

Wissen

NEUE S3-LEITLINIE – DAMIT DIE KAISERSCHNITTRATE SENKEN?

(TEIL 1)



Noel Matoff

Sven Hildebrandt

Die neue Leitlinie zur Sectio caesarea wurde mit Spannung erwartet. Nicht nur weil sich ihr Erscheinen verzögert hat, sondern auch, weil große Hoffnungen in sie gesetzt wurden. Nun hat das Warten ein Ende – und manche Hoffnung auch. Vieles an dem Werk verdient aber auch großes Lob.

Wir erleben seit zehn Jahren eine Trendwende bei der Entwicklung der Kaiserschnitt-rate: Nach einer dramatischen Verdoppelung binnen 20 Jahren von 15 auf 30 % stagniert der Anstieg, momentan sind die Zahlen sogar leicht rückläufig. Mit gewisser Vorsicht darf man diese Tendenz auf eine Veränderung des gesamtgesellschaftlichen Verständnisses der Geburt zurückführen; die Frauen und Paare scheinen mündiger, selbstbestimmter an ihr Gebären heranzugehen – und kritischer gegenüber Routinen, die sich negativ auf die Sicherheit der Geburt auswirken.

Einen nicht unerheblichen Anteil an dieser Entwicklung dürften auch eine Reihe von Hebammen sowie Geburtshelferinnen* haben, die seit Jahren auf Kongressen und in Seminaren unermüdlich für einen Wandel der Geburtskultur eintreten. Die federführenden Autorinnen* der neuen S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt¹ – allen voran der Koordinator Prof. Frank Louwen – können sich als Pionierinnen* in diesem Ringen bezeichnen, mussten sie ihre Haltung doch oft gegen zum Teil heftige Kritik verteidigen.

Insofern ist die lang erwartete Leitlinie eine konsequente Umsetzung und notwendige

Verdichtung einer allgemeinen Tendenz – und die mühsame Entstehungsgeschichte, die zeitweise an das Schicksal des Berliner Hauptstadtflughafens erinnerte, dürfte als Ausdruck großer Sorgfalt insbesondere in der Abstimmung mit dem Hebammenverband verstanden werden.

Kritische Reflexion der Sectiorate

Die Leitlinie beginnt mit einer ausführlichen Würdigung der epidemiologischen Situation weltweit, in Europa, im deutschsprachigen Raum und innerhalb Deutschlands. Deutschland liegt bei der Sectiorate zwar deutlich hinter Zypern (52 %) und Italien (38 %), aber ebenso deutlich vor den Niederlanden (17 %) und Skandinavien (unter 20 %).

Auch innerhalb Deutschlands gibt es gravierende Unterschiede (Sachsen 24 % versus Saarland 40 %), die benannt, jedoch nicht vertiefend diskutiert werden. Dies wäre in einer so wichtigen Leitlinie angebracht und notwendig gewesen, denn genau hier liegt ein Schlüssel für die Entwicklung eines effizienten Qualitätsmessinstruments für die Senkung der Kaiserschnitttrate.

Die Paare scheinen kritischer gegenüber Routinen

Wie kann es 30 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung eine derart große Diskrepanz in der geburtshilflichen Praxis geben, wo doch inzwischen vielerorts eine neue, vereinigte und durchmischte Ärztinnen*- und Hebammengeneration aktiv ist? Eine ähnlich beeindruckende Schere öffnet sich übrigens in der Rate der schweren Geburtsverletzungen, die in den neuen Bundesländern signifikant seltener auftreten. Diese beiden Beobachtungen gehören unmittelbar zusammen und müssen dringend kritisch diskutiert werden.

Man mag entgegenen, eine wissenschaftliche Leitlinie sei nicht der Ort für derartige Überlegungen. Gegen dieses Argument spricht, dass eine Leitlinie mehr sein sollte als die einfache Zusammenstellung wissenschaftlicher Studien: Zumindest in der Lang-

*Umfassend versorgt
in der Stillzeit mit
Femi Baby®*

♥ Omega-3 Fettsäuren

DHA 250 mg
EPA 54 mg

♥ Mineralstoffe

Eisen 15 mg
Magnesium 60 mg
Jod 150 µg
Calcium 120 mg

♥ Vitamine

Folsäure 600 µg
Vitamin C 110 mg, Vitamin D 20 µg,
Vitamin E 13 mg und alle weiteren
B-Vitamine hochdosiert

Die Konzentration der
Inhaltsstoffe berücksichtigt
die Empfehlungen
der Deutschen Gesellschaft
für Ernährung.



tetesept Femi Baby® erhalten Sie in:

- ♥ Drogeriemärkten
- ♥ Supermärkten
- ♥ und auf Amazon.de

tetesept:

fassung müssen vertiefende Überlegungen, Benennen von Forschungsbedarf und das Aufzeigen von Ressourcen einen Platz finden (was ja stellenweise auch geschieht).

Eine Zielmarke für eine Sectorate wird unter Bezug auf unzureichende Datenlage vermieden. Immerhin findet sich der für die ganze Leitlinie typische, diplomatisch-vorsichtige Satz: *»Als gesichert darf aber die Erkenntnis gelten, dass eine Sectorate über 15 Prozent keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut medizinisch begründet sein sollte.«*

Keine Zielmarke für die Sectorate

Definitionen

Die im deutschsprachigen Raum übliche Unterscheidung in primäre und sekundäre Sectio bleibt erhalten. Die Autorinnen* konnten der Versuchung widerstehen, auf die international üblichen Begriffe geplante/ungeplante Sectio auszuweichen. Leider findet der Vorschlag bei ihnen kein Gehör, die Kaiserschnitte nach der Motivation einzuteilen in

- **Rettungskaiserschnitt:** Mutter und/oder Kind müssen aus einer unmittelbaren Gefahrensituation befreit werden (zum Beispiel Nabelschnurvorfall).
- **Indikationskaiserschnitt:** Es besteht keine unmittelbare Notlage, der operative Geburtsweg wird jedoch als sicherer angesehen (zum Beispiel Beckenendlage).
- **Wunschkaiserschnitt:** Es gibt weder eine Gefahr noch eine medizinische Indikation. Der Kaiserschnitt erfolgt ausschließlich aus einer persönlichen Motivation der Schwangeren heraus.

Durch das Unterlassen dieser pathogenetisch so wichtigen Unterscheidung fehlt einigen der folgenden Kapitel die notwendige Klarheit und Übersicht.

Anzuerkennen ist die Bemühung, im Rahmen der Qualitätssicherung eine differenzierte Unterscheidung der Sectioindikationen möglich zu machen, um Einrichtungen mit ungewöhnlich hoher Sectorate besser in einen Qualitätssicherungsprozess einbinden zu können. Hierzu wird auf die bereits

vielerorts verwendete Robson-Klassifikation² zurückgegriffen, die künftig als Standard für die Einordnung angewendet werden soll.

Die etwas unübersichtliche Einteilung in der Leitlinie lässt sich vereinfacht so darstellen:

- **»normale« Erstgebärende** (Einling, Schädellage, Reifgeburt) → spontaner Wehenbeginn: Robson 1; Geburtseinleitung/primäre Sectio: Robson 2.
- **»normale« Mehrgebärende** → spontaner Wehenbeginn: Robson 3; Geburtseinleitung/primäre Sectio: Robson 4; Zustand nach Sectio: Robson 5.
- **Beckenendlage** → Erstgebärende: Robson 6; Mehrgebärende: Robson 7.
- **Mehrlinge** → Robson 8.
- **Quer- oder Schräglage** → Robson 9.
- **Frühgeburt** → Robson 10.

Abgesehen von der fehlenden Übersicht ist es schade, dass man nicht den Mut gefunden hat, die offensichtlichen Mängel der Klassifikation (unter anderem fehlende Trennung von Geburtseinleitung, primärer Indikationssectio und Wunschsectio) zu korrigieren und ein eigenes Schema zu entwerfen. Dies könnte zum Beispiel wie das TNM-Schema in der Onkologie aufgebaut sein, also nacheinander definierte Merkmale der Sectio abfragen.

Aufklärung

Das Versäumnis, die Kaiserschnitte in Rettungs-, Indikations- und Wunschkaiserschnitte einzuteilen, wird im Abschnitt zu Aufklärung und Beratung besonders deutlich, denn jede der drei Arten stellt ganz eigene Anforderungen an dieses extrem bedeutsame Thema:

- Beim **Rettungskaiserschnitt** muss die Schwangere in erster Linie über denkbare Szenarien, mögliche Lösungsstrategien, konkrete Zeitabläufe und eventuelle Probleme bei der Realisierung aufgeklärt werden. Hierfür ist das Instrument der »informierten Zustimmung« (informed consent) geeignet.
- Beim **Indikationskaiserschnitt** sind die Anforderungen an die Beratung dagegen deutlich höher: Hier benötigt die Schwangere genaue Informationen über die Gründe, warum man zum Beispiel bei einer Beckenendlage die Durchführung eines Kaiserschnitts als den sichereren Weg ansieht, welche Alternativen es gibt und wie diese hinsichtlich ihres

Risikoprofils einzuordnen sind. Sofern die Geburtseinrichtung für beide Strategien offen ist, kann die Schwangere eine »informierte Wahl« (informed choice) treffen. Leider wird dieses Instrument in der Realität zu selten angewendet, weil einige Kliniken zum Beispiel bei der Beckenendlage oder bei Zustand nach zwei Kaiserschnitten nach wie vor auf nur einen Weg festgelegt sind und somit keine wirklich ergebnisoffene Beratung durchführen.

- Die höchsten Beratungsanforderungen liegen beim **Wunschkaiserschnitt** vor. Hier werden die Geburtshelferinnen* ganz anders in den Prozess eingebunden, weil sie ihrerseits unter Umständen Entscheidungen treffen müssen, hinter denen sie nicht zwingend stehen. Dieser Prozess muss mit einem Höchstmaß an Achtsamkeit und Beratungskompetenz gestaltet werden, darf die Schwangere nicht manipulieren, muss sie jedoch über möglicherweise mit ihrer Haltung kollidierende Argumente informieren. Diese Technik der »partizipativen Entscheidungsfindung« (shared decision making) muss gelernt und geübt werden – und braucht Zeit (hier sind Wochen gemeint!).

Schade, dass man die Mängel der Klassifikation nicht korrigiert hat

Die Autorinnen* der Leitlinie geben dieser wichtigen Problematik zu Recht viel Raum. Da sie aber die Beratungssituationen nicht klar trennen, bleibt das Kapitel diffus und schwer verständlich. Letztlich fokussiert sich die Darstellung auf die Evidenzen zur Entscheidungsfindung bei Wunschsectio.

Lobenswert ist die Zusammenstellung der Evidenzen zu den Kaiserschnitttrisiken – wenn auch etwas unübersichtlich und teilweise unverständlich formuliert. Allerdings geht die Darstellung auf lediglich neun Studien mit teils widersprüchlichen Aussagen zurück. Das hier entworfene Gesamtbild scheint daher unvollständig und fragwürdig – und es finden sich Aussagen wie (sinngemäß): *»Totgeburten sind bei Zustand nach*



Noel Matoff

Sectio je nach Studie entweder häufiger oder seltener.« In jeder wissenschaftlichen Arbeit wird von den Studierenden eine Diskussion derartiger Thesen und eine kritische Bewertung erwartet.

Die Autorinnen* der Leitlinie lassen uns mit den Widersprüchen allein. Dabei wäre gerade der Abschnitt zu den kindlichen Darmerkrankungen bei Zustand nach Sectio (je nach Studie seltener oder häufiger) eine wunderbare Gelegenheit gewesen, das neue Wissen zur Bedeutung der vaginalen Passage für die Entwicklung des kindlichen Mikrobioms darzustellen, auch wenn es hierfür logischerweise noch keine epidemiologischen Studien gibt.

Auch die emotionalen Auswirkungen einer Sectio auf die spätere psychosoziale Entwicklung des Kindes werden in der Leitlinie nicht thematisiert, obwohl es hierzu solide wissenschaftliche Daten gibt. Michel Odent,

Wir brauchen eine visionäre Zielsetzung

einer der führenden Wissenschaftler der prä- und perinatalen Psychologie, hat eine eigene Datenbank für diese Problematik aufgebaut.

Allein die umfangreiche schwedische Untersuchung zum Autismus-Risiko nach Kaiserschnitt³ wäre es wert gewesen, in die Betrachtungswelt einer S3-Leitlinie aufgenommen zu werden.

Dies offenbart den methodischen Hauptmangel der Leitlinie – streng genommen unserer ganzen gegenwärtigen Leitlinienkultur: Es wird versucht, alle in der wissenschaftlichen Literatur zu findenden Kernaussagen irgendwie in einen Kontext zu bringen. Dieser rein quantitative und dadurch über weite Strecken sehr restriktive Ansatz ist jedoch nur begrenzt in der Lage, wirkliche Veränderungen in der Geburtskultur anzutriggern.

Was wir brauchen, ist eine visionäre Zielsetzung auf der Grundlage der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse – also qualitative Wissenschaft, die natürlich mit quantitativen Methoden verifiziert werden muss. Wir brauchen klare Aussagen wie zum Beispiel: *Die neuen Erkenntnisse zur Bedeutung der vaginalen Passage hinsichtlich der Entwicklung des kindlichen Mikrobioms, des Immunsystems und wichtiger epigenetischer Prozesse müssen sich in den Abwägungsprozessen zum Kaiserschnitt wiederfinden.*

Solche Sätze fehlen leider. Das Wort »Epigenetik« taucht in der S3-Leitlinie zur Sectio nicht auf, wo doch seit Jahren die generationenübergreifende Bedeutung epigenetischer Prozesse beim Kaiserschnitt bekannt und inzwischen gut erforscht ist.⁴

Im zweiten und letzten Teil des Artikels (im nächsten Hebammenforum) geht es um Sectioindikationen, E-E-Zeit und das Vorgehen bei Zustand nach Sectio.

Quellen

- 1 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): Sectio caesarea. AWMF-Leitlinie 015-084, 2020. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (Zugriff 12.10.20)
- 2 Robson MS: Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev 2001; 12:23–39. www.cambridge.org/core/product/identifier/S0965539501000122/type/journal_article (Zugriff 12.10.20)

- 3 Hultmann C, Sparén P, Cnattingius S: Perinatal risk factors for infantile autism. Epidemiology 2002; 13: 417–423
- 4 Lehnen H, Schneider E, Zechner U: Kritische Würdigung einer Wunschsectio unter epigenetischen Aspekten. Geburtshilfe Frauenheilk 2016; 76 – Po3. DOI: 10.1055/s-0036-1583776

Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt, niedergelassener Frauenarzt in Dresden, Mitbegründer des Geburtshauses »Hebammenpraxis Bühlau« in Dresden, Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule Fulda, info@prof-hildebrandt.de
Hildebrandt S. Neue S3-Leitlinie – damit die Kaiserschnitt-rate senken? (Teil 1) Hebammenforum 12/2020, 21: 38–43

Entdecken Sie unser neues Sortiment Monatshygiene!

Menstruationstasse

Hygienische und einfache Entnahme dank diskreter, patentierter Zuglasche

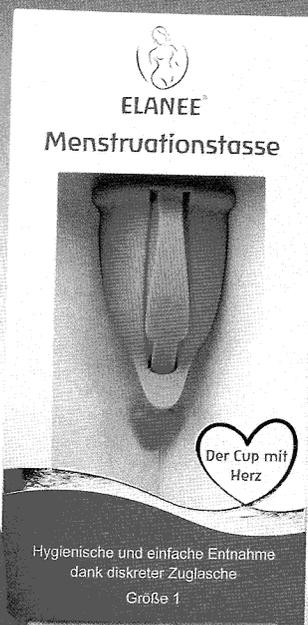
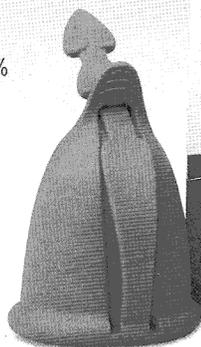
Bis zu 8 Stunden Tragedauer

Inklusive Baumwoll-Aufbewahrungsbeutel

Wiederverwendbare Alternative zu Tampons und Binden

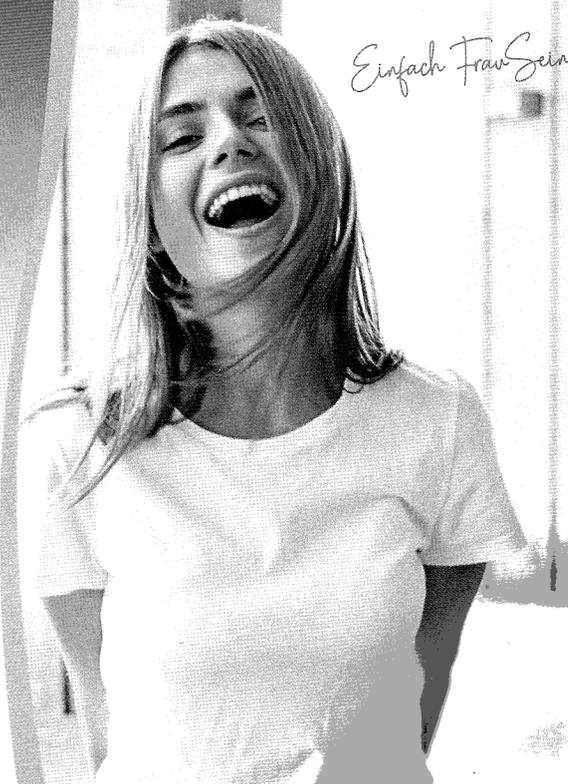
Hergestellt in Deutschland aus 100 % medizinisch zugelassenem TPE

Vegan



ELANEE®

Einfach Frau Sein



Folgen Sie uns



Mehr Informationen unter www.elanee.de/monatshygiene