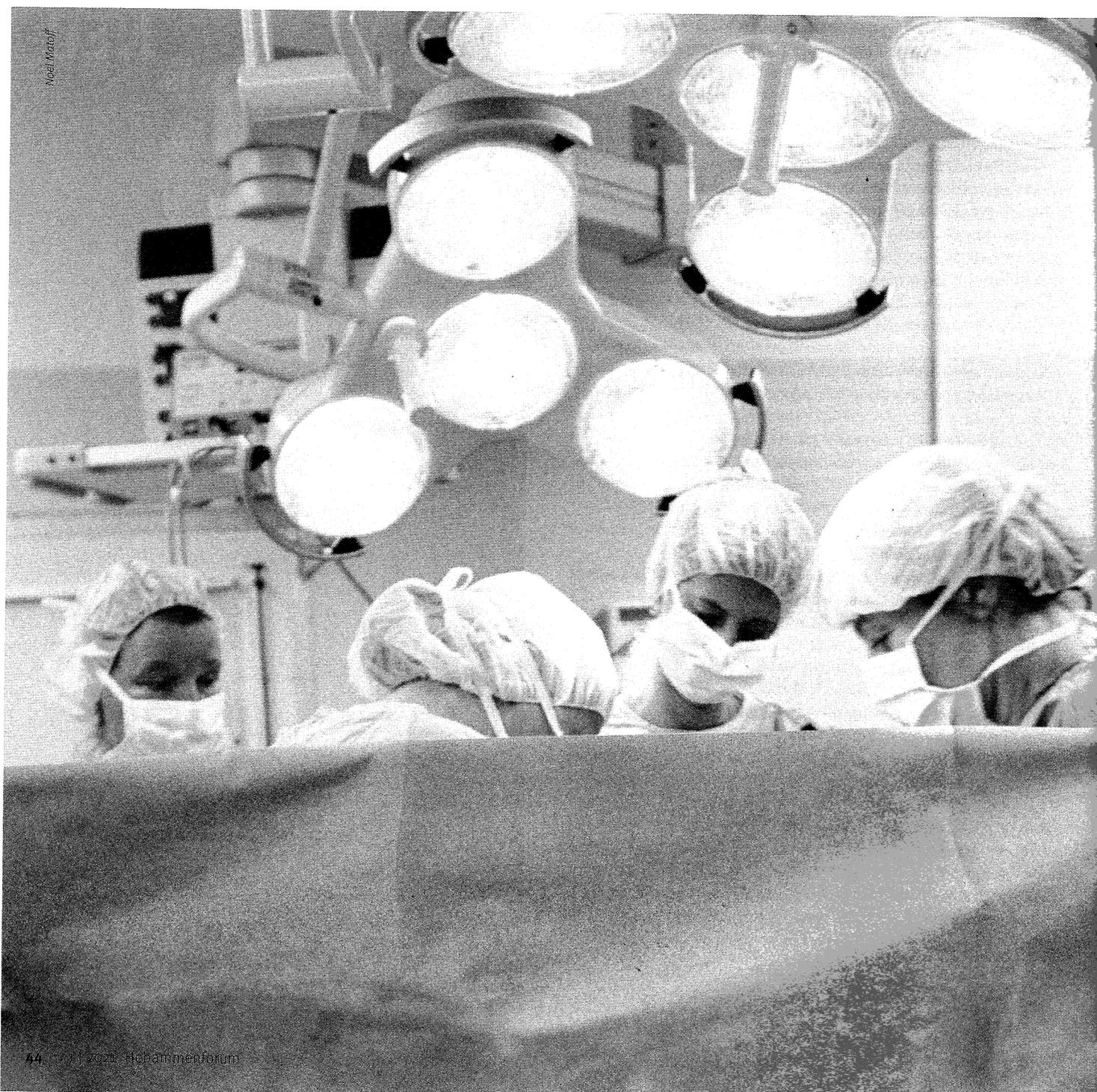


NEUE S3-LEITLINIE – DAMIT DIE KAISERSCHNITTRATE SENKEN?

(TEIL 2)



Sven Hildebrandt

Die neue Sectio-Leitlinie hat mit großer Sorgfalt die Literatur zum Thema gesichtet und die Erkenntnisse zusammengefasst. An vielen Stellen hätte man sich allerdings klarere Aussagen gewünscht – etwa zu den einzelnen Indikationen für einen Kaiserschnitt.

Sectioindikationen

Beckenendlage? Frühgeburt? Herpesläsion? Wann ein Kaiserschnitt angezeigt ist, ist nicht immer eindeutig zu beantworten. Die Antwort variiert nicht zuletzt je nach Zeitpunkt und Standort. Die Leitlinie¹ hätte hier oftmals eindeutiger Position beziehen können.

Beckenendlage

Die federführenden Autorinnen* der Leitlinie haben sich in den vergangenen Jahren verdient gemacht, das wissenschaftliche Desaster nach Veröffentlichung der mangelhaften Term-Breech-Studie auszugleichen. Sie haben sich überzeugend und mit großem persönlichem Engagement dafür eingesetzt, dass die Spontangeburt im Vierfüßlerstand für die meisten Geburten aus Beckenendlage als Modus der ersten Wahl anzusehen ist. Allein diese Aussage als Standard in eine S3-Leitlinie aufzunehmen, hätte sich auf die Sectorate massiv ausgewirkt.

Umso mehr verwundert die Zurückhaltung der Leitlinie in dieser Frage. Beide Geburtsmodi werden als gleichwertig bezeichnet – ein weiteres Beispiel für die oben kritisierte rein quantitative Herangehensweise der Autorinnen* und für eine vergebene Chance, wirksame Prozesse in vielen Geburtseinrichtungen einzuleiten.

Keine routinemäßige Sectio

Eine weitere Folge der rein quantitativen Betrachtungsweise ist die unklare Empfehlungslage bei anderen verbreiteten Sectioindikationen wie

- Plazentainsuffizienz,
- unkomplizierten Zwillingschwangerschaften mit vorangehendem Kind in Schädellage und
- Frühgeburt,

wo man sich mangels eindeutiger Datenlage zu der für die Geburtseinrichtungen eher unverbindlichen Formulierung »soll nicht routinemäßig angeboten werden« durchgerungen hat.

Erfreulich klar ist die Stellungnahme zum noch immer nicht einheitlich gehandhabten Geburtsmodus HIV-positiver Frauen und zur fehlenden Sectioindikation bei HPV-Läsionen.

Völlig unverständlich dagegen bleibt die Passage zur sogenannten fetomaternalen Disproportion, wo doch in der Leitlinienkommission Pionierinnen* für das neue Verständnis von der Variabilität des Beckens und der Bedeutung von Gebärdposition und -bewegung für die mütterliche Beckenanatomie beteiligt waren. Hier wäre die klare Aussage notwendig gewesen, dass eine planvolle Gebärdbewegung elementar für die Überwindung geburtsmechanischer Blockaden ist und dass die die Gebärende oft stigmatisierende Diagnose »Disproportion« nicht als Alibi für unzureichende Mobilisierung während der Geburt missbraucht werden darf.

HSV-Läsion im Geburtsweg

Den Aussagen zur Sectioindikation bei mütterlicher Infektion mit dem Herpes-simplex-Virus (HSV) muss klar widersprochen werden. Folgt man dieser Leitlinie, würde ein Reifgeborenes wegen einer sekundären HSV-1-Effloreszenz irgendwann im dritten Trimenon per Kaiserschnitt geboren werden – was definitiv der riskantere Geburtsmodus für Mutter und Kind wäre.

Es ist unverständlich, warum die Autorinnen* die gravierenden pathophysiologischen, infektiologischen und epidemiologischen Unterschiede zwischen HSV-1 und HSV-2, zwischen Primär- und Sekundärinfektion und zwischen Reif- und Frühgeburt übersehen und die bisherigen (wissenschaftlich korrekten) Indikationen nicht übernommen haben: primäre HSV-2-Läsion im Geburtsweg ohne IgG-Nachweis.

E-E-Zeit bei Notsectio

Während die Autorinnen* der Leitlinie bei anderen Kriterien wie Beckenendlage oder Gemini eher vorsichtig und restriktiv auftreten, beharren sie bei der Entschluss-Entwicklungszeit zur Notsectio trotz unzureichender Evidenz auf einem »deutschen Sonderweg«. International beträgt der Standard 30 Minuten, in Deutschland dagegen nur 20 Minuten, was vor allem außerklinische Einrichtungen vor erhebliche logistische Probleme stellen dürfte.

Die einzige Evidenz für diese Forderung sind die besseren Apgar-Werte in einer einzelnen Studie bei sonst unverändertem Outcome. Angesichts der international kontrovers geführten Diskussion zur Bedeutung insbesondere der 1- und 5-Minuten-Apgarwerte lässt diese Empfehlung die notwendige wissenschaftliche Sorgfalt vermissen.

Zustand nach Sectio

Zu den besonders kritikwürdigen Abschnitten der Leitlinie gehört die Empfehlung für Geburten bei Zustand nach Sectio. Angesichts der deutlichen Zunahme dieser geburtshilflichen Situation ist es schwer nachvollziehbar, dass die Autorinnen* diesem so wichtigen Thema nur fünf Seiten (versus fünf Seiten für abnorm invasive Plazenta, 17 Seiten Beratung zum Geburtsmodus) gewidmet und entscheidende Fragen nicht oder nur ungenau behandelt haben.

Die Leitlinie hätte an vielen Stellen eindeutiger Position beziehen können

Es gab große Erwartungen an die Leitlinie, dass verbreitete risikofördernde Praktiken benannt und sanktioniert, risikomindernde Strategien dagegen gewürdigt und gefördert werden. Leider ist das Gegenteil eingetreten:

- Zwar wird die eindeutige Datenlage hinsichtlich der Risikodisposition von Geburtseinleitung oder Wehenstimulation bei Zustand nach Sectio benannt – die Konsequenz ist jedoch nicht eine

klare Positionierung gegen jeden nicht hinreichend indizierten Eingriff in die Wehendynamik, sondern die Forderung entsprechender Aufklärung und Notsectio-Bereitschaft.

- Man fordert – ohne hinreichende Evidenz – eine kontinuierliche CTG-Überwachung zur Erkennung einer Uterusruptur (die sich bekanntlich erst spät über kindliche Herzfrequenzalterationen äußert), findet aber kein einziges Wort zur verbreiteten Praxis der Periduralanästhesie bei Zustand nach Sectio, die das entscheidende Frühsymptom Schmerz maskiert.

Gerade in der außerklinischen Geburtshilfe werden Risiken für eine Uterusruptur konsequent vermieden

- Die so dringend notwendige eindeutige Klarstellung, dass auch nach zwei oder mehr Kaiserschnitten eine Spontangeburt möglich ist und keine Sectio durchgeführt werden muss, findet sich lediglich in der Feststellung verborgen, dass die

Risiken selbst nach vier Kaiserschnitten nicht mit dem geplanten Geburtsmodus assoziiert sind.

- Die bisherige Forderung, dass Geburten bei Zustand nach Sectio in Einrichtungen stattfinden sollen, die in »hinreichend kurzer Zeit« eine Sectio durchführen können, wurde ohne begründende Evidenz in die Forderung nach Möglichkeit einer Notsectio – zudem noch mit verkürztem Zeitlimit – umgewandelt. Diese Einschränkung richtet sich insbesondere gegen die außerklinische Geburtshilfe, obwohl gerade dort die Risiken für eine Uterusruptur konsequent vermieden werden (Priming, Wehentropf, Periduralanästhesie sind dort nicht erlaubt). Dies widerspricht dem hohen wissenschaftlichen Anspruch der S3-Leitlinie und hat das Geschmäckle einer (bereits in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur außerklinischen Geburt deutlich gewordenen) politischen Tendenz.

Fazit

Die neue S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt erfüllt die Ansprüche an quantitative Wissenschaftlichkeit in hohem Maß. Insbesondere die (hier nicht betrachteten) Abschnitte zur Operationstechnik, zu Anästhesieverfahren und zu Aspekten der Nachbetreuung sind gute Orientierungshilfen im praktischen

Umgang mit der Operation und bei der zugehörigen Beratung. Allerdings kann sie die Hoffnung auf Klarstellung vieler geburts-hilflicher Situationen wie Beckenendlage, Zustand nach zwei Kaiserschnitten, Geminigeburt und Frühgeburt nur begrenzt erfüllen.

Ausdrücklich zu würdigen ist die große Sorgfalt, mit der die Autorinnen* die Datelage zusammengefasst und sich auch mit kritischen Einwänden auseinandergesetzt haben.

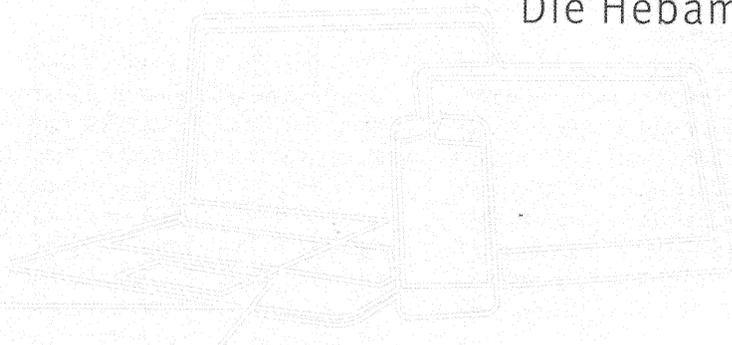
Die vorliegende Leitlinie sollte Anlass zu einer breiten Diskussion über die gegenwärtige Leitlinienkultur allgemein sein. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verständnis von Wissenschaftlichkeit auf die rein quantitative Forschung fokussiert. Wissenschaft bedeutet aber mehr: Sie braucht Reibung, Disput, Auseinandersetzung mit kontroversen Hypothesen – und sie braucht Visionen. Visionäre Geburtshilfe ist wichtig, wenn wir die Kaiserschnitttrate nachhaltig senken wollen. Und hierfür brauchen wir klare Aussagen – natürlich auf der Grundlage von Evidenzen. Solche Aussagen hätten sein können: Eine Frau darf auch nach zwei und mehr Kaiserschnitten in der Regel spontan gebären.

- Die Beckenendlage ist eine Formvariante der normalen Geburt. Geburtsmodus der Wahl ist in der Regel die Spontangeburt im Vierfüßlerstand.
- Jeder Eingriff in die Geburtsdynamik bei Zustand nach Sectio bedarf einer strengsten Indikationsstellung.

fachlich, handlich, digital.

Jetzt downloaden!

Die Hebammenforum-App



– Bei Zustand nach Sectio muss eine Periduralanästhesie möglichst vermieden werden – insbesondere bei Eingriffen in die Geburtsdynamik.

Visionäre Geburtshilfe ist wichtig, wenn wir die Kaiserschnitttrate gesunden lassen wollen

– Eine Dauerüberwachung mit CTG ist auch bei Geburten mit Zustand nach Sectio nicht notwendig.

– Außerklinische Geburten sind wegen der konsequenten Vermeidung disponierender Routinen nicht riskanter als klinische Geburten. Daher ist das Vorhalten der Notsectio-Bereitschaft auch bei diesen Geburten nicht notwendig.

Wie schade, dass diese so dringend notwendigen Sätze in der Leitlinie nicht gesagt wurden. Wie schade auch, dass es offensichtlich kein Lektorat gab, das schwer verständliche und teils unsinnige Satzkonstrukte korrigierte. So bleibt nach der Lektüre ein Gefühl von Ratlosigkeit, Verunsicherung, Enttäuschung und zum Teil Verärgerung zurück – bei aller Würdigung des Engagements und des hohen persönlichen Einsatzes der Autorinnen*.

Quelle

- 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)

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 2). Hebammenforum 1/2021; 22: 44–47

ANZEIGE

NATÜRLICHE PRODUKTE FÜR MUTTER UND KIND

Schwangerschaft, Geburt und Stillen – ein ganz besonderer Abschnitt im Leben einer Frau. Jede Frau stellt dann auch eine Vielzahl von Veränderungen an ihrem Körper fest.

Während Schwangerschaft und Geburt hat der Körper einige Belastungsproben zu bestehen. Gute Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr sind wichtig, aber auch den Körper natürlich zu pflegen, um sich in seiner Haut gesund und wohl zu fühlen. Neben der kompetenten und verantwortungsvollen Betreuung einer Hebamme, unterstützen Sie hier bewährte und verlässliche Produkte wie *Retterspitz Hautöl*, *Retterspitz Sensitives Duschgel*, *Retterspitz Äußerlich*, *Retterspitz Wund- und Heilsalbe* und *Retterspitz Innerlich*. Ganz natürlich und mit einfacher Anwendung.

NUR DAS BESTE FÜR DIE HAUT

Sorgen Sie gut für Ihre Haut, damit sie elastisch bleibt und somit feinen bindegeweblichen Rissen möglichst vorgebeugt wird. So stecken in *Retterspitz Hautöl* nur die besten Inhaltsstoffe. Natürliche Öle wie z. B. aus Schwarzkümmel, Calendula, Jojoba, Olive, Mandel sowie Avocado. Sie schützen und pflegen unsere schönste Hülle. Hochdosiertes Vitamin E schützt vor Umwelteinflüssen. Auch perfekt für Ihr Baby: sanfte Massagen sind eine Wohltat für das Neugeborene. *Retterspitz Hautöl* ist dermatologisch getestet sowie frei von Paraffinen, Konservierungs- und Farbstoffen.

EINFACH SCHÖN DUSCHEN

Retterspitz Sensitives Duschgel macht Ihre Haut zart wie eine Blüte. Wertvolles Mandelöl liefert reichhaltige Pflege, sanft pflegender Schaum verwöhnt, während Reisprotein Feuchtigkeit und ein geschmeidiges Hautgefühl spendet. Für alle Hauttypen geeignet.

GUT ZU FUSS

„Schwere Beine“? Physikalische Therapien – wie mit *Retterspitz Äußerlich* getränkte Wickel, Auflagen oder Nasse Strümpfe – beschleunigen den Zellstoffwechsel, wirken abschwellend und lindern Schmerzen.

NATÜRLICH FÜR DEN MAGEN

Oft kommt es zu Symptomen wie Sodbrennen, Völlegefühl oder Blähungen. *Retterspitz Innerlich*, das seit fast 120 Jahren bewährte physiologische Magenmittel, leistet schnelle Hilfe ohne schädliche Nebenwirkungen und kann nicht über die Muttermilch auf das Baby übergehen. Die schwach alkoholische Lösung (2 Vol.-%) zum Einnehmen schmeckt aromatisch-herb und ist besonders verträglich, da sie keinen Zucker, kein Gluten und keine Laktose enthält.

BRUSTENTZÜNDUNG (MASTITIS)

Bei Milchstau kann sich im weiteren Verlauf eine Brustentzündung (Mastitis) entwickeln. In solchen Fällen schnellstmöglich Kontakt mit der Hebamme oder dem Gynäkologen aufnehmen. Umschläge bzw. Auflagen mit *Retterspitz Äußerlich* wirken hier schmerzlindernd und beschleunigen den Heilungsprozess. Abstillen ist nicht notwendig, da *Retterspitz Äußerlich* und seine Bestandteile nicht in die Muttermilch übergehen.

DAMMSCHNITT UND HÄMORRHOIDEN

Unmittelbar nach der Geburt kann es zur Entstehung von Hämorrhoiden kommen. Hilfreich sind dann ballaststoffreiche Ernährung, Beckenbodentraining und die Anwendung von schmerzlindernden Salben wie *Retterspitz Wund- und Heilsalbe*. Die Rezeptur mit Thymol, Chlorophyll und Allantoin hat sich bewährt bei kleineren Wunden, Hämorrhoiden, Analbeschwerden und Analfissuren. Auch bestens geeignet bei Wundheilungsstörungen nach einem Dammschnitt.

Sie sind werdende Hebamme? Dann senden Sie uns bitte eine Mail mit dem Kennwort „Heb-Schule“ an schule@retterspitz.de.

SEIT 1902
RETTERSPITZ®



RETTERSPITZ
Äußerlich