

Frequently Asked Questions - FAQ

Sectio caesarea

Wie hoch ist die Kaiserschnitttrate in Deutschland?

In Deutschland wird mittlerweile ca. jedes 3. Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht.

Was sollte vor einem Kaiserschnitt beachtet werden?

Unabhängig von einer globalen Sectiorate sollte jede Indikation zur Sectio individuell abgewogen werden. Schwangeren Frauen sollen evidenzbasierte Informationen und Unterstützung angeboten werden, die sie befähigen, eine informierte Wahl hinsichtlich der Geburt zu treffen. Ziel muss es sein, den werdenden Müttern eine physiologische, selbstbestimmte und interventionsarme Geburt zu ermöglichen, in geburtshilflichen Strukturen, die in jederzeit möglichen unvorhersehbaren Risikosituationen eine maximale Sicherheit von Mutter und Kind gewährleisten.

Welche Indikationen zum Kaiserschnitt gibt es?

Man unterscheidet bei den Indikationen zur Sectio zwischen absoluten und relativen Indikationen. Absolute Indikationen sind z.B. eine Querlage, das Vorliegen des Mutterkuchens vor dem inneren Muttermund (Plazenta prävia) oder ein Riss der Gebärmutter. Auch eine Schwangerschaftsvergiftung und eine unzureichende Funktion der Plazenta stellen oft eine unvermeidbare Sectioindikation dar. Diese absoluten Indikationen machen ca. 10% aller Sectiones aus und sind zwingend notwendig, um das Leben von Mutter und/oder Kind zu retten.

90% aller Sectiones erfolgen aus einer relativen Indikation. Diese erfolgen aufgrund einer Abwägung der Geburtsrisiken für Mutter und Kind. Häufige Indikationen sind z.B. auffällige kindliche Herztöne, ein fehlender Geburtsfortschritt, aber auch ein Zustand nach Kaiserschnitt in der letzten Schwangerschaft. Eine relative Indikation bedeutet aber keinesfalls, dass ein solcher Eingriff nicht medizinisch indiziert ist.

Gibt es eine optimale Kaiserschnitttrate?

Eine Aussage über eine optimale Kaiserschnitttrate ist nicht möglich. Die von der WHO 1985 formulierte Grenze von 10-15% wurde mittlerweile ebenfalls revidiert.

Die WHO hat diese Grenzen berechnet, um Mütter- und Kindersterblichkeit zu reduzieren, nicht aber um gesundheitliche Schäden, die nicht zum Tode geführt haben oder führen, zu minimieren. Diese Faktoren sollte man zusätzlich einbeziehen.

Warum werden mehr Kaiserschnitte durchgeführt?

Das Risikoprofil werdender Mütter hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert, wodurch die Anzahl von Risikoschwangerschaften zugenommen hat. Beispielhaft hierfür sind, dass das Alter einer Frau bei der Geburt des ersten Kindes mittlerweile bei fast 32 Jahren liegt, über 40% der Schwangeren übergewichtig oder adipös sind und chronische Erkrankungen von Schwangeren zunehmen.

Was sind Vorteile eines Kaiserschnitts?

Das operative Risiko eines Kaiserschnittes ist gering.

Nachgeburtliche Blutungskomplikationen sowie Inkontinenz- und Beckenbodenprobleme sind seltener nach Kaiserschnittgeburten als nach vaginalen Geburten.

Was sind Nachteile eines Kaiserschnitts?

Nach einem Kaiserschnitt besteht zum einen eine höhere Schmerzbelastung und damit auch Immobilität nach der Geburt.

Der Stillbeginn nach einem Kaiserschnitt ist häufig erschwert, außerdem kann die unmittelbare Kontaktaufnahme zum Kind (Bonding) beeinträchtigt sein. Nach Kaiserschnitten besteht ein höheres Risiko von Unfruchtbarkeit, Störungen der Plazentahaftung in Folgeschwangerschaften sowie von Rissen der Gebärmutter.

Welche Nachteile birgt ein Kaiserschnitt für die Neugeborenen?

Kinder, die per Kaiserschnitt auf die Welt kommen, haben eine erhöhte Rate an Anpassungsstörungen, u.a. ein höheres Risiko für Atemerkkrankungen, Autismus sowie Adipositas im weiteren Leben.

Wie hoch ist das Risiko der Komplikationen im Vergleich zu einer vaginalen Geburt?

Es ist zu betonen, dass das relative Risiko dieser Komplikationen im Vergleich zur normalen Geburt zwar erhöht, das absolute Risiko jedoch gering ist. Insgesamt treten diese oben angeführten Komplikationen daher sehr selten auf.

Unterscheidet sich die Kaiserschnitttrate deutschlandweit?

Betrachtet man in Deutschland die Daten auf Landes- oder Kreisebene, so ergeben sich deutliche Unterschiede je nach Region. Bei Betrachtung der Bundesländer ist nach wie vor ein Ost-West-Gefälle zu sehen.

Welche Gründe gibt es für die unterschiedlichen Raten?

Neben medizinischen Gründen darf die Zunahme von Kaiserschnittentbindungen nicht separat von der gesellschaftlichen Akzeptanz und deren Veränderungen gesehen werden. Studien zeigen, dass auch gesellschaftliche und kulturelle Besonderheiten eine wichtige Rolle spielen. Auch die personelle Ausstattung von geburtshilflichen Abteilungen und die Erfahrung von Hebammen und Ärzten, insbesondere im Management von Risikosituationen, hat einen Einfluss auf die Kaiserschnitttrate.

Was leistet die S3-Leitlinie Sectio caesarea?

Durch die Erstellung der S3-Leitlinie Sectio caesarea unter Federführung der DGGG ist es gelungen, evidenzbasierte Erkenntnisse zur Sectio zu gewinnen und diese für alle Zielgruppen (z.B. Schwangere, Hebammen, Ärzte) sichtbar zu machen. Diese Leitlinie wird derzeit aktualisiert und voraussichtlich im nächsten Jahr veröffentlicht.

Welche Maßnahmen ergeben sich aus der Leitlinie, die die aktuelle Situation einer hohen Kaiserschnitttrate verändern könnten?

Eine wichtige Errungenschaft der Leitlinie ist die verpflichtende Klassifizierung der Sectiones unter Einbeziehung geburtshilflicher Faktoren (Robson-Klassifikation). Neben der Darstellung einer risikoadjustierten Sectorate werden hierdurch vergleichbare Gruppen hinsichtlich Sectio-Risiken wie geburtshilfliche Anamnese oder Indikation zur Sectio erhoben und können als Qualitätsmerkmal benutzt werden. Nur so können spezifische Probleme einzelner Häuser (oder auch Regionen) identifiziert und Verbesserungsmöglichkeiten in Angriff genommen werden.

Die Leitlinie fordert ebenfalls, dass die Besprechung des Geburtsmodus, Vor- und Nachteile von vaginaler Geburt und Sectio caesarea, sowie die Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten einer Sectio caesarea im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung in einem zeitlich und räumlich angemessenen Rahmen stattfinden sollen. Dies beinhaltet den gegenseitigen aktiven Austausch von Informationen, das Abwägen verschiedener Optionen mit dem Ziel, eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Wie umfangreich der Entscheidungsfindungsprozess begleitet werden kann, ist von der Situation und der in diesem Zusammenhang zur Verfügung stehenden Zeit sowie von dem Wunsch der Frau, an Entscheidungen beteiligt zu werden, abhängig.

Eine eins zu eins-Betreuung durch eine Hebamme ab der aktiven Phase der Eröffnungsphase führt nachweislich zu einer Reduktion von Kaiserschnitten. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Erfahrung des geburtshilflichen Teams, auch in der Betreuung von Risikogeburten wie Beckenendlagegeburten, Mehrlingsgeburten, Frühgeburten.

Wie wirkt sich die Struktur der klinischen Geburtshilfe auf die Sectorate aus?

Seit langem ist bekannt, dass die perinatale Mortalität in kleinen Abteilungen 3-fach höher ist als in Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten. Als Ursache werden strukturelle Defizite (unzureichend schnelle Verfügbarkeit von Fachpersonal im Notfall, z.B. Anästhesie, Facharzt für Geburtshilfe, Hebamme), sowie unzureichendes Training der interprofessionellen Zusammenarbeit und mangelnde Erfahrung des Personals aufgrund der geringen geburtshilflichen Inanspruchnahme genannt. Im europäischen Vergleich bestehen in Deutschland eine verhältnismäßig hohe Anzahl kleiner geburtshilflicher Einheiten mit Geburtenzahlen < 600 Geburten. Gerade in den kleinen geburtshilflichen Kliniken liegt die Sectorate oftmals höher als in den größeren Einheiten.

Wie kann der Status Quo verbessert werden?

Die DGGG fordert eine zunehmende Zentralisierung geburtshilflicher Strukturen.

Langfristig wäre das Idealziel, Einheiten mit einer hohen Geburtenzahl zu entwickeln, unter deren Dach Patientinnen mit jeglichem Risikoprofil optimal gemeinsam von Hebammen und Ärzten betreut werden könnten.

Mehr Informationen: <https://www.dggg.de/stellungnahmen/fachempfehlung-modelle-zu-versorgungsstrukturen-in-der-klinischen-geburtshilfe-in-deutschland>

Die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (AGG)

Die AGG e. V. ist eine selbständige Untergliederung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie verfolgt die Förderung der Wissenschaft und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung von Medizinerinnen in den Themen- und Aufgabenbereichen der Pränatal- und Geburtsmedizin und befasst sich mit allen klinischen, wissenschaftlichen und organisatorischen Anliegen auf diesem Gebiet.

Mehr Informationen: <https://www.ag-geburtshilfe.de>

Pressekontakt

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Manuela Rank | Melanie Herberger
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Jägerstraße 58-60
10117 Berlin
Telefon: +49 (0)30-514 88 3333
E-Mail: presse@dggg.de
Internet: www.dggg.de

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

Die DGGG e. V. ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiter zu entwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.