

Selbstbestimmt und risikolos?

„Wunschkaiserschnitt“

Beate Schücking

Dr. med. Mabuse Nr. 148, S. 27-30, Langversion mit Literatur

Die Kaiserschnittraten in Deutschland steigen. Zunehmend wird der Eingriff nicht mehr nur bei tatsächlich vorliegender Indikation angewendet, sondern auch als so genannter „Wunschkaiserschnitt“. Beate Schücking zeigt, wie riskant und sinnlos dieser ist, und fragt, woher das Bedürfnis nach diesem Eingriff eigentlich rührt, sprechen sich doch die Schwangeren selbst kaum explizit dafür aus. Zu fordern bleibt nur das Übliche: angesichts nicht vorhandener vergleichender Untersuchungen mehr Forschung – und eine bessere Information der Frauen über Risiken und Nebenwirkungen.

Seit ca. fünf Jahren wird unter deutschen GeburtshelferInnen eine kontroverse und zuweilen stark polarisierte Diskussion um den Kaiserschnitt (Sectio) geführt, auf die im Folgenden aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive und auf der Basis auch internationaler Erfahrungen eingegangen wird.

Die Transformation der ‚normalen Geburt‘ in einen hochtechnisierten Prozess ist bereits vor über 20 Jahren von engagierten Frauen thematisiert worden (The Boston Women's Health Book Collective, 1980). Damals bot nicht die (noch niedrige) Kaiserschnittrate, sondern die „programmierte“ und wenig familienfreundlich gestaltete Geburt Anlass zur Kritik. In folgenden Jahren wurden wesentliche Impulse gegeben, die Kreißsaalatmosphäre angenehmer zu gestalten (Akzeptanz der werdenden Väter; freundlichere Möblierung; bequeme Geburtsbetten, neuerdings in vielen Kliniken auch Geburtswannen), doch zu einem wirklichen Abbau der Apparatedizin bei der Geburt ist es nicht gekommen. Im Gegenteil, im Zuge technischer Entwicklungen, die verbesserte und neue Geräte schufen und weiter schaffen, kommen Apparate und inzwischen auch Kaiserschnitt-Operationen vermehrt routinemäßig zum Einsatz (Schücking & Schwarz, 2001; Hall & Bewley, 1999).

Häufigkeit von Kaiserschnitten

Kaiserschnittraten zeigen seit Jahren eine hohe Variationsbreite: Sie liegen derzeit in den Niederlanden noch unter 10 %, in skandinavischen Ländern um 15 %, in Deutschland bei 20-25 % in den westlichen und um 15 % in den östlichen Bundesländern und in den USA bei etwa 25-27 % (Schneider et al., 2000 und eigene Recherchen, 2003). Weltweit ist der Kaiserschnitt inzwischen wahrscheinlich die häufigste durchgeführte Operation. In der Bundesrepublik ist die Zahl der Kaiserschnitte von 15,3 % (1991) auf 22,6 % (2001) gestiegen. Zahlen, die die weltweite Entwicklung der Häufigkeit von Sectiones anzeigen, liegen leider nicht vor, doch ist aus keinem Land ein aktueller Rückgang bekannt.

Lange bekannt ist die Abhängigkeit vom Versicherungsstatus der Frauen: Privatpatientinnen weisen erheblich höhere Sectiofrequenzen auf als Kassenpatientinnen. Diese werden

beispielsweise für Privatpatientinnen in England bei 23 %, in USA bei 29 %, in Australien bei 30-35 % und in Rio de Janeiro bei zirka 80 % angegeben (Schneider et al., 2000 - aktuell (2004) ist sicherlich von noch höheren Raten auszugehen).

Allein diese Differenzen zeigen, dass die Entscheidung zur Durchführung eines Kaiserschnittes nicht unbedingt auf medizinischen Fakten beruht. Dem entspricht ein in den Industrienationen deutlich zu beobachtender Trend zur „Wunschsectio“, die erstmals auch so benannt wird.

Riskante Wunschsectio

Welche Risiken nehmen Frauen und Geburtshelfer in Kauf, die sich die Erfüllung dieses Wunsches zum Ziel setzen?

Der geplante Kaiserschnitt (primäre Sectio) ist für das Kind ein Geburtsmodus mit eigenen Gefahren. So entwickeln Kinder, die durch Kaiserschnitt geboren werden, eher ein Atemnotsyndrom als Kinder, die zum gleichen Schwangerschaftszeitpunkt vaginal geboren werden (Enkin et al., 2000). Dies zeigen auch die Erfahrungen bei sorgfältig geplanten Wiederholungseingriffen, die nur die Voroperation als Indikation hatten (Boyers, 1998). Laut einer Arbeit von Krause ist dieses Risiko 2-4fach so hoch wie bei vaginaler Geburt. In der gleichen Arbeit wird auch das Auftreten eines Pneumothorax bei Sectiokindern 1,9-mal häufiger beobachtet (Krause, 2000). In einer großen retrospektiven Analyse der bayrischen Perinatalerhebung (Schneider, 2001) zeigt sich ebenfalls eine höhere Morbidität der Kinder bei primärer Sectio. Noch vor wenigen Jahren hieß es international, dass Sectioraten über 7-8 % die kindlichen perinatalen Ergebnisse nicht verbessern (Enkin et al., 1995), und die Weltgesundheitsorganisation empfahl Obergrenzen von 10-15 % .

Für die mütterliche Seite lässt sich sagen, dass die Sectiomortalität in Deutschland heute so niedrig ist wie noch nie zuvor. Dies ist sowohl Fortschritten in den Operationsmethoden, als auch bei den eingesetzten Anästhesieverfahren zu verdanken (Huch et al., 2001).

Dennoch kann man den Kaiserschnitt nicht als Bagatelleingriff einstufen: Zwar ist die Müttersterblichkeit bei der primären (geplanten) Sectio niedriger ist als bei der sekundären, doch der Vergleich der Mortalitätsraten bei vaginaler Geburt und bei Sectio ergibt ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für die Mutter beim Kaiserschnitt (Wagner, 2000), das durch Komplikationen wie Thromboembolien und Infektionen geprägt ist. Die Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Sectio und die mütterliche Altersverteilung zeigen in diesem Zusammenhang keine Korrelation. So legen die Ergebnisse nahe, eine möglichst strenge rationale Basis zur Stellung der Kaiserschnitt-Indikation anzustreben (Kühnert et al., 2000).

Unter den ebenfalls erhöhten Morbiditätsrisiken sind insbesondere die erhöhten Gefahren von Blutungen, die bis zu Gebärmutterentfernungen führen, und die Entstehung von Verwachsungen, Darmverschluss sowie von Plazenta-Einnistungsstörungen mit schweren Komplikationen bei späteren Geburten zu nennen (Schüßler et al., 1998). Ein weiteres Problem ist die deutlich erhöhte sekundäre Sterilität, und das erst unlängst beschriebene viel höhere Risiko für eine Totgeburt nach der 34. Schwangerschaftswoche bei einer weiteren Schwangerschaft (Smith et al., 2003).

Sectio führt zur Risikoklientel-Einstufung

Der Zustand nach Sectio ordnet die Frau außerdem in der nächsten Schwangerschaft einer Risikoklientel zu (Paterson-Brown et al., 1998) wegen der Gefahr der Gebärmutterruptur. Dies

begründet die wieder ansteigende Zahl von zweiten und dritten Kaiserschnitten. In einigen US-amerikanischen Kliniken wird den Frauen nach Erfahrung der Autorin bereits wegen des erhöhten organisatorischen Aufwands nicht mehr die Möglichkeit zur Spontangeburt bei der nächsten Entbindung geboten – „einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt“, heißt die Devise. Auch die in jüngster Zeit besonders intensiv diskutierten Auswirkungen der vaginalen Geburt auf den Beckenboden (Al-Mufti, 1996; Schüßler et al., 1998) haben einige ärztliche Geburtshelfer für den "Wunschkaiserschnitt" plädieren lassen, obwohl die internationale Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe klar gegen diese Praxis als "unethisch" Stellung genommen hat (FIGO, 1999). Auch nach Kaiserschnitten tritt Beckenbodenschwäche im späteren Leben auf. Nur die Urininkontinenz, nicht die Stuhlinkontinenz ist nach vaginalen Geburten häufiger. Welche Maßnahmen hier wirklich präventiv wirken können (Physiotherapie?) ist derzeit ebenso offen wie die Frage der Auswirkungen des Geburtsmodus auf die Sexualität. Frauen berichten nach Kaiserschnitten zumindest genauso häufig über Schmerzen beim Verkehr wie nach vaginalen Geburten.

Geburtserleben wird verhindert

Aus psychosomatischer Sicht stellt die Sectio eine Verhinderung des physiologischen Geburtserlebnisses dar (Mutryn, 1993). Das aktive Gebären und Erleben der Geburt, das Sehen und Spüren, wie das Kind geboren wird, die Möglichkeit, es sofort berühren und ungestört annehmen zu können, fehlt. Das vermutlich endorphin- und oxytocin-gesteuerte "Glücksgefühl" nach der Spontangeburt, das viele Frauen sehr eindrücklich als einen der Höhepunkte ihres Lebens beschreiben, stellt sich ebensowenig ein wie der Stolz darauf, die enorme Geburtsarbeit bewältigt zu haben. Häufig kommen als Langzeitfolgen Versagensgefühle bei den Frauen zum Tragen (Cooper & Murray, 1998). Die Sectio nimmt der Frau ferner die Möglichkeit, eine selbstbestimmte Geburt zu gestalten und mit dem Partner zusammen die Geburt zu erleben (Stauber et al., 1999).

Die sich daraus ergebenden möglichen Folgen sind unterschiedlich und nicht sicher abzusehen (Cranley, 1983, DiMatteo et al., 1996). Sie können zu einer Beeinträchtigung des Selbstbildes und auch zu Veränderungen im Sexualleben führen.

Des Weiteren gilt ein besonderes entwicklungspsychologisches Interesse dem sogenannten Bonding und seinen Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung, der Aufnahme der Stillbeziehung etc. bei Sectio (Garel et al., 1990). Trotz vieler Verbesserungen gegenüber früheren Jahren bietet die OP-Situation nicht den günstigsten Rahmen für ungestörte Kontaktaufnahme zum Neugeborenen (Enkin et al., 2000).

Das „National Institute for Clinical Excellence“(NICE), eine 1999 gegründete Institution des britischen Gesundheitssystems, das „Best-Practice-Guidelines“ erstellt, arbeitet derzeit an einer Richtlinie für den Kaiserschnitt, die im April 2004 fertiggestellt und dann unter www.nice.org.uk abrufbar sein wird. Der jetzige Entwurf weist u.a. darauf hin, dass Frauen informiert werden sollten über den längeren Krankenhausaufenthalt, das jeweils um ein Mehrfaches höhere Risiko für Blutungen, Entzündungen der Gebärmutter, postoperative Blasenprobleme, notwendige Folgeoperationen und Thromboembolien, wie auch über die Risiken in weiteren Schwangerschaften.

„Präventive Praxis“?

Dieser langen Liste von Risiken und Nachteilen gegenüber steht die Erfahrung vieler Frauen, dass eine klinische Spontangeburt in ihrem Verlauf nicht vorhersehbar ist - in den letzten Jahren haben nicht nur die geplanten Kaiserschnitte, sondern auch die sekundär die Geburt beendenden Eingriffe zugenommen. Insbesondere für Erstgebärende, und besonders häufig nach geburtseinleitenden Maßnahmen, endet eine spontan begonnene Geburt nicht selten im für die Frau dann besonders enttäuschenden Kaiserschnitt, oder mit Saugglocke/Zange. Das Angebot, dann doch von vornherein die Operation einzuplanen, wirkt u.U. fast als „präventive“ Praxis. Jedoch sollte hier nicht übersehen werden, dass die hohe Rate sekundärer Kaiserschnitte - die durchaus einer eigenen Betrachtung i. S. geburtshilflicher Kunst, aber auch zunehmender Sicherheitsbedürfnisse und Ängste der im Kreißaal Tätigen wert wäre - schon aufgrund der oben erwähnten zusätzlichen Risiken nicht ernsthaft als wissenschaftliches Argument für primäre sectio herangezogen werden kann.

Häufig wird argumentiert, dass im wesentlichen der Wunsch der „modernen, selbstbestimmten“ Frau ausschlaggebend für den Geburtsausgang sei. Die Untersuchungen, die bisher zu dieser Frage durchgeführt wurden, zeigen allerdings, dass nur wenige Schwangere einen Sectio-Wunsch äußern (7-8 % von 3061 prospektiv befragten Schwedinnen (Hildingsson 2002); 4 % in einer noch unpublizierten Studie (Hellmers/Schücking) an 370 Deutschen). Zudem zeigt die schwedische Untersuchung, dass nur Ängstlichkeit und Depressivität sowie traumatische Erfahrungen bei früheren Geburten mit dem Wunsch nach Kaiserschnitt verbunden waren. Auf Basis dieser Ergebnisse muss befürchtet werden, dass die zunehmend geübte Praxis eine in Zeiten evidenzbasierter Medizin seltsam anmutende Form psychiatrisch/psychotherapeutischer Intervention in Form eines großen chirurgischen Eingriffs darstellt.

Beate A. Schücking ist Allgemeinärztin und Psychotherapeutin und seit 1995 Professorin für Gesundheits-&Krankheitslehre, Psychosomatik im FB 8/Gesundheitswissenschaften der Universität Osnabrück.

Literatur

- Al-Mufti, R. & McCarthy, A. (1996): Fisk NM: Obstetricians personal choice and mode of delivery. *The Lancet*, 3476, 544.
- Boyers, S.P., Gilbert, W.M. (1998). Elective repeat caesarean section versus trial of labour: the neonatologist's views. *The Lancet* 351: 155.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cranley, M.S. et al. (1983). Women's perception of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32(1), 10-15.
- DiMatteo, M.R. et al. (1996). Caesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-314.
- Enkin, M. et al. (1995). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd edition. Oxford.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofmeyr, J. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

- FIGO (1999): Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 64: 317-322
 - Garel, M. et al. (1990). Psychosocial consequences of caesarean childbirth: a four-year follow-up study. *Early Human Development*, 21(2), 105-114.
 - Hall, M. & Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *The Lancet*, 354, 776.
 - Herbst, A. und Ingemarson I. (1994). Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 101, 663-668.
 - Huch, A., Chaoui, R., Huch, R. (2001): Sectio caesarea. Bremen: UNI-MED Verlag AG.
 - Krause, M. (2000): Die Sectio caesarea - Indikationen, Morbidität und Mortalität. *Die Hebamme*, 13, 76 ff.
 - Kühnert, M., Schmidt, S., Feller, A., Vonderheit, K.H. (2000). Sectio Caesarea: ein harmloser Eingriff aus mütterlicher Sicht? *Geburtsh Frauenheilk*, 60, 354 - 361.
 - Mutryn, C.S. (1993). Psychosocial impact of caesarean section of the family: a literature review. *Social Science and Medicine*, 37 (10), 1271-1281.
 - Notzon, F. (1990). International differences in the use of obstetric interventions. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3286-3291.
 - Paterson-Brown, S., Amu, O., Rajendran, S., Bolaji, I.I. (1998). Should doctors perform an elective caesarean section on request? *British Medical Journal*, 318, 120-122.
 - Schneider, K.T.M., Schneider, H., Husslein, P. (2000). *Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer.
 - Schneider, K.T.M., Schelling, M., Gnirs, J., Lack, N. (2001). Wunschsectio und Morbiditätsrisiken bei Mutter und Kind. *Sectio caesarea*, S. 118-121.
 - Schücking, B. & Schwarz, C. (2001). *Die Entwicklung der "normalen" Geburt 1984 - 1999*. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (Hrsg.). NPEXtra 1999 Version 1.0 *Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatalerhebung*. Hannover.
 - Schücking, B., Schwarz, C. (2001) "Technisierung der 'normalen' Geburt". Interventionen im Kreißsaal. In: Das Gesundheitswesen, 63. Jahrgang, A1 - A 88; Sonderdruck: Georg Thieme Verlag Stuttgart: A 10 - A 11
 - Schüßler, B. & Baeßler, K. (1998). Prohylaxe von Inkontinenz und Prolaps: Ein Merkmal zukünftiger mütterlicher geburtshilflicher Qualität? *Geburtsh Frauenheilk*, 58, 588-596.
 - Smith, Gordon C S Pell, Jill P , Dobbie, Richard (2003) 'Delivery by caesarean section in the first pregnancy could increase the risk of unexplained stillbirth in the second' *Lancet* 2003: 362: 1779-84
 - Stauber, M., Kentenich, H., Richter, D. (Hrsg.) (1999). *Psychosomatische Geburtshilfe & Gynäkologie*. Heidelberg, Berlin: Springer.
 - Wagner, M. (1994). *Pursuing the Birth Machine*. ACE Graphics, Camperdown.
 - Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet*, 356, 1677-1680.
 - Waldenstrøm, U. et al. (1996). The childbirth experience. A study of 295 new mothers. *Birth*, 23(3), 144-153.
 - Waldenstrøm, U. & Nilsson, C.A. (1994). Experience of childbirth in birth center care. *Acta Obstet Gynecol*, 73, 547-554.
- www.nice.org.uk