

Geburtshilfe

Die Sectiorate zu senken ist schwierig

Die aktuelle Klage hessischer Politiker über zu hohe Kaiserschnittraten ist nicht neu, Appelle, sie zu verringern, gab es bereits früher. Allerdings dürfte dies nicht so einfach umzusetzen sein. Denn für die heute häufig älteren, adipösen und immer öfter chronisch kranken Schwangeren ist eine Geburt auch mit mehr Komplikationen behaftet.



Foto: Benedikt/Stock.adobe.com

Aufgrund einer Initiative der stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Landtagsfraktion in Hessen, Daniela Sommer, sollen die Kaiserschnittraten in hessischen Kliniken auf den Prüfstand. Ziel ist es, mehr als bisher zur Förderung natürlicher Geburten zu tun (1). Diese aktuellen Bemühungen reißen sich ein in eine Vielzahl ähnlicher Forderungen von Politikern, Hebammen oder etwa dem langjährigen Projekt des „Arbeitskreises Frauengesundheit“ (AKF) zur Senkung der Sectiorate (2–4). Grund hierfür ist die Verdoppelung der Rate in den letzten 3 Jahrzehnten von etwa 15 % Anfang der 1990er-Jahre bis auf aktuell 30 % und mehr.

Eine defensive Geburtshilfe, Medikalisation, Personalmangel im Kreißaal und finanzielle Fehlanreize bei der Vergütung von Kaiserschnitt und natürlicher Geburt werden meist als die Hauptursachen für

Mutter und Kind wohlauf – das ist Ziel jeder Geburtshilfe. Die medizinischen Gründe für einen Kaiserschnitt sind angesichts veränderter Schwangere-demografie häufiger geworden.

den Anstieg angeführt (5–7). Allerdings gibt es auch medizinische Gründe, denn das Schwangerenkollektiv hat sich deutlich verändert.

Allein das Alter und der Body-Mass-Index (BMI) der Erstgebärenden ist deutlich gestiegen. Dies macht einen erheblichen Teil der Geburten zu Risikogeburten. In den 1970er-Jahren lag das Durchschnittsalter der Erstgebärenden in Europa bei etwa 25 Jahren (8). Laut Statistischem Bundesamt waren 2017 deutlich mehr Mütter über 30 als unter 30 und bei gut 250 000 der über 785 000 Geburten waren die Mütter bereits 34 oder älter (9).

Der Anteil dieser älteren Erstgebärenden hat sich an manchen Kliniken verdoppelt, wie eine Studie der Universitätsklinik in Ulm belegt (10). Das hat Konsequenzen: Es zeigte sich eine klare Korrelation zwischen Alter und Kaiserschnitt-rate: Bei den unter 35-Jährigen

wurde bei 27 % der Geburten eine Sectio vorgenommen, hingegen waren es bei den Schwangeren jenseits der 35 Jahre bereits 41 %.

Ein hoher BMI der Schwangeren birgt ebenfalls Risiken, da häufig auch die Kinder schwerer sind. Das kann den Geburtsverlauf verkomplizieren und protrahieren. Etwa ein Drittel aller Frauen im gebärfähigen Alter sind hierzulande übergewichtig ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) und bereits 15 % der Schwangeren sind adipös ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) – Tendenz steigend (11–13). Zudem nimmt der Anteil der Frauen zu, die in der Schwangerschaft einen Diabetes entwickeln. So wie international ist auch hierzulande mit einer Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes von fast 13 % zu rechnen – mithin bei etwa jeder siebten bis achten Schwangerschaft (14).

In den USA hat sich schon viel früher – in den Jahrzehnten von

1935 bis 1998 – der Anteil der Babys mit einem Geburtsgewicht jenseits von 4 000 g von 3 auf 14 % vervielfacht (15). In Deutschland war 2012 mehr als ein Drittel der Kinder zwischen 3 500 und 4 000 g schwer (16). Gut 10 % hatten ein Geburtsgewicht von mehr als 4 000 g (davon 1 % \geq 4 500 g).

Den makrosomen Kindern drohen häufiger Schulterdystokien und Plexuspareesen. Ein Gestationsdiabetes erschwert die Situation noch einmal erheblich. Während zum Beispiel bei 4 000 bis 4 500 g schweren Kindern bei bis zu 10 % der Entbindungen mit einer Schulterdystokie zu rechnen ist, sind es bis zu 23 % für den Fall, dass die Mutter zusätzlich eine diabetische Stoffwechsellege entwickelt (17).

Herausforderung Makrosomie

Außerdem drohen den zu schweren Neugeborenen Atemstörungen oder Asphyxie, eine Hyperbilirubinämie oder eine Mekoniumaspiration. Die Mütter müssen vermehrt mit verzögerten Geburten, operativen vaginalen Entbindungen, einer Uterusatonie und postpartalen Blutungen rechnen (18). Ihr Verletzungsrisiko ist deutlich höher, bei Kindern über 4 000 g ist 5-mal häufiger mit schwerwiegenden Verletzungen des Dammes zu rechnen.

Daraus ziehen im Zweifelsfall auch Richter und Gutachter Konsequenzen. In einem Fall, den die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein zu beurteilen hatte, galt es als Behandlungsfehler, dass bei Geburtsaufnahme ein Ultraschall unterlassen, infolgedessen die Makrosomie übersehen und die Schwangere über die drohenden Risiken nicht aufgeklärt worden war (19). Aus all diesen Gründen fällt bei solchen Konstellationen eben auch zunehmend die Entscheidung für einen Kaiserschnitt.

Andere chronische Erkrankungen erschweren eine Geburt ebenfalls. Die meisten Patientinnen mit angeborenen Herzfehlern werden nicht nur erwachsen, sie können sich auch ihren Kinderwunsch erfüllen. In den USA sind inzwischen mehr als eine Million dieser Betroffenen erwachsen, hierzulande sind

es laut Schätzung der Deutschen Herzstiftung 300 000 – und die Hälfte davon Frauen (20). Mit Geburtskomplikationen ist zudem bei Zystischer Fibrose zu rechnen, nach einer Organtransplantation oder einer Krebserkrankung (21–23).

Des Weiteren stellt das stetig wachsende Kollektiv derjenigen, die mittels künstlicher Befruchtung schwanger wurden, die Geburtshilfe vor Herausforderungen. Die perinatalen Risiken sind hier ebenfalls deutlich höher. Dies gilt nicht nur für per se schwierigere Mehrlingschwangerschaften, sondern ebenso für Einlingsgeburten (24).

Infolgedessen ist es womöglich nicht so einfach, die Zahl der Kaiserschnitte substanziell zu verringern. Denn schwangere Frauen sind im 21. Jahrhundert weit vulnerabler als sie es Jahrzehnte zuvor noch waren. Daher ist fraglich, ob die früheren, niedrigen Kaiserschnittraten überhaupt eine Richtschnur für die heutige Zeit sein können. Angesichts der Risiken empfehlen manche Experten bereits, nicht mehr wie bisher auf die Kaiserschnitttrate als solche zu starren. Sie habe als Kriterium ausgedient (25, 26). Ob sie hoch oder niedrig sei, sage nichts über die Qualität der Geburtshilfe in einer Klinik aus.

Sie um jeden Preis kleinhalten zu wollen, kann auch erheblichen Schaden anrichten. Das haben zuletzt die unter dem Namen „Morecambe-Bay-Skandal“ bekannt gewordenen Geschehnisse in einer Klinik im Norden Englands gelehrt. Dort hatten mehrere, als „Muskettiere“ bezeichnete Hebammen über Jahre eine rigorose Anti-Kaiserschnitt-Politik durchgesetzt. Zahlreiche Kinder wurden mit schwerwiegenden und dauerhaften Schäden geboren oder verstarben sogar. Zwei Jahre ermittelte das Gesundheitsministerium. Der 2015 publizierte, unabhängige Report sorgte landesweit für Schlagzeilen (27, 28). Viele führen das Ende der englischen „Kampagne für die normale Geburt“ auf diesen Skandal zurück.

Dr. med. Martina Lenzen-Schulte

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2119
 oder über QR-Code.



Studieren für den Kreißsaal

Die Hebammenausbildung soll im Rahmen eines dualen Studiums reformiert werden. Dies hat das Bundeskabinett in einem Entwurf Mitte Mai beschlossen. Ein „Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz, HebRefG)“ wird dies künftig regeln. Es soll Anfang Januar 2020 in Kraft treten.

Wesentliche Inhalte des Hebammenreformgesetzes sollen sein:

- Das duale Hebammenstudium soll mindestens 6 und höchstens 8 Semester dauern.
- Der Abschluss (Bachelor und eine staatliche Prüfung) ist künftig Voraussetzung dafür, die Berufsbezeichnung „Hebamme“ führen zu dürfen.

Das Studium soll einen hohen Praxisanteil aufweisen. Entsprechende Einsätze sind in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich vorgesehen. Hierfür eignen sich Geburtshäuser oder freiberuflich tätige Hebammen. Die Mindestgesamtstudienzeit beträgt 4 600 Stunden. Die Studierenden erhalten für die gesamte Dauer des Studiums eine Vergütung, die die Krankenkassen finanzieren sollen. Zugangsvoraussetzung ist grundsätzlich eine 12-jährige allgemeine Schulausbildung oder eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat den Entwurf kritisiert und fürchtet eine Verschärfung des Hebammenmangels. Auch die Bundesärztekammer (BÄK) kritisiert den Referentenentwurf. Er ermögliche Hebammen ohne ärztliche Anordnung selbstständig und eigenverantwortlich tätig zu werden, ohne die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus zu berücksichtigen.

Weitere Informationen unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz

Die Sectiorate zu senken ist schwierig

Die aktuelle Klage hessischer Politiker über zu hohe Kaiserschnittraten ist nicht neu, Appelle, sie zu verringern, gab es bereits früher. Allerdings dürfte dies nicht so einfach umzusetzen sein. Denn für die heute häufig älteren, adipösen und immer öfter chronisch kranken Schwangeren ist eine Geburt auch mit mehr Komplikationen behaftet.

Literatur

- Hetrodt E: Hebammen sollen mitreden. Frankfurter Allgemeine Zeitung Rhein-Main (Rhein-Main-Zeitung), 29. April 2019; 37.
- Arbeitskreis Frauengesundheit: Kampagnenaufwurf zur Senkung der Kaiserschnitt-rate, 26. Juni 2012 <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2012/06/12/kampagnenaufwurf-der-kaiserschnitt-kampagne/> (last accessed on 13 May 2019).
- Schwarz C: Dem Wahnsinn Einhalt gebieten? – Die aktuelle US-amerikanische Leitlinie zur Senkung der Kaiserschnitt-rate. Hebamme 2014; 27(2): 84–90.
- Pharmazeutische Zeitung: Geburten: Grüne wollen Kaiserschnitt-rate senken. 18. April 2017. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2017-04/geburten-gruene-wollen-kaiserschnitt-rate-senken/> (last accessed on 13 May 2019).
- wbr/dpa: Jedes fünfte Kind kommt per Kaiserschnitt zur Welt. Spiegel online 12. Oktober 2018. <https://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/kaiserschnitt-raten-haben-sich-weltweit-verdoppelt-a-1232774.html> (last accessed on 13 May 2019).
- Berndt C: Geburt per Raubrittertum im Kreißsaal. Süddeutsche Zeitung 17. Mai 2010. <https://www.sueddeutsche.de/wissen/geburt-per-kaiserschnitt-raubrittertum-im-kreissaal-1.583608> (last accessed on 13 May 2019).
- Wallet N: Zu viele Kaiserschnitte, weil es sich für die Kliniken lohnt? Stuttgarter Nachrichten 20. April 2017. <https://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.geburten-in-deutschland-zu-viele-kaiserschnitte-weil-es-sich-fuer-die-kliniken-lohnt.c5a71456-0f14-4835-bacf-8e7d3cbfad53.html> (last accessed on 13 May 2019).
- UNFPA: Die Macht der freien Entscheidung. Reproduktive Rechte und der demografische Wandel. Weltbevölkerungsbericht 2018. https://www.dsw.org/wp-content/uploads/2018/10/SWOP-2018_final_web-50.pdf (last accessed on 13 May 2019).
- Statistisches Bundesamt: Anzahl der Geburten nach dem Alter der Mutter in Deutschland im Jahr 2017. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161856/umfrage/geburten-nach-dem-alter-der-mutter-in-deutschland/> (last accessed on 13 May 2019).
- Polasik A, Ernst K, Friebe-Hofmann U, et al.: Altersentwicklung Erstgebärender an der Universitätsfrauenklinik Ulm. Z Geburtshilfe Neonatol 2015; 219–P06_13. DOI: 10.1055/s-0035-1566643.
- Stubert J, et al: Risiken bei Adipositas in der Schwangerschaft. Review. Dtsch Arztebl 2018; 115 (16): 276–83. <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=197483>.
- https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Vor_und_nach_Geburt/HTML_Themenblatt_Schwangerschaft.html (last accessed on 13 May 2019).
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG): Geburtshilfe (Stand: 30. Oktober 2017). <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh> (last accessed on 13 May 2019).
- Melchior H, Kurch-Bek D, Mund M: Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes. Dtsch Arztebl 2017; 114: 412–8.
- Johar R, Rayburn W, Weir D, et al.: Birth weights in term infants. A 50-year perspective. J Reprod Med 1988; 33 (10): 813.
- Perzentile Voigt M, et al.: Kurzmitteilung zu den Perzentilwerten für die Körpermaße. Z Geburtshilfe Neonatol 2010; 214: 24–9.
- Nesbitt TS, Gilbert WM, Herrchen B, et al.: Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. Am J Obstet Gynecol 1998; 179 (2): 476–80.
- Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, et al.: Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111 (1): 9–14.
- Ärztammer Nordrhein: Gutachtliche Entscheidungen. Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztkammer Nordrhein – veröffentlicht im Rheinischen Arzteblatt in der Zeit von Mai 2000 bis November 2015. https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/gak-entscheidungen-2000-2015.pdf (last accessed on 16 May 2019).
- Stout K: Pregnancy in women with congenital heart disease: the importance of evaluation and counselling. Heart 2005; 91 (6): 713–4.
- Reynaud Q, Poupon-Bourdy S, Rabilloud M, et al.: Pregnancy outcome in women with cystic fibrosis-related diabetes. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96 (10): 1223–7.
- Tang M, Webber K: Fertility and pregnancy in cancer survivors. Obstet Med 2018; 11 (3): 110–5.
- Lin CH, Chang SN, Chen CH: A Nationwide Study on Outcomes for the Offspring of Renal Transplant Recipients in Taiwan. Transplant Proc 2018; 50 (8): 2469–72.
- Kawwass JF, Badell ML: Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology. Obstet Gynecol 2018; 132 (3): 763–72.
- Dietz H-P, Campbell S: Toward normal birth – but at what cost? AJOG 2016; 439–44.
- Oláh KSJ: Have caesarean section rates become an obsolete statistic? Time to throw the towel in the fight to reduce caesarean section rates. BJOG 2019; 126: 828–30.
- Morecambe Bay Investigation: Morecambe Bay Investigation Report published. Press release 3 March 2015 <https://www.gov.uk/government/news/morecambe-bay-investigation-report-published> (last accessed on 16 May 2019).
- Glaser E: The cult of natural childbirth has gone too far. The Guardian vom 5. März 2015. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2015/mar/05/natural-childbirth-report-midwife-musketeers-morcambe-bay> (last accessed on 16 May 2019).