

# SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Langer M

**Gasteditorial: Die Sectorate: ein Problem der  
modernen Geburtshilfe?**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (2)  
(Ausgabe für Österreich), 4-6*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (2)  
(Ausgabe für Schweiz), 4-6*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://www.kup.at/speculum)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre  
ertragreiche grüne Oase in  
Ihrem Zuhause oder in Ihrer  
Praxis**

**Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



## Gasteditorial

## Die Sectiorate: ein Problem der modernen Geburtshilfe?

M. Langer

**D**ie Debatte um die steigende Sectiofrequenz blickt auf eine jahrzehntelange Geschichte zurück, sie ist aber einer Lösung um keinen Schritt näher gekommen. In jüngster Zeit haben Behauptungen, Österreich habe eine überdurchschnittlich hohe Sectiorate, die mithilfe von Arbeitsgruppen gesenkt werden müsse, die alten, falschen Argumente neu gebündelt. Jene Fragen, die zwangsläufig im Kreis führen müssen, lauteten ja bisher: „*Welche sind die zulässigen medizinischen Indikationen für eine Sectio?*“, „*Ist eine Sectio ohne medizinische Indikation erlaubt?*“, „*Wie hoch ist die richtige Kaiserschnitttrate?*“. Diese Probleme leiten sich von der irrigen Grundannahme ab, es gäbe eine „normale, physiologische Geburt“, einen „fixen Kanon“ von Indikationen und eine mithilfe dieser Prämissen berechenbare Sectiorate, die es nur zu finden gälte und die ihrerseits wiederum ein Qualitätskriterium für die moderne Geburtshilfe darstelle.

Während diese Fragen gestellt und vorläufig beantwortet wurden, stiegen parallel dazu die Sectioraten mit solcher Geschwindigkeit weiter, dass sie bei jeder neuen Veröffentlichung schon wieder überholt waren und die Warnungen vor der „Epidemie“ wurde immer schriller. Im Folgenden werde ich daher versuchen, einige Erfahrungen aus der bisherigen Diskussion abzuleiten, und eine neue Sichtweise des alten Dilemmas vorschlagen.

### Rückblick

Es ist lehrreich und einer ruhigen Abwägung dienlich, sich einige Charakteristika der Debatte auf der Metaebene zu vergegenwärtigen. Eine Pubmed-Suche zeigt nämlich, dass die früheste Publikation über die „richtige“ Sectiorate bereits 1957 erschien und dass sich seit ca. 1975 ein ständig an-

wachsender Korpus von Literatur akkumuliert hat. Ein erstes Schlüsseldatum der Auseinandersetzung war die Stellungnahme der WHO aus 1985, die autoritär und moralisierend lautete: „*Es gibt keine Rechtfertigung für irgendeine Region, Kaiserschnittraten höher als 10–15 % zu haben.*“ Angesichts der Verantwortung der WHO auch für Entwicklungsländer, mit einer damals (und heute!) noch sehr viel niedrigeren Rate und vor allem ganz anderen sozialen und hygienischen Problemen, war diese Sicht verständlich, für Industrieländer in Europa aber nicht anwendbar. Denn 20 Jahre später fasste J. Ecker (2006) den Standpunkt der anderen Seite mit einem ironisch verfremdeten Zitat aus der klassischen amerikanischen Geburtshilfe zusammen, indem er das befürchtete oder erwünschte Ziel einer Entwicklung vorwegnahm: „*Once a pregnancy, always a caesarean!*“

Die wesentlichste Erkenntnis aus dieser langen Literatur-Katamnesezeit ist aber, dass die Forderung nach Senkung der Sectiorate völlig unabhängig von der jeweils herrschenden, tatsächlichen Rate war. Typische Zahlen aus den 1970er-Jahren finden sich bei 7–10 %, die es damals mit aufwendigen Programmen zu senken galt!

### Indikationen

Ebenfalls in dieser Zeit erschien zum 1. Mal der Begriff „präventive kindliche Indikation“ als Erweiterung der bis dahin fast ausschließlichen Notfallindikation. Gemeint waren damit heute weitgehend akzeptierte Indikationen wie Mehrlingsschwangerschaft und Beckenendlage bei Erstgebärenden oder „dringender Kinderwunsch“, letzteres ein versteckter Hinweis darauf, dass eine gewisse kindliche Morbidität und Mortalität stillschweigend hingenommen wurde.

Eine weitere Verschärfung erfuhr die Diskussion in den 1980er-Jahren mit dem Aufkommen der „elektiven Sectio“ („Sectio ohne medizinische Indikation“, „caesarean upon maternal request“, „Sectio wegen Geburtsangst“). Dabei wurden tiefschürfende medizin-ethische Fragen gewälzt, ob etwa eine elektive Sectio „unethisch“ sei (USA), ob man einer Schwangeren nicht die Entscheidungsautonomie für diese spezifische Frage absprechen oder zumindest modifizieren könne (UK). Schwangere mit Wunsch nach primärer Sectio wurden zu psychotherapeutischen Interventionen zugewiesen, um ihre „unvernünftige Angst vor der Geburt“ zu therapieren (Schweden). Der deutsche Sprachraum reagierte demgegenüber relativ liberal, indem etwa die Arbeitsgruppe Rechtsmedizin in der DGGG ihre ursprünglich ablehnende Haltung (1985) schon 1991 revidierte und feststellte: *„Nicht jede ärztliche Maßnahme geschieht zu Heilzwecken. [...] Die Sectio auf Wunsch ist solchen Eingriffen gleichzustellen, sofern sie nach gehöriger Aufklärung mit wirksamer Einwilligung vollzogen wird und medizinisch jedenfalls nicht kontraindiziert ist.“* In einer Zeit der stark zunehmenden ästhetischen und bariatrischen Chirurgie, bei denen überwiegend Lifestyle und Autonomieerwägungen zum Tragen kommen, erscheint dies eine angemessene Haltung angesichts von realen Gefahren, die durch die Sectio abgewendet werden können.

Wir haben in einer retrospektiven Analyse den Wandel der Sectioindikationen zwischen 1997 und 2011 an der UFK Wien untersucht (Langer/Neuhauser, unveröff. Manuskript) und in Übereinstimmung mit anderen Publikationen gefunden, dass

- sich die relativen Anteile der einzelnen Indikationsgruppen selbst an einer Abteilung unter gleichbleibender Leitung stark verschieben,
- die „elektive Sectio“ zwar von 0,5 auf 5,2 % zugenommen hat, damit aber selbst an einer diesbezüglich liberalen Klinik nicht wesentlich zur Gesamtsteigerung beiträgt und
- sich das Verhältnis von primärer zu sekundärer Sectio von 39:61 auf 62:38 völlig umgedreht hat.

### Ursachen eines globalen Phänomens

Im Jahr 2008 hat die WHO-Arbeitsgruppe „Maternal Health“ um Marsden Wagner eine weltweite Erhebung der Sectiofrequenzen

**Tabelle 1:** Sectoraten einiger ausgewählter Länder (Quelle: WHO-Bericht 2008, Simmons et al.)

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

durchgeführt (Tab. 1). Dabei kamen bemerkenswerte Ergebnisse zustande: Kaiserschnitte bewegen sich weltweit auf einem noch bis vor wenigen Jahren völlig undenkbar hohen Prozentniveau, und zwar in allen Gesellschaften, völlig unabhängig von extrem unterschiedlichen sozialen und medizinischen Systemen. Spitzenreiter sind typische Schwellenländer wie Brasilien, Iran und Mexiko, traditionell niedrig sind die Raten in den skandinavischen Ländern und im UK, hoch in Lateinamerika und romanischen Ländern. Österreich liegt mit seinen mitteleuropäischen Nachbarn im Mittelfeld, andere einander benachbarte und kulturell ähnliche Länder wie Korea und Japan unterscheiden sich um 20 %! Am unteren Ende der Skala finden sich die ärmsten Länder Afrikas als Illustration dazu, dass gute Medizin unverändert einen sozialen Entwicklungsindikator darstellt.

Trotz der alarmistischen Publikationen, die einen massiven Anstieg von Sekundärkomplikationen prognostizieren, und einer Kampagne von Gesundheitspolitikern und Sozialwissenschaftlern zur Eindämmung der „Epidemie“ steigen die Sectoraten weiterhin, und zwar steil und weltweit (dass öffentliche Meinung sehr wohl Einfluss auf medizinische Entscheidungen haben kann, zeigt die durchaus vergleichbare Kampagne gegen nicht-indizierte Hysterektomien, die im gleichen Zeitraum abließ, sehr erfolgreich war und zu einem drastischen Rückgang dieser Operationen geführt hat).

Es liegt somit eine globale Entwicklung vor, die absolut und relativ unvorhersehbar hohe Steigerungsraten zeigt, beträchtliche Verschiebungen auch an ein und derselben Abteilung aufweist und sich als resistent gegenüber öffentlichen Kampagnen erweist. Ein derartiges globales Phänomen wie der Anstieg einer ansonsten so stabilen Kennzahl

innerhalb weniger Jahre kann nicht mit medizinischen Variablen wie geänderten Indikationen etc. erklärt werden. Hier sind ganz offensichtlich massive gesellschaftliche Strömungen wirksam. Diese – die wahren – Gründe sind schon oft genannt worden und sollen daher nur stichwortartig erwähnt werden:

- Vereinfachung der operativen Technik,
- Zunahme des mütterlichen Alters und der Mehrlinge,
- höheres Sicherheitsbedürfnis,
- höhere Klagsbereitschaft,
- veränderte Arzt-Patientinnen-Beziehung.

Bis auf die OP-Technik also allesamt soziale Faktoren, von denen Matthews (2003) schreibt: *„Der chirurgische Eingriff ‚Kaiserschnitt‘ stellt eben nicht eine einheitliche Wesenheit dar, sondern ist nur das gewissermaßen zufällige, gemeinsame Ende vieler und sehr unterschiedlicher Argumente und Teilfaktoren der modernen Geburtshilfe“.*

### Geburt als psychosozialer Vorgang

Als Grundannahme schlage ich daher vor, die Geburt als ein mindestens ebenso stark psychosozial wie biologisch determiniertes Phänomen zu betrachten, das eine eigene Geschichte hat und deren Abläufe und Regeln daher von den beteiligten Akteuren – Schwangere und ihr Partner, Geburtshelfer und Hebamme – gestaltet und nicht wie ein Naturgesetz nur gefunden werden muss.

Wenn wir von der Prämisse ausgehen, dass wir als Regisseure die Geburt aktiv beeinflussen können und müssen, wie lauten dann die Fragestellungen an heutige Geburtshilfe? Sie könnten etwa lauten: *„Wie können Arzt und Patientin die Geburt so gestalten, dass sie den Bedürfnissen der Patientin, den vorhandenen technischen Möglichkeiten, der Arzt-Patienten-Beziehung und*

*den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der jeweiligen Zeit entspricht?“*

Ein Charakteristikum wird dann ein Pluralismus von verschiedenen Geburtsformen sein. Geburtshelfer werden sich mit einem „informed-consent“-Formular für die vaginale Geburt auseinandersetzen müssen, sie werden auf schwierig zu betreuende Patientinnengruppen wie Patientinnen nach schweren internistischen Erkrankungen, postmenopausale Empfängerinnen von Eizellspenden oder konsanguine Paare aus anderen Kulturen eingehen müssen. Beim Aufklärungsgespräch werden die 3 großen Aspekte einer Geburt, nämlich Erlebnis, Leistung und Sicherheit, immer angesprochen werden müssen. Die Entscheidung für einen Geburtsmodus wird nach dem Modell des „shared decision making“ vor dem Hintergrund der Werthaltungen der Patientin ablaufen.

Diese Anforderungen zu erfüllen, dürfte eine lohnendere Herausforderung für einen modernen Geburtshelfer darstellen, als nostalgisch einer Vergangenheit mit heroischen Eingriffen nachzuhängen. Dann wird auch die Sectiorate 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.“*

#### **Korrespondenzadresse:**

*Univ.-Prof. Dr. Martin Langer  
Abteilung für Geburtshilfe und  
Fetomaternale Medizin  
Universitäts-Frauenklinik  
Medizinische Universität Wien  
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
E-Mail: martin.langer@meduniwien.ac.at*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)