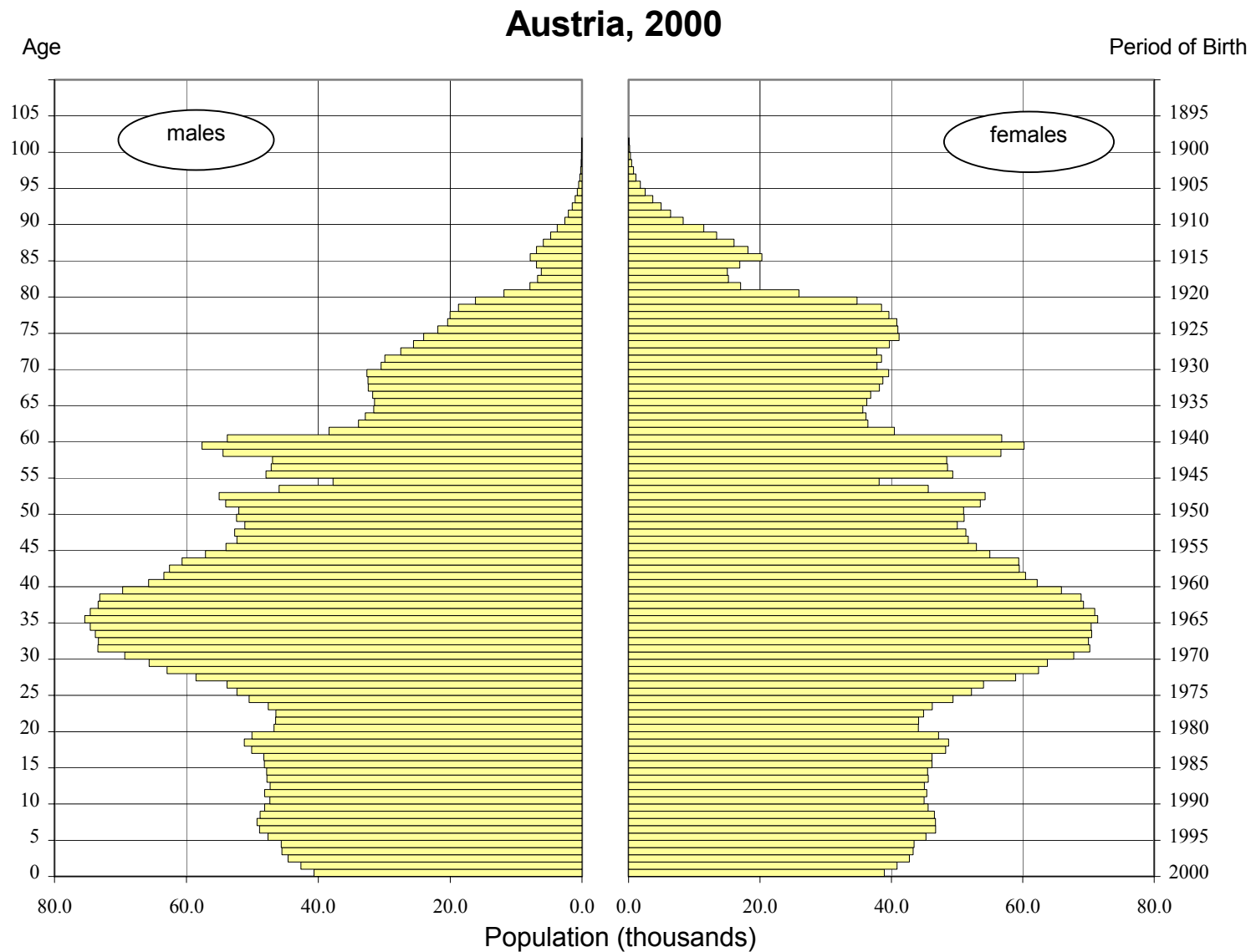
Geburtshilfe auf dem Wege zur  
Geburtsmedizin – wo stehen wir heute?

Hamburg, 15.2.2006

# *Soziologisches Umfeld der Geburtshilfe*

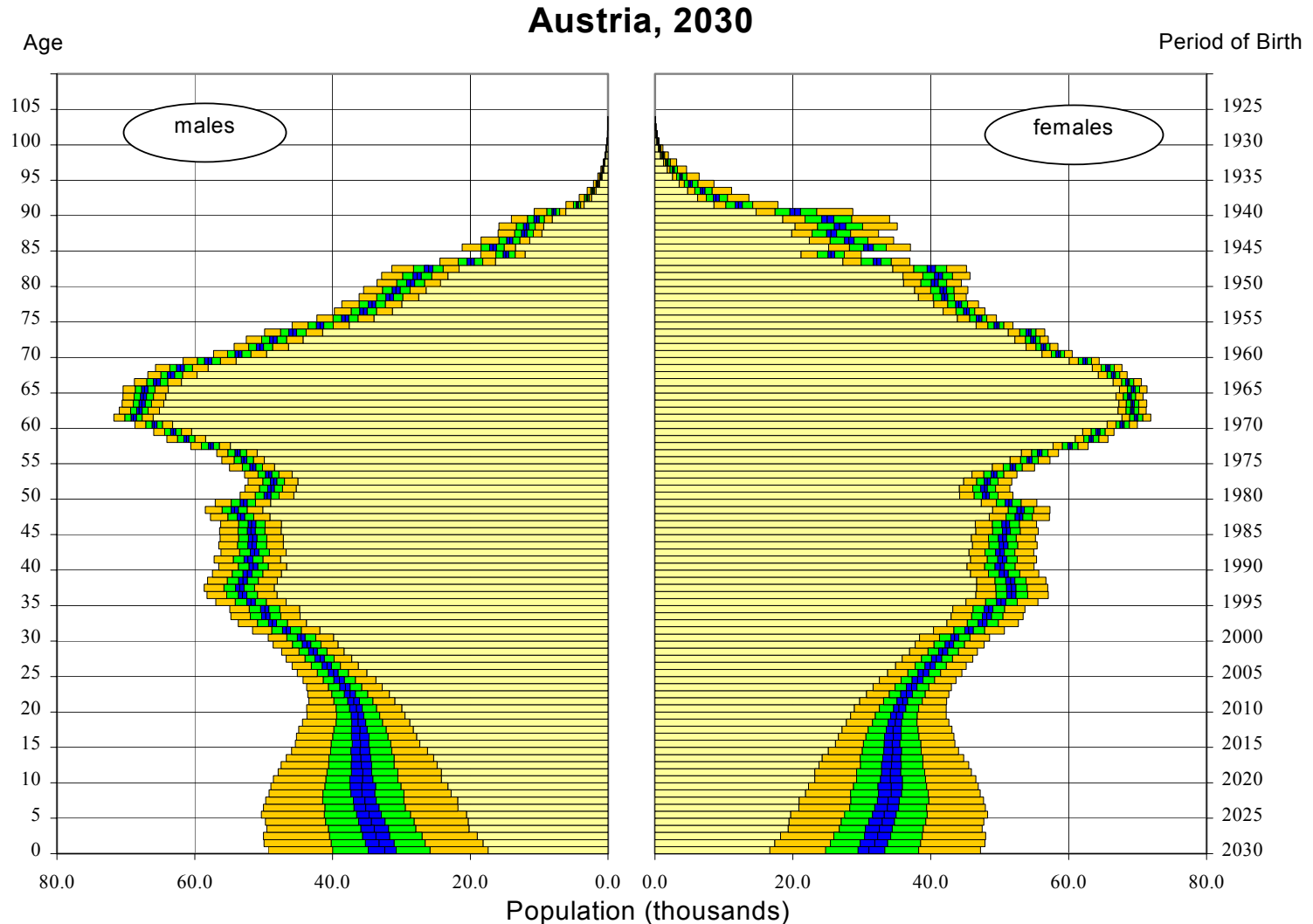
- Das „durchschnittliche österreichische Paar“ bekommt nur mehr 1,3 Kinder.
- Das mütterliche Alter bei der Geburt steigt kontinuierlich an.
- Das Ereignis – Geburt – wird für die betroffenen Mütter – aber auch für die gesamte Familie immer wichtiger.
- Die Autonomie der Patientin nimmt zu.
- Die öffentliche Medizin ist zunehmend nicht mehr in der Lage, alle Bedürfnisse lückenlos zu gewährleisten.
- Das Bewusstsein in der Bevölkerung, dass bestimmte medizinische Dienstleistungen privat nachgefragt werden müssen, nimmt zu.

# Alterspyramide Österreichs 2000



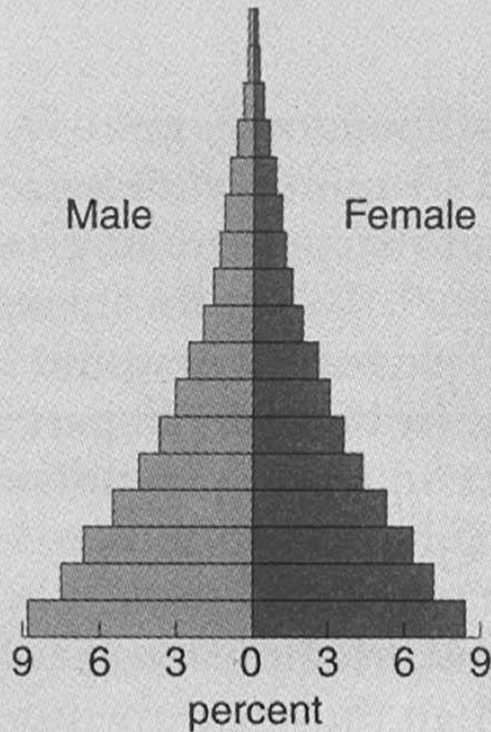
# Probabilistische Bevölkerungsprognose:

Die orange Fläche zeigt das 95% Unsicherheitsintervall; der blaue Bereich ist der wahrscheinlichste (Errechnet vom Institut für Demographie der ÖAW).

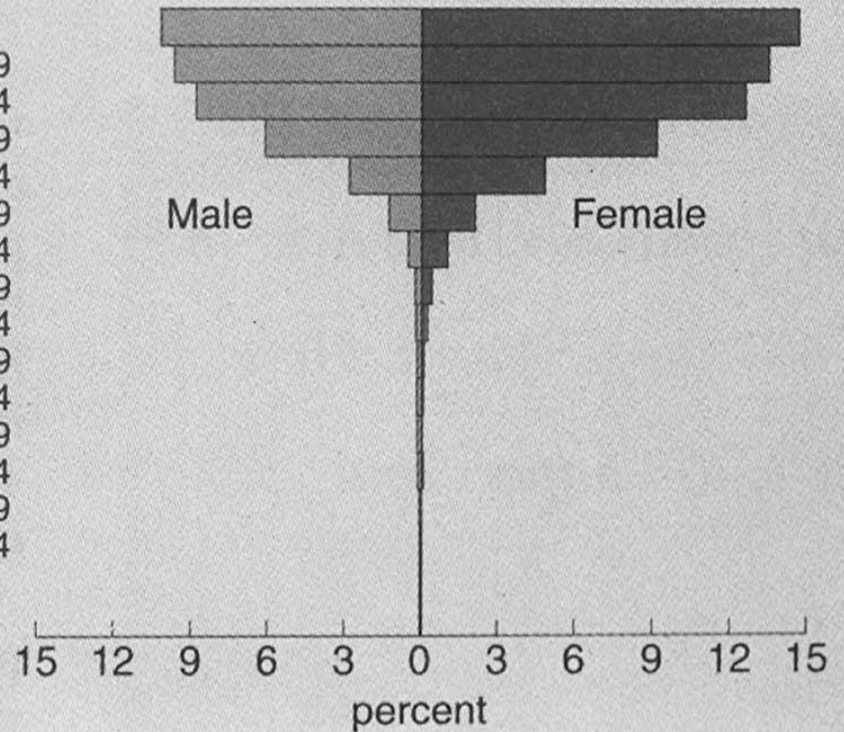


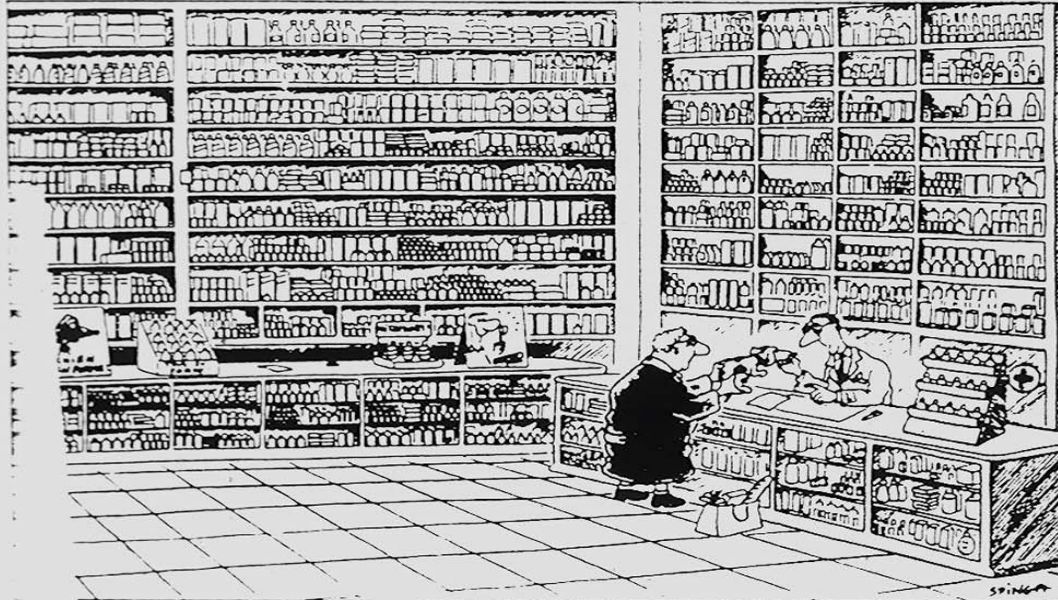
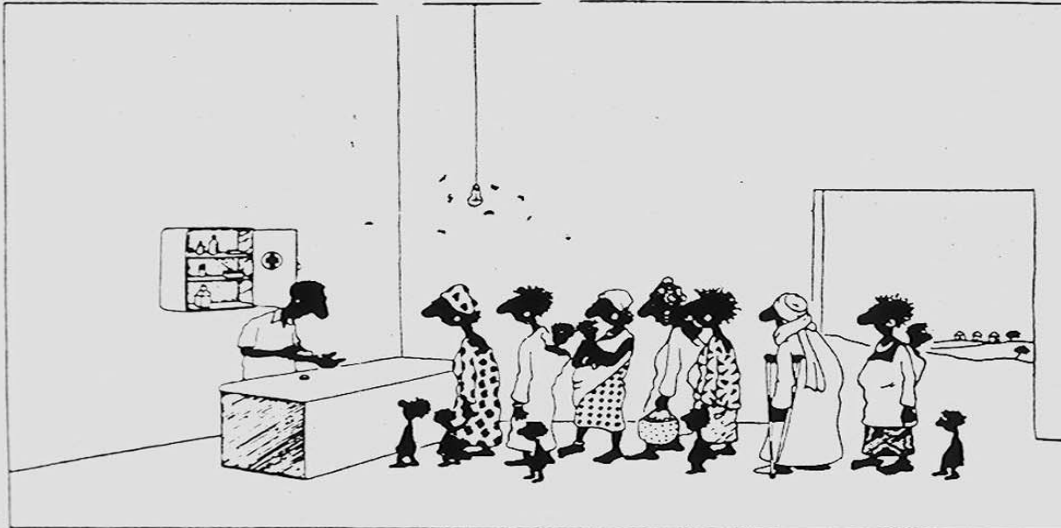
# Population Pyramids

## Guatemala, 1990



## Sun City, Ariz., 1990





CARTOON - VEDUGER OF PISA

# *Soziologisches Umfeld der Geburtshilfe*

- Das „durchschnittliche österreichische Paar“ bekommt nur mehr 1,3 Kinder.
- Das mütterliche Alter bei der Geburt steigt kontinuierlich an.
- **Das Ereignis – Geburt – wird für die betroffenen Mütter – aber auch für die gesamte Familie immer wichtiger.**
- **Die Autonomie der Patientin nimmt zu.**
- Die öffentliche Medizin ist zunehmend nicht mehr in der Lage, alle Bedürfnisse lückenlos zu gewährleisten.
- Das Bewusstsein in der Bevölkerung, dass bestimmte medizinische Dienstleistungen privat nachgefragt werden müssen, nimmt zu.

# Neue Medizin



**SALUS AEGROTI  
SUPREMA LEX**

"Arzt als Führer"



**„SHARED DECISION MAKING“**

**Arzt als Partner**



**VOLUNTAS AEGROTI  
SUPREMA LEX**

"Arzt als Dienstleister"

Der **Arzt** ist kompetent für die **Diagnose** und **Behandlung** (mit allen Unsicherheiten).

Die **Patientin** ist kompetent für ihr **Wertesystem** und verantwortlich für ihre **Lebensgestaltung**. Erst im Dialog dieser beiden Kompetenzen kann ein integrativ, aller relevanten Gesichtspunkte berücksichtigendes ethisches Urteil gefunden werden.

G. Virth „Die Patientin ist Person“,  
Festvortrag bei der Jahrestagung der ÖGC, 13.6.1998

# *Sectio*

Die einfachste Art ein Kind zu gebären?

Das Ende der herkömmlichen Geburtshilfe?

Die „Wunschsectio“ ist die Hure unseres Faches ...

„Once a pregnancy – always a Caesarian?“

**Befragung an 282 Geburtshelfern in Großbritannien:**

**„Bevorzugter Geburtsmodus bei unkomplizierter Schwangerschaft“ (Erstgebärende)**

**31% aller weiblichen Geburtshelfer**

**und**

**8% aller männlichen Geburtshelfer**

**wählten die primäre Sectio**

**Hauptargument: Schonung des Beckenbodens**

**Lancet (1996) 347: 544**

# *Die Diskussion um die „Wunschsectio“*

*ist überhaupt erst durch*

die Reduktion der

Mortalität und Morbidität der Sectio

die stärkere Beachtung von Problemen bei der vaginalen Geburt (z.B. Schäden am Beckenboden)

durch den forensischen Druck und

durch die Zunahme der Bedeutung des Patientenwunsches ermöglicht worden.

**Das Letalitätsrisiko bei der geplanten  
Sectio beträgt rund**

**1:60.000**

**und ist von dem der vaginalen  
Geburt nicht mehr zu  
unterscheiden.**

# *Bayerische Perinatalerhebung 2000*

	<b>Vaginal n = 296.916</b>	<b>Primäre Sectio n = 19.381</b>
<b>Mutter (%):</b>		
<b>Leichte Komplikationen:</b>	<b>13.7</b>	<b>11.8</b>
<b>OR</b>	<b>13.7</b>	<b>1.12 – 1.24</b>
<b>Schwere Komplikationen:</b>	<b>3.4</b>	<b>1.3</b>
<b>OR</b>	<b>2.6</b>	<b>2.26 - 3.0</b>
<b>Gesamt:</b>	<b>17.1</b>	<b>12.1</b>
<b>Kind (%):</b>		
<b>Apgar &lt; 7</b>	<b>0.3</b>	<b>0.9</b>
<b>OR</b>	<b>0.32</b>	<b>0.27 – 0.29</b>
<b>Verlegung:</b>	<b>1.9</b>	<b>3.2</b>
<b>OR</b>	<b>0.59</b>	<b>0.54 – 0.65</b>
<b>Gesamt:</b>	<b>2.2</b>	<b>4.1</b>

# *Vereinfachung der Sectio - Technik*

**Spinalanästhesie**

**vereinfachte Bauchdeckenöffnung**

**einschichtige Uterotomienahrt**

**keine Peritonealisierung**

**keine Flüssigkeit- und Nahrungskarenz**

**keine Abführmittel**

**frühe Nahtentfernung am 4. oder 5.  
postoperativen Tag**

# *Die Diskussion um die „Wunschsectio“*

*ist überhaupt erst durch*

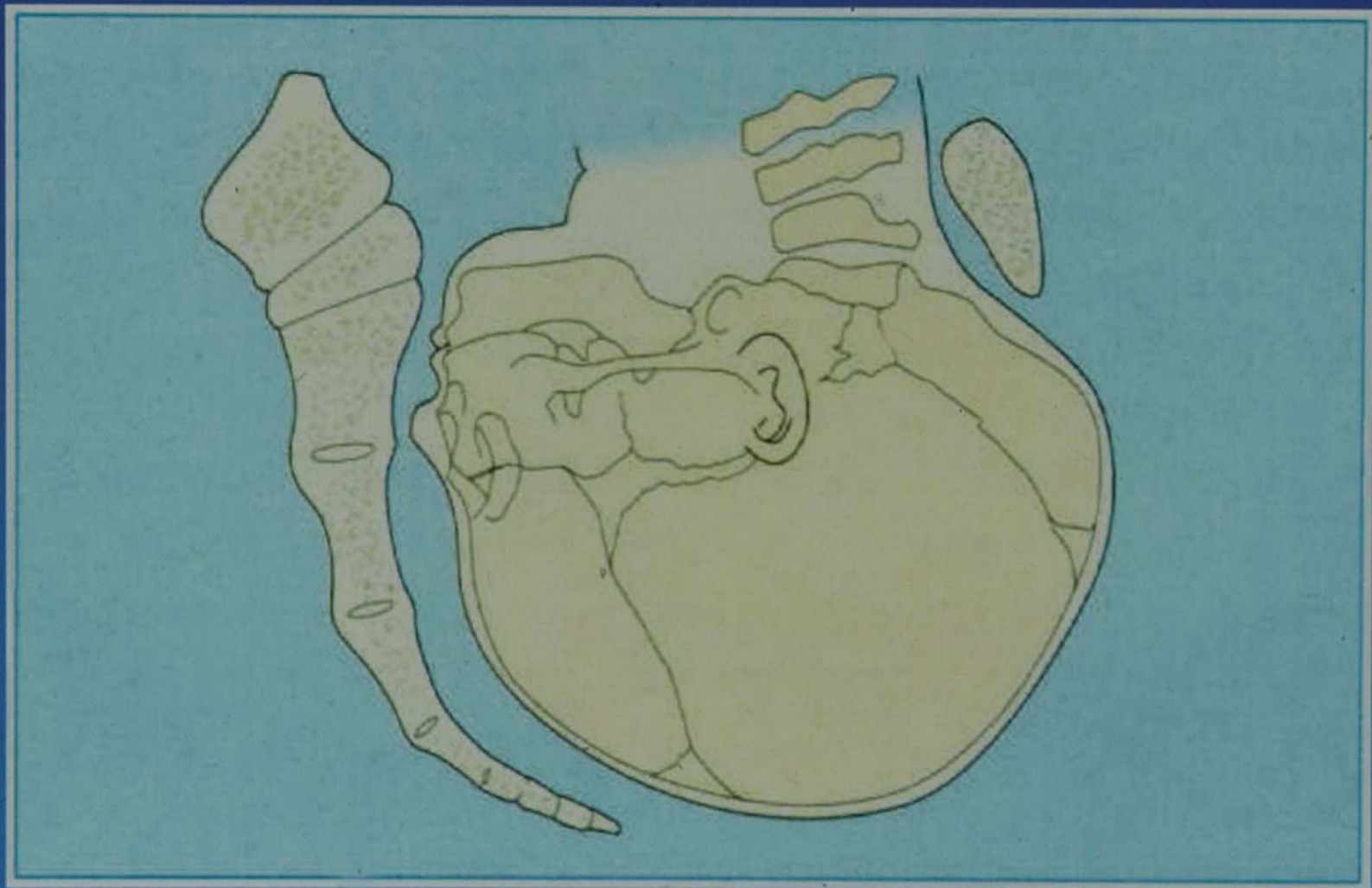
die Reduktion der

Mortalität und Morbidität der Sectio

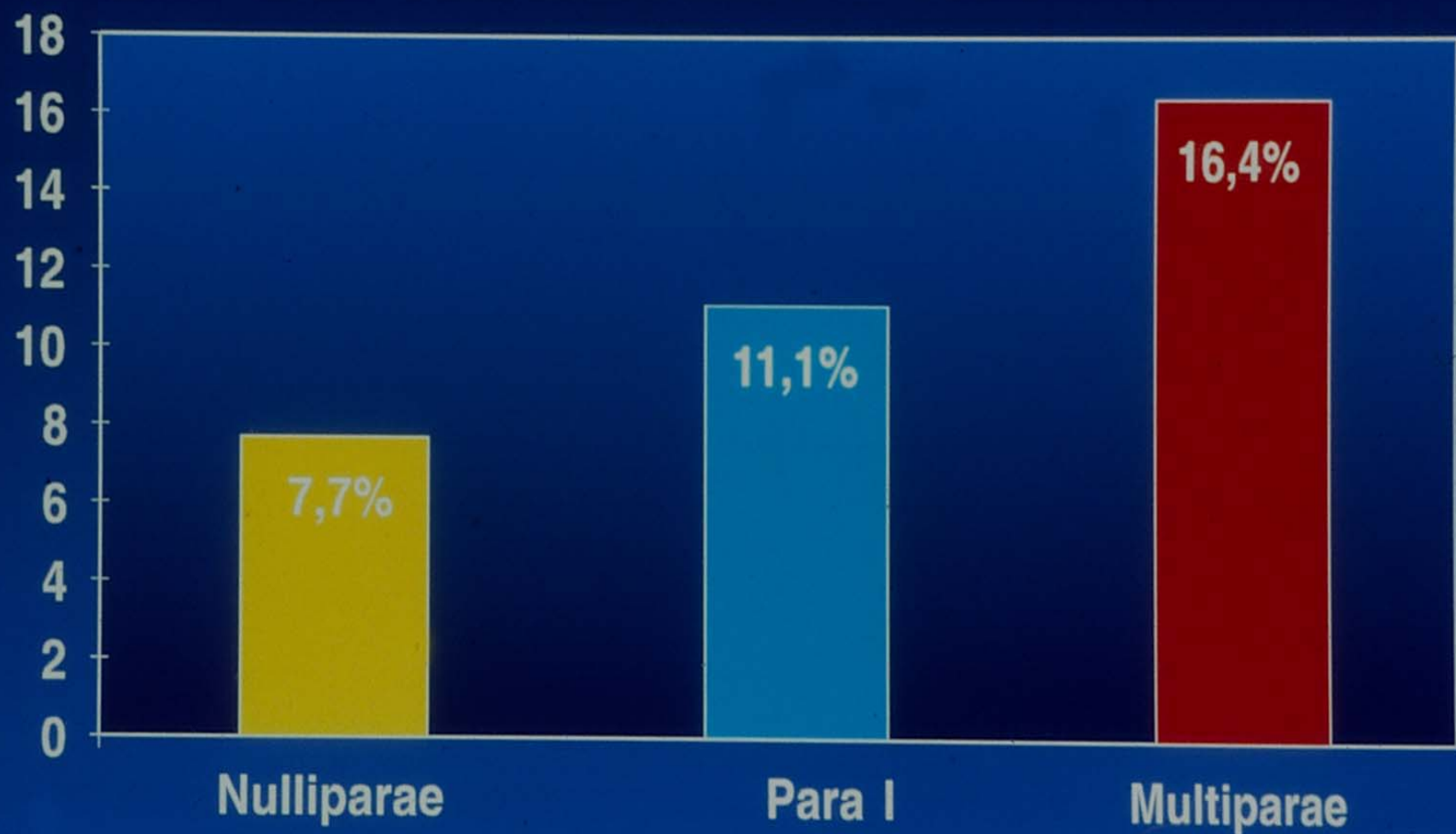
**die stärkere Beachtung von Problemen bei der vaginalen Geburt (z.B. Schäden am Beckenboden)**

durch den forensischen Druck und

durch die Zunahme der Bedeutung des Patientenwunsches ermöglicht worden.



# Geburt und Harninkontinenz im Klimakterium



# *Fetale Risiken der vaginalen Geburt*

Geschätzte Risiken nach Fisk N. – London

Intrapartaler Tod 1 : 1500

Intrapartal erworbene hypoxische Enzephalopathie 1 : 1750

Intrapartal erworbene Zerebralparese 1 : 4000

Totgeburt vor dem Termin 1 : 550

**Kumulatives Risiko über 1 : 500**

**.....The data presented show a remarkably consistent association between an increasing caesarean section rate and a falling mortality rate.....**

**In addition the hospital with the highest caesarean section rate consistently had the lowest mortality rate during this study of 22 years.....**

**Rising caesarean section rates: A cause for concern ?**

**T.G. Matthews et al., BJOG (2003); 110: 346**

# Intrauterine Fruchttode nach abgeschlossener 38. Schwangerschaftswoche \*

Österreich (Quelle Statistik Austria)

1984: 127 (1,4‰)

2004: 59 (0,7‰)

BRD - Hessen (Perinatalerhebung)

1990:65 (1,3‰)

2004:39 (0,9‰)

Hochgerechnet auf die ganze BRD 516 (0,9‰)

\*Nicht berücksichtigt: Anzahl der schweren Fehlbildungen –  
unbekannter Todeszeitpunkt

**In Österreich sterben pro Jahr  
knapp 1‰ aller Kinder jenseits der  
38. Schwangerschaftswoche.**

**Diese könnten – im Umkehrschluss –  
durch eine elektive Sectio bei 38/0  
gerettet werden.**

# *Geburtshilfliche Entscheidung des Geburtsmodus*

**Risiko der  
Sectio**

**Risiko der  
Vaginalgeburt**

**Sectio**

**Vaginal**

**Geburtsmodus**

# Neue Medizin



**SALUS AEGROTI  
SUPREMA LEX**

**"Arzt als Führer"**



**„SHARED DECISION MAKING“**

**Arzt als Partner**



**VOLUNTAS AEGROTI  
SUPREMA LEX**

**"Arzt als Dienstleister"**

# *Künstliche Gegenpole*

**Wunsch der Patientin**

**Indikation durch den Arzt**

**idealerweise**

**gemeinsame Entscheidung durch  
Abwägen der Vor- und Nachteile  
der jeweiligen Alternativen**

# *Kaskade der Indikationen zur Sectio, von hart bis weich:*

**vorzeitige Plazentalösung →**

**pathologisches CTG →**

**protrahierter Geburtsverlauf →**

**Frühgeburt Beckenendlage →**

**Termingeburt Beckenendlage →**

**Makrosomie →**

**Terminüberschreitung bei unreifer Cervix →**

**gestörte Koordination Geburtshelfer/Patientin →**

**→ Sectio Wunsch**

**nach P. Husslein, Wien (1998)**

**Je weniger ein ärztlicher Eingriff  
medizinisch geboten ist,  
umso ausführlicher und eindrücklicher  
ist der Patient,  
dem dieser Eingriff angeraten wird  
oder den er selbst wünscht, über dessen  
Erfolgsaussichten und etwaige  
schädliche Folgen zu informieren.**

**Urteil des Bundesgerichtshofes vom 6.11.1990**

# Elektive Sectio caesarea

Mit mir, ..... wurde von Dr. .... am ..... ein Aufklärungsgespräch in der Dauer von ..... min über den Kaiserschnitt auf Wunsch gehalten.

Dabei wurde im einzelnen besprochen:

- *Die geburtshilflich-medizinische Situation:* Der Verlauf der jetzigen (und eventueller früherer) Schwangerschaften mit einer zusammenfassenden Bewertung und Prognose über den zu erwartenden weiteren Verlauf. Es ist mir bewußt, daß bei mir keine medizinische Notwendigkeit zur Operation im engeren Sinne besteht.
- *Motive für den Kaiserschnitt:* Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Gründe für den Kaiserschnitt zu bedenken und im Aufklärungsgespräch zu erörtern. Diese sind im einzelnen: .....

Soweit meine Gründe durch medizinische Alternativbehandlungen beeinflusbar sind, wurden mir diese angeboten (z.B. Epidural-Narkose zur Schmerzausschaltung).

- ***Das Geburtserleben:* Das Erleben einer geglückten Spontangeburt kann im weiblichen Lebenszusammenhang wichtige Bedeutung erlangen. Soweit ich das jetzt absehen kann, stellt das Fehlen eines spontanen Geburtserleben für mich kein Problem dar.**

- *Risiken:* Die jeweiligen mit einer Spontangeburt und mit einem Kaiserschnitt verbundenen allgemeinen Risiken wurden besprochen, die Einverständnis- erklärung zur Operation (Weissauer-Bogen) habe ich gelesen und verstanden.
- *Durchführung der Operation:* Die Standard-Verfahren beim Kaiserschnitt wie z.B. Durchführung nach abgeschlossener 38. Schwangerschaftswoche, Spinal-Anästhesie, auf Wunsch Anwesenheit des Partners, Antibiotika- und Antikoagulantien-Prophylaxe wurden erörtert.

Nach dem Gespräch im obigen Sinne habe ich keine weiteren Fragen mehr und wünsche einer Kaiserschnittentbindung.

Wien, am .....

Patientin .....

Arzt/Ärztin .....

# *Geburt*

## Der Anteil

- **einfacher vaginaler Geburten**
- **geplanter Kaiserschnitte**

sollte möglichst hoch sein.

## Vermeidung

- langwieriger Geburtsverläufe
- schwieriger operativer Geburtsbeendigungen
- sekundärer Kaiserschnitte

# *Patientenzufriedenheit*

*(prospektive Befragungsstudie)*

*UFK – Wien n = 1050*

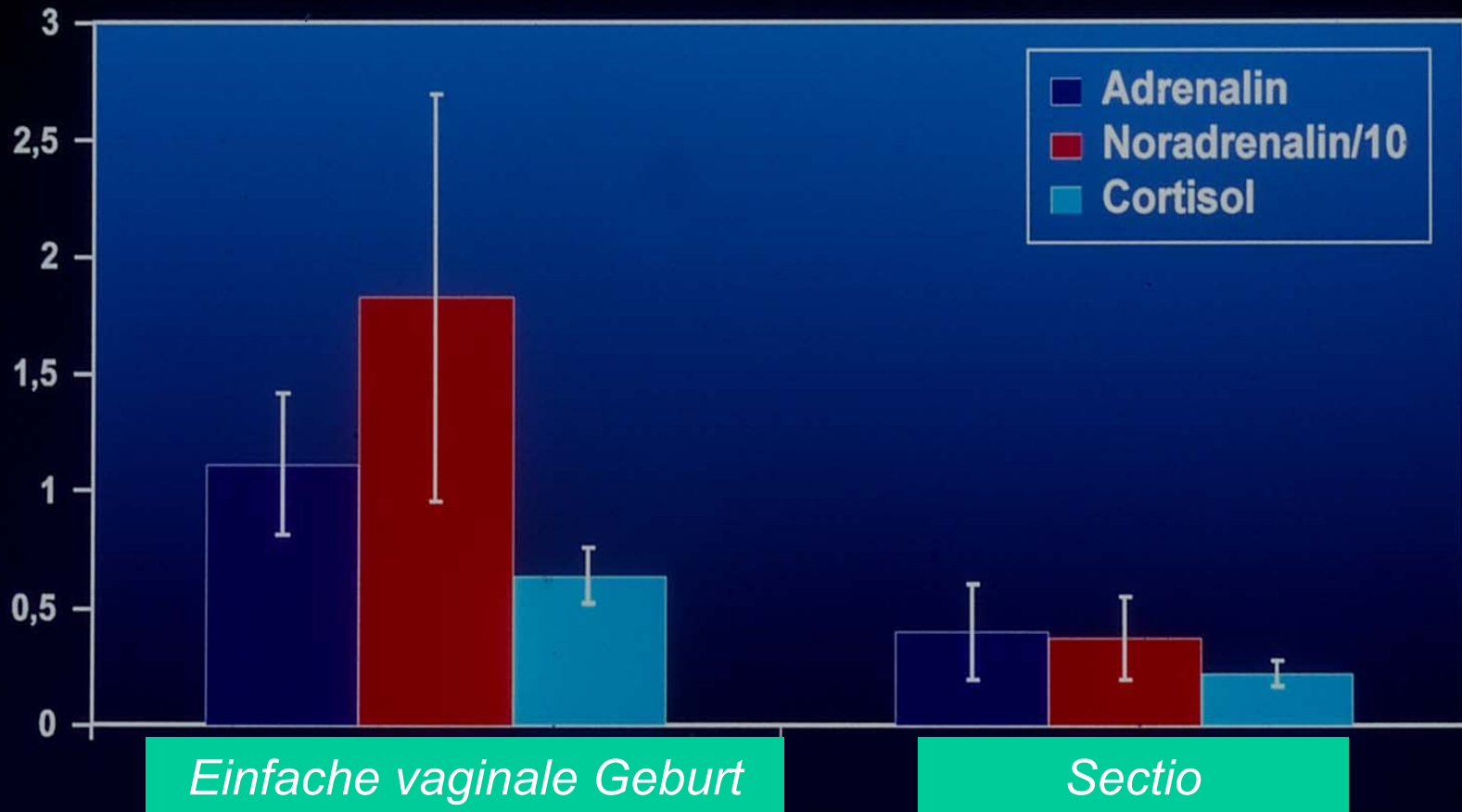
- **Spontane Geburt** **++**
- **Elektive Sectio** **++**
- **Operative vaginale  
Geburtsbeendigung** **+/-**
- **Sekundäre Sectio** **+/-**
- **Akutsectio** **-**

## *Mode of delivery and subsequent stress response*

**We have shown that a baby's stress and crying response at 8 weeks was related to mode of delivery, with the greatest response shown in those born by assisted delivery and the least response in those born by elective caesarean section.**

A. Taylor, Lancet 2000; 355: 120

# Stresshormonspiegel der Neugeborenen



Vogl et al., BJOG 2006

# *Probleme*

- **Erhöhtes Risiko einer Plazenta accreta in der alten Sectionarbe**
  - **Deutliche Erhöhung des Risikos für eine Uterusruptur in der nächsten Schwangerschaft**
  - **Die wirkliche Gefahr besteht darin, dass die Sectio für den Geburtshelfer die aufwandärmste Entbindungsform ist → Gefahr falsch gewichteter Aufklärung**
  - **Ausbildung: Normale Geburten werden verstärkt von Hebammen durchgeführt, Pathologien werden sectioniert**
- Fachärzte verlernen das Leiten der vaginalen Geburt**

# FRAUEN- ARZT

Stellungnahme zur geplanten  
Legalisierung anonymer Geburten

Ovarialkarzinom –  
Chancen und Perspektiven

Die präventive Estrogen-Gestagen-  
Langzeitsubstitution

Fortbildung:  
Zusatzqualifikationen mit Zukunft

Absolute und relative Indikationen  
zur Sectio caesarea

Herausgeber

 Berufsverband  
der Frauenärzte e.V.

 Deutsche  
Gesellschaft für  
Gynäkologie und  
Geburtshilfe e.V.

42. Jahrgang ■ November 2001

# 11 ■ 01

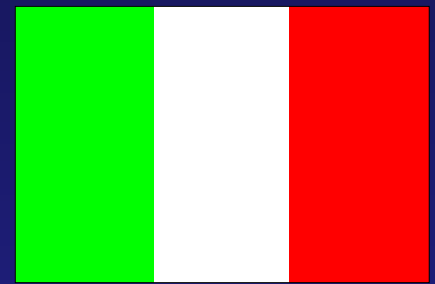
publi<sup>med</sup> • Medizin und Medien

Der rasche  
Wandel in der  
Einschätzung der  
„Wunschsectio“



1996 AG Medizinrecht der DGGG -  
„Gefälligkeitssektio ist un-ärztlich  
und eigentlich rechtswidrig“

2001 AG Medizinrecht der DGGG „Wo eine  
medizinische Indikation zur Sectio fehlt...darf der  
Geburtshelfer dem ernsthaften und  
nachdrücklichen Wunsch der Frau nach einer  
Schnittentbindung entsprechen“



§ § § § „Das öffentliche  
Gesundheitswesen muß die bewußte  
und aktive Mitwirkung der Frau bei der  
Entscheidung zum Geburtsmodus  
garantieren“

*Legge Regionale N. 22 27 07 1998 Regione Marche*

# Perché in Italia è cesareo un parto su tre

Sempre meno nascite naturali, sempre più tagli. Per evitare rischi ai piccoli? Non solo. A spiegare questo poco invidiabile record (con boom in Campania) ci sono anche altre ragioni. Non tutte scientifiche / di **Elena Dusi**

**EUROPA****17,9%**

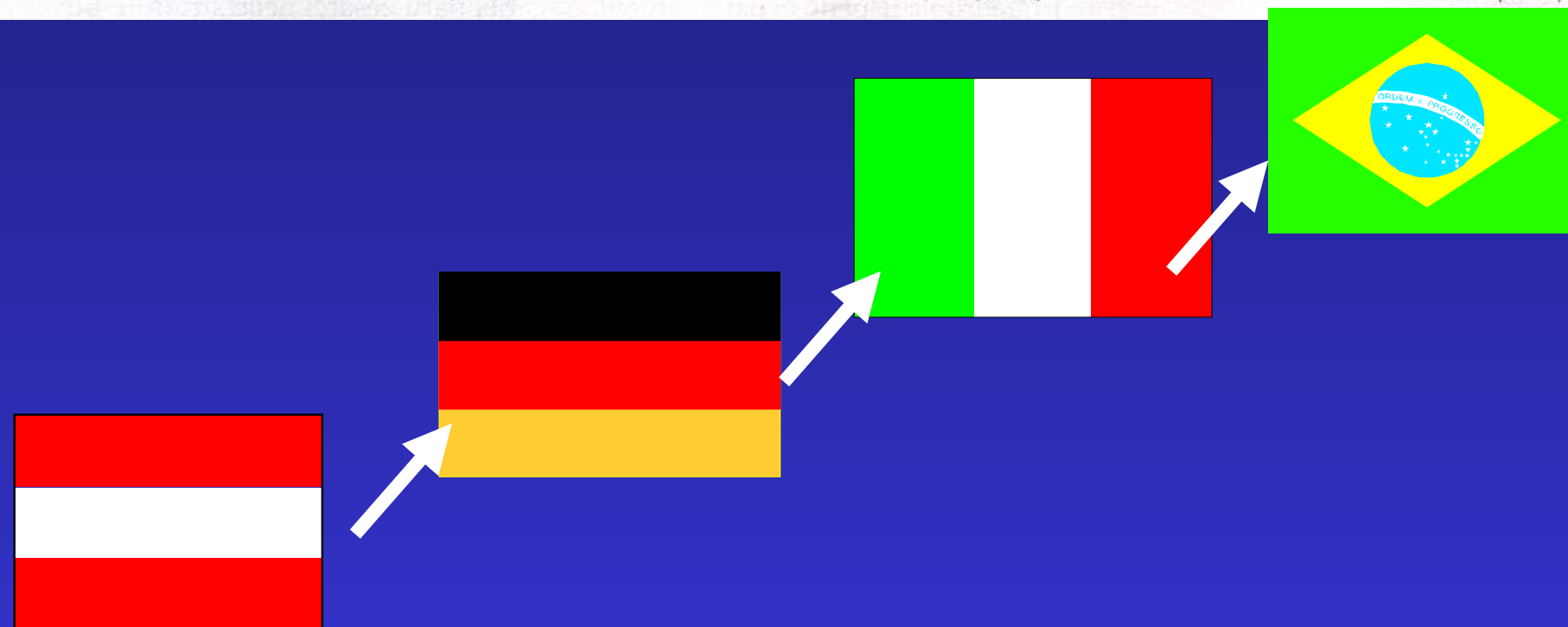
(dati '97)

**ITALIA****32,9%**

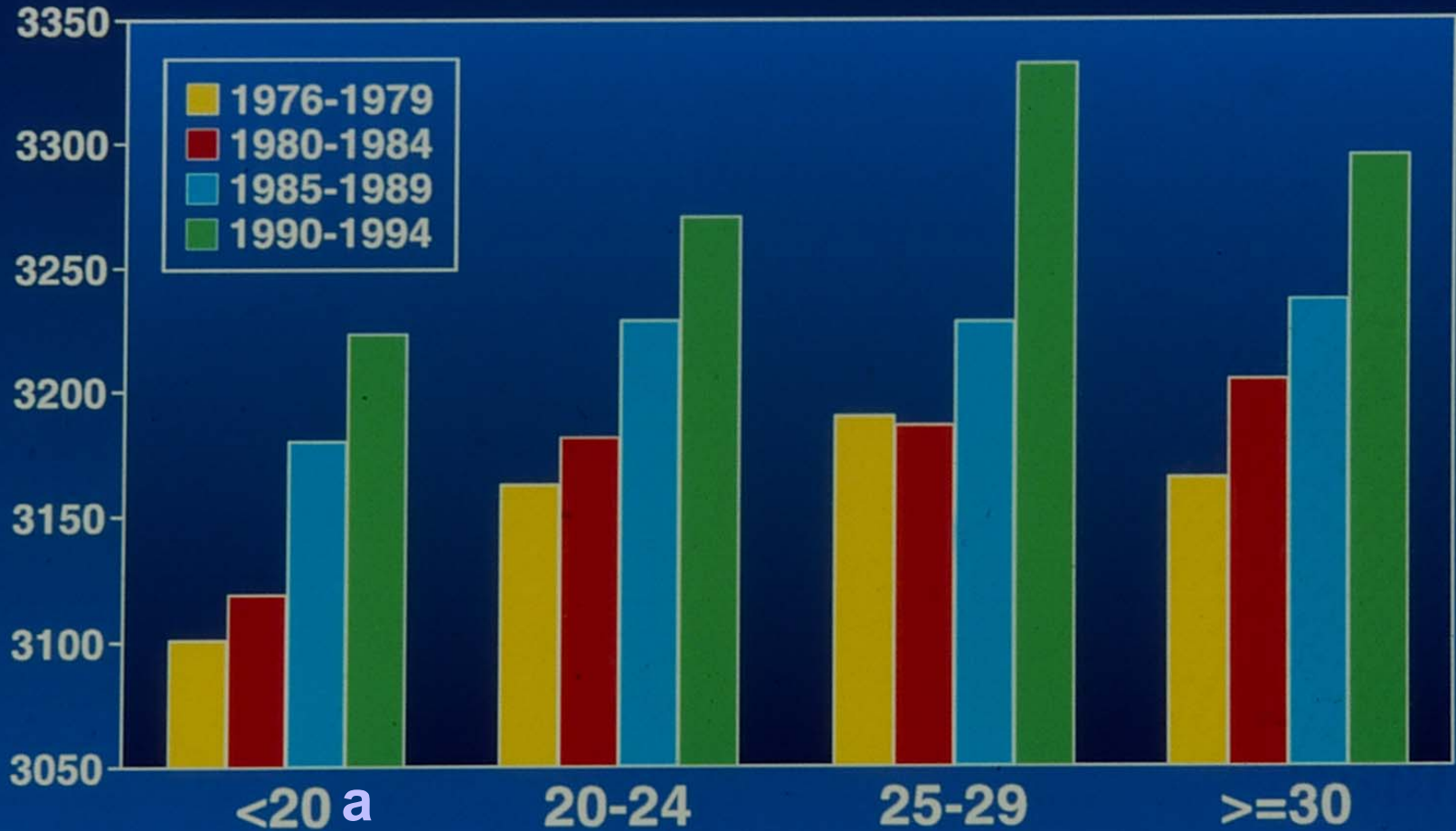
(dati '99)

**CAMPANIA****51%**

(dati '99)



# Do newborns become too large for vaginal delivery?



Gruber Ch. et al., Arch Gynecol Obstet 2003, 262

*Umorientierung der  
„Geburtshilfe zur Schwangerenhilfe“*

# *Ungelöste Probleme in der Geburtshilfe 2006*

- Vorzeitige Wehen
- Vorzeitiger Blasensprung
- Präeklampsie
- Plazentainsuffizienz
- Fehlbildungen

•••

# *Risikoadaptierte Betreuung in der Schwangerschaft*

„low risk“

- einfach guter Hoffnung sein ...
- starke Involvierung von Hebammen
- „wenig Medizin“

„high risk“

- „viel Medizin und Medizintechnik“

# *Screening zur Risikoevaluierung (11. – 14. SSW)*

- Anamnese
- Combined Test
- Plazenta-, Cervix-, Doppler-US
- Infektionsabstriche

...

# *Intrauterine Ernährungsstörung bedeutet Risiken im Erwachsenenalter*

(„Barker Hypothese“)

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Schlaganfall
- Störungen des Lipidstoffwechsels

Barker 1993, Lancet

Wenn das so wäre, wäre die Modulation dieses Milieus auch die beste nur denkbare **primäre Prävention von Erkrankungen.** Eine Geburtshilfe in dieser Form würde ins Zentrum des wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen, aber auch gesundheitsökonomischen Geschehens gerückt und die Gewichtung in unserem Fach wäre völlig umgekrempelt.

*P. Husslein „Die Zukunft der Geburtshilfe – eine furistische Vision“, Speculum 2006*

## *Trotz der drastischen Zunahmen der Anforderungen*

- Autonomie der Schwangeren, Druck der öffentlichen Gesundheitsorganisation, Zunahme der Klagebereitschaft etc. -

*bleibt die Geburtshilfe eines der schönsten und befriedigendsten Teile des Faches Frauenheilkunde.*