

Kaiserschnitte – Geburtsmethode des 21. Jahrhunderts

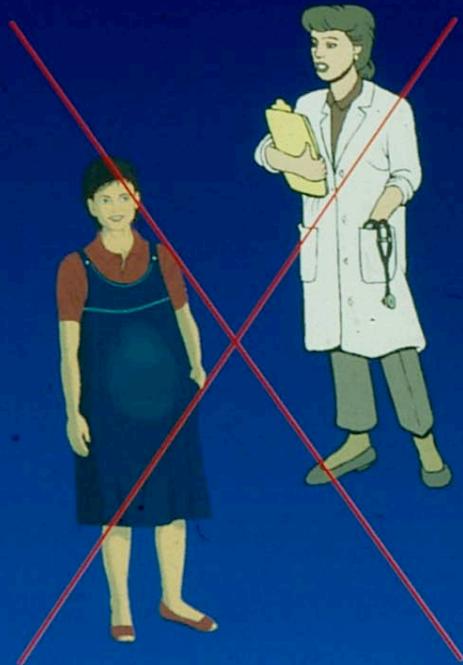
*Jahrestagung IERM
Wien, 10. November 2016*

*o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Universitätsklinik für Frauenheilkunde*

Soziologisches Umfeld der Geburtshilfe

- Das „durchschnittliche österreichische – schweizerische und deutsche – 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.

Neue Medizin



**SALUS AEGROTI
SUPREMA LEX**

"Arzt als Führer"



**SHARED DECISION
MAKING**



**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*

Die Diskussion um die „elektive Sectio“

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.

Zwischen 1994 und 2008 war bei gesunden Schwangeren mit primärer Sectio die mütterliche Letalität nicht höher als bei Vaginalgeburten.

Welsch, Österreich-Bayrische Jahrestagung 11.6.2009 in Wien

Die Morbidität zwischen vaginaler Geburt und primärer Sectio ist nicht wesentlich unterschiedlich.

KTM Schneider: Bayrische Perinatalerhebung 2000

Welches Fortbewegungsmittel ist das sicherste?

Pro Milliarde gefahrene km sterben

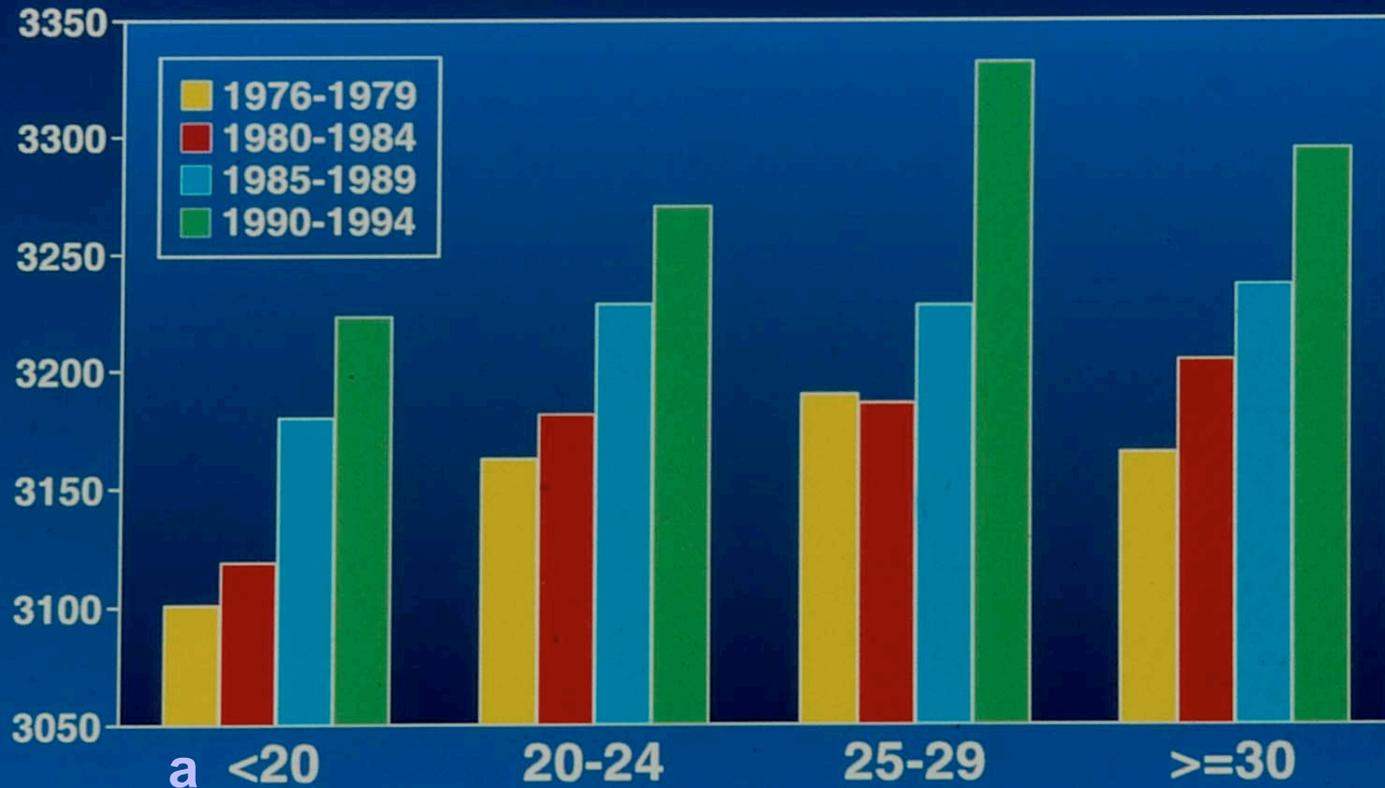
- Bahn 0,2
- Flugzeug 0,4
- Schiff 0,5
- Auto 6,0
- Fahrrad 30
- Fußgänger 38
- Motorradfahrer 45

<http://www.askklubo.com/de/auto-motor>

**Die Geburt beim Menschen ist ein Kompromiss
zwischen unserem „Wunsch, einen großen Kopf und
ein schmales Becken zu haben“**

**und ist durch unseren aufrechten Gang und
der daraus resultierenden Lendenlordose
verkompliziert.**

Do newborns become too large for vaginal delivery?



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

Die vaginale Geburt

- dauert lang und ist beschwerlich
- schädigt unter Umständen den Beckenboden
- belastet und gefährdet in Einzelfällen das Kind

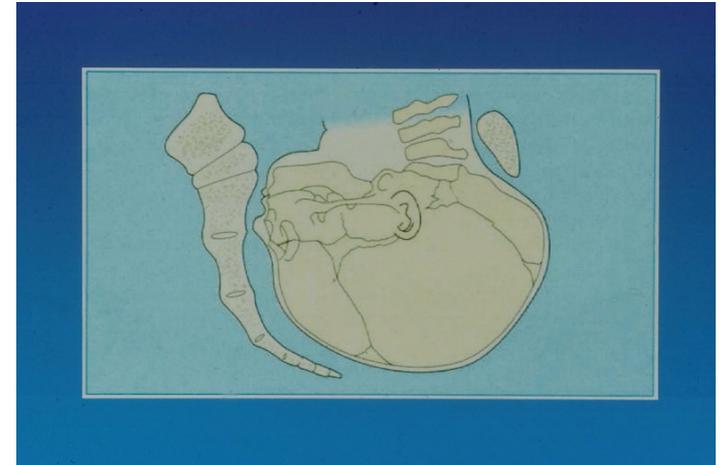
Die Risiken der vaginalen Geburt

Kind

intrauterine Fruchttod in der Schwangerschaft
Asphyxie (Absterben - selten) subpartu
Trauma (Plexusläsion, Frakturen, Blutungen durch
Vakuum oder Forceps)

Mutter

Uterusruptur
Dammriss und andere Geburtsverletzungen
Stuhl -, Harninkontinenz
Beckenbodenschaden im Alter



Fetale Risiken der vaginalen Geburt

Geschätzte Risiken nach Fisk N. - London

Intrapartaler Tod 1:1500

Intrapartal hypoxische Enzephalopathie 1: 1750

Intrapartal erworbene Zerebralparese 1: 1400

Todgeburt vor dem Termin 1: 550

Kumulatives Risiko über 1: 1500

Ein paar Zahlen zum Risiko der vaginalen Geburt

Schulterdystokie: dauerhafte Plexusparese zwischen
1 in 5.000 und 1 in 10.000 vaginale Geburten

Fetales, schwerwiegendes Trauma 0,2-2 auf 1.000

Mittelschwere und schwere neonatale Encephalopathie 3,8 auf 1.000

Unerklärlicher, intrauteriner Fruchttod jenseits von 38 SSW 2 auf 1.000

**Cesarean section on request at 39 weeks:
Impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and
intrauterine fetal demise.**

Hankins GD, Clark SM, Munn MB.

Semin Perinatol, 2006 Oct;30(5):276-87.

Die elektive Sectio

- ist planbar
- der Ablauf ist weitgehend vorhersehbar
- der Beckenboden wird geschont
- eine intrapartale Schädigung wird weitgehend und
- ein IUFT nach 38 (od. 39) abgeschlossenen Schwangerschaftswochen sicher verhindert

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‰)

Die entscheidende Frage bei der Wahl des Geburtsmodus ist die Frage, wie die Schwangere zum Geburtserlebnis steht:

**Zweifelsohne ist das Geburtserlebnis
bei geglückter vaginaler Geburt
intensiver, aktiver und nachhaltiger.**

Geburt

Der Anteil

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

sollte möglichst hoch sein.

Vermeidung

- langwieriger Geburtsverläufe
- schwieriger operativer Geburtsbeendigungen
- sekundärer Kaiserschnitte

Wir brauchen bessere Daten, um die Frauen nicht nur statistisch sondern bestmöglich individuell zu beraten.

Eine der Herausforderungen der modernen Geburtshilfe besteht darin, die Chancen für eine einfache vaginale Geburt besser abzuschätzen, um protrahierte bzw. vaginal-operativ assistierte Geburten, sekundäre und vor allem Akut-Kaiserschnitte zu vermeiden.

Patientenzufriedenheit

(prospektive Befragungsstudie)

UFK – Wien n = 1050

- **„Einfache“ vaginale Geburt** ++
- **Elektive Sectio** ++
- **„Mühsame“ vaginale Geburt/operative vaginale Geburtsbeendigung** +/-
- **Sekundäre Sectio** +/-
- **Akutsectio** -

M. Schindl et al., Acta Obstet Gyn Scand 2003; 82: 834

Kindliche Stressreaktion auf verschiedene Geburtsformen

Konzentration von „Stresshormonen“ im Nabelschnurblut bei der Geburt

Höchste Werte bei Vakuumgeburten.

Niedrigste Werte bei geplantem Kaiserschnitt.

Vogl et al BJOG (2006) 113:441

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

Nimmt man **Patientenautonomie** wirklich ernst,
„bröckelt“ der Begriff der medizinischen **Indikation!**

Wir Ärzte müssen akzeptieren, dass es nicht nur einen
„indizierten“ Kaiserschnitt geben kann, sondern dass ein so
wichtiger Vorgang wie die Geburt in Zukunft
in jedem Fall
zwischen Arzt und Schwangeren
besprochen werden muss.

**Die elektive Sectio ist eine Behandlungsalternative
zum Versuch der vaginalen Geburt.**

Risiken der Setio auf nachfolgende Schwangerschaften

Conclusions: This study found that cesarean section is associated with a small increased rate of subsequent stillbirth and ectopic pregnancy. Underlying medical conditions, however, and confounding by indication for the primary cesarean delivery account for at least part of this increased rate. These findings will assist women and health-care providers to reach more informed decisions regarding mode of delivery.

PLOS Medicine July 2014, Volume 11, Issue 7

Langfristige Folgen der Sectio

Aufgrund der unterschiedlichen mikrobiotischen Darmbesiedlung von Sectio-Kindern und dem Fehlen einer initialen Besiedelung des Neugeborenen mit „natürlichen Keimen der Mutter“ kommt es zu einer ca. **20% Zunahme** von

- allergischen Erkrankungen
- Asthma bronchiale
- Diabetes mellitus Typ 1

Schaut man sich aber die Daten in einer wichtigsten diesbezüglichen Publikationen im British Medical Journal 2015 an, steigt das Risiko für Typ 1 Diabetes von **1,79** Fällen **auf 1.000 Kinder**, die vaginal geboren sind auf **2,13** an; und die Erhöhung der allergischen Erkrankungen und Asthmabronchiale ist ähnlich.

Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section:

Children delivered by elective caesarean section around term have an increased risk of overall and serious respiratory morbidity.

Results suggest that a significant reduction in neonatal respiratory morbidity may be obtained if elective caesarean section is postponed to 39 weeks.

Hansen AK et al, BMJ (11.12.2007)

Probleme bei einer weiteren Zunahme der Sectiofrequenz

- 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

Umorientierung der „Geburtshilfe zur Schwangerenilfe“

Ungelöste Probleme in der Geburtshilfe 2016

- Vorzeitige Wehen
- Vorzeitiger Blasensprung
- Präeklampsie
- Plazentainsuffizienz
- Fehlbildungen
- Erhöhung der mütterlichen Morbidität durch Zunahme des Gebäralters

**Leider ist die Diskussion um die Sectio
immer schon emotionalisiert gewesen und
durch die Involvierung der Politik ist das
nicht besser geworden...**

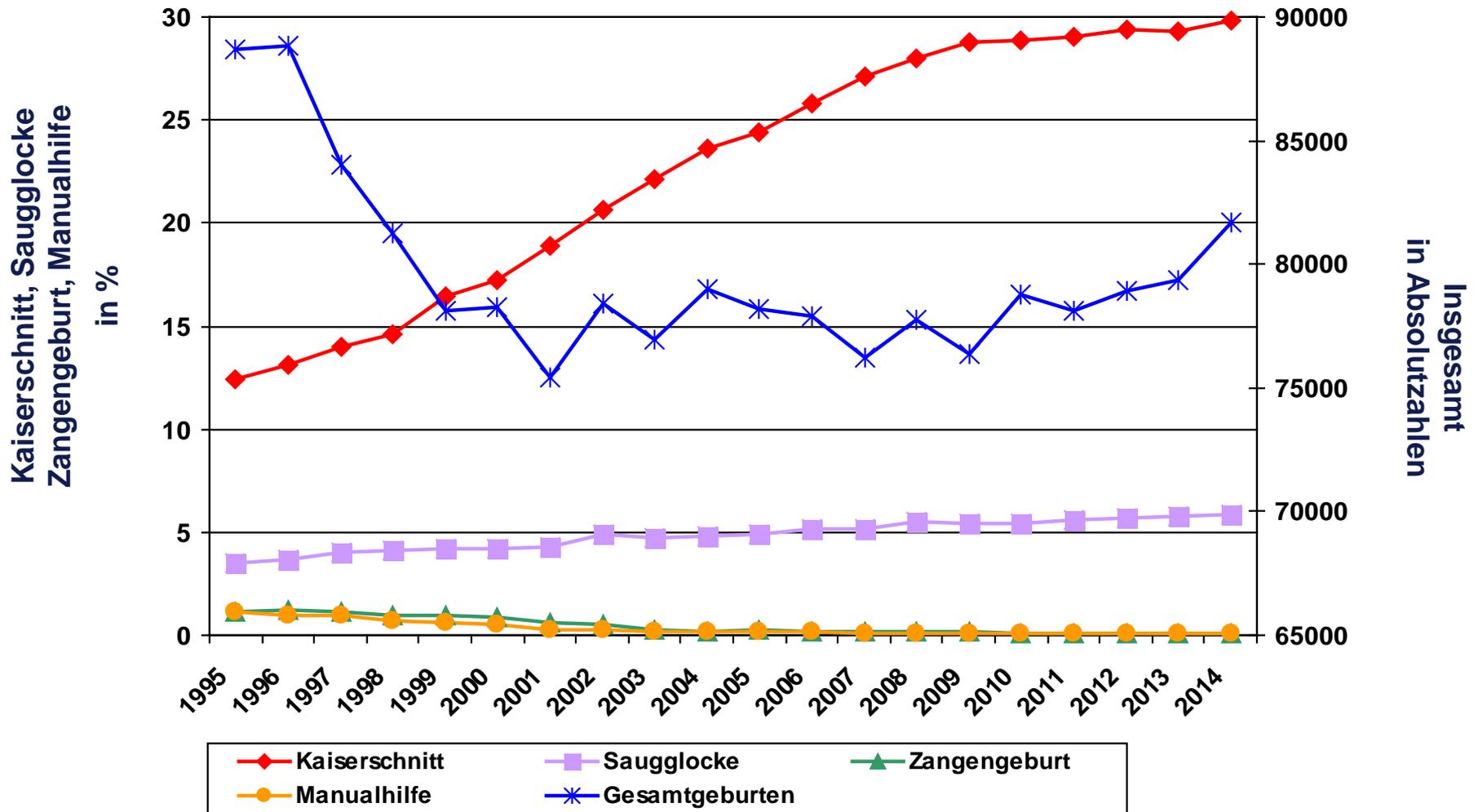
Sektoraten einiger ausgewählter Länder

Brasilien	45,9	Agpten	27,6	Belgien	15,9
Iran	41,9	Osterreich	27,1	Indien	8,5
Italien	38,2	Spanien	25,9	Kamarun	2,0
Mexiko	37,8	China	25,9	Malawi	1,8
Korea	37,7	Dänemark	21,4		
Argentinien	35,2	Frankreich	18,8		
USA	30,3	Schweden	17,3		
Ungarn	28,0	Norwegen	16,6		
Deutschland	27,8	Finnland	16,3		

(Quelle: WHO-Bericht 2008, Simmons et al)

Weiterer Anstieg der Sectiofrequenz

Lebendgeborene von 1995 – 2014 in Österreich



Quelle: Statistik Austria

Es ist verwunderlich, dass die **Senkung der Sectiorate** eine so **hohe politische Bedeutung** erlangt hat.

Viel vernünftiger wäre es sich um Bereiche zu kümmern, die die Schnittstelle Geburtshilfe/Neonatologie betreffen, die

- ein wirkliches Problem darstellen und
- tatsächlich beeinflussbar sind

wie z.B.:

- Reduktion der Mehrlinge im Rahmen der Reproduktionsmedizin
- Erstellung von Rahmenbedingungen für Eizellspende

Diese Maßnahmen hätten eine Chance die Mortalität/Morbidität von Müttern und Kindern tatsächlich zu reduzieren, während

Bemühungen, die Sectiorate zu reduzieren mit großer Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt sind, weil der Anstieg der Sectiorate ein allgemeines Phänomen in fast allen Ländern der ersten Welt ist, das eine Vielzahl von Ursachen hat, die durch nationale Maßnahmen nicht änderbar sind.

What do episiotomy and cesarean have to do with Copernicus, Galileo, and Newton?

Klein M.C., Birth 2010, 37

This debate is far from over. We are in a period of conflicting paradigms, as the adherents of each paradigm design new studies to prove their view is the right one.

And some studies will be seriously biased, going from what Phil Hall has called „**evidence-based decision-making to decision-based evidence making**“.

Die Sektiorate: ein Problem der modernen Geburtshilfe? *M. Langer*

... „die Entscheidung für einen Geburtsmodus wird ...
vor dem Hintergrund der Werthaltung der Patientin ablaufen“...

Dann wird die Sektiorate ein zweitrangiges Problem werden
und man wird die unaufgeregte Position von Cyr (2006)
einnehmen können, der vorschlug
“...lassen wir die Sectio-Raten ihre Höhe selbst finden“.

Speculum 2012

Bei einer Sektiorate von annähernd 100%

- kein intrapartaler O₂-Mangel
- keine Schulterdystokie
- keine Terminüberschreitung
- keine Einleitungen
- keine Dammverletzungen
- weniger kindliche Infektionen

.....