

## - - - AKF Kaiserschnitt-Kampagne - - -

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.



## Kaiserschnitt-Kampagne

Berlin, den 26. Juni 2012

**In Deutschland kommt jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt auf die Welt. – Es ist höchste Zeit, die Kaiserschnitttrate zu senken.**

*Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland*

### **- Aufruf zur Unterstützung -**

In Deutschland sind im Jahr 2010 31,9 % der Kinder durch einen Kaiserschnitt zur Welt gekommen. Regionale Schwankungen liegen zwischen 15 % und 36,6 % und sind medizinisch nicht erklärbar. [1] 1991 lag die Rate noch unter 15 %. Diese Entwicklung ist weltweit zu beobachten. An der Spitze steht aktuell China mit 46 %. [2] Unzweifelhaft ist der Kaiserschnitt eine lebensrettende Option aus mütterlicher oder kindlicher Indikation. Moderne Operations-, Anästhesie- und Therapieverfahren haben dazu geführt, dass Frauen auch bei Regelwidrigkeiten sicher entbunden werden können und erheblich weniger Einschränkungen hinnehmen müssen als früher. Was in Notfallsituationen wertvoll ist, darf

jedoch nicht zur Routine werden, sonst verkehren sich Vorteile in Nachteile und ein rettender Eingriff wird zur riskanten Operation.

Zu viele Kaiserschnitte sind strukturell, organisatorisch oder ökonomisch statt medizinisch begründet. Die Häufigkeit, mit der derzeit Kaiserschnitte durchgeführt werden, ist aus Sicht der WHO und anderer Fachleute [3] medizinisch und ethisch nicht gerechtfertigt. Diese Bedenken teilt der Runde Tisch des AKF „Lebensphase Eltern werden“. Es sind strukturelle, organisatorische und ökonomische Gründe, die die Entscheidung für einen Kaiserschnitt begünstigen. Legitimiert wird diese jedoch in der Regel mit einer sogenannten relativen („weichen“) medizinischen Indikation.

Heute erlaubt die personelle Besetzung im Kreißaal meist keine kontinuierliche Betreuung der Gebärenden durch die Hebamme, die die Schwangere stärkt und Zeit gibt für die natürlichen Abläufe. Stattdessen wird Zeitdruck aufgebaut und eine Interventionskette initiiert, die die Geburt verkürzen soll. Häufig sind Kaiserschnitte das Resultat voreiliger Geburtseinleitungen und anderer Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf. [4]

Vielen routinemäßigen Anwendungen fehlt zudem die Evidenz. Ein Beispiel hierfür ist die kontinuierliche Herztonüberwachung (CTG). In 50 % der Fälle ist die Interpretation des CTGs zur Diagnostik eines fetalen

Gefährdungszustands falsch. [5]

Ernst zu nehmen sind auch Hinweise auf erhöhte Kaiserschnittraten nach einer Epiduralanästhesie. [6] Aus betriebswirtschaftlicher Sicht besteht kein Anreiz, Vaginalgeburten zu fördern und Kaiserschnitte zu vermeiden. Die Kliniken müssen eine teure Infrastruktur für die Geburtshilfe vorhalten. Die Vergütung für die Betreuung einer normalen Geburt reicht nicht aus, um die Kosten auszugleichen. Nach Niino ist in Lateinamerika festgestellt worden, dass in

Privatkliniken deutlich höhere Kaiserschnittraten vorliegen und dass eine höhere Vergütung von Kaiserschnitten umgehend zu einem Anstieg der Operationszahlen geführt hat, ohne dass die Gesundheit von Mutter und Kind sich verbessert hätte. [7] Europäische Daten liegen hierzu nicht vor.

Ein weiteres Problem ist die haftungsrechtliche Situation, die den GeburtshelferInnen häufig nicht gestattet, nach medizinisch-fachlichen Kriterien zu entscheiden, sondern sie nötigt, eine Defensivmedizin zu betreiben, in der sie mit dem Kaiserschnitt nach bisheriger Rechtsprechung „immer auf der sicheren Seite“ sind. Fatalerweise wird diese Art forensischer Absicherung auch von vielen Beteiligten, insbesondere von werdenden Eltern, als medizinisch-fachliche Sicherheit fehlgedeutet. Ein Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation ist mit höheren Risiken verbunden als

eine Vaginalgeburt und keineswegs sicherer für Mutter und Kind. In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Untersuchungen die kurz- und langfristigen Folgen eines Kaiserschnitts herausgestellt.[8]

Diese beziehen sich:

1. auf den Körper der Frau: Narkose- und Thromboserisiken, Blutverlust, Schmerzen, eingeschränkte Stillfähigkeit, Infektionen, Wundheilungsstörungen und Verwachsungen,
2. auf die Psyche der Mutter: Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen,

3. auf Folgeschwangerschaften: regelwidriger Plazentasitz mit stark erhöhtem Risiko für Müttersterblichkeit,
4. auf das Kind: Anpassungsstörungen, häufigere nachgeburtliche Einweisung in die Intensivstation, Asthma, Diabetes, Adipositas im Kindergartenalter, möglicherweise auch Autoimmunerkrankungen,
5. auf die Mutter-Kind-Beziehung: Bindungsprobleme.

Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu begründen, ist meistens zu kurz gegriffen. Hinter einer sogenannten „Wunschsectio“ verbirgt sich oft genug eine unheilsame Koalition zwischen ärztlicher Präferenz und unzureichendem Wissensstand der Frauen. 86 % der Frauen geben nach einem Kaiserschnitt an, die Folgen des Eingriffs unterschätzt zu haben. [9] Die WHO fordert, die Anzahl von Kaiserschnitten zu begrenzen und kritisiert die verharmlosende Darstellung von Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation.[10]

Die WHO fordert z.B.

- die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien,
- die Evaluierung geburtshilflicher Maßnahmen (z.B. Geburtseinleitungen),
- die Empfehlungen zur Betreuung bei normaler Geburt umzusetzen, d.h. zum Beispiel eine 1:1-Betreuung für alle Gebärenden und
- die generelle Veröffentlichung der Kaiserschnitttraten von Kliniken.

In Deutschland existiert eine S1-Leitlinie zu Kaiserschnitt-Indikationen aus dem Jahre 2008. Sie genügt weder von der Zusammensetzung der AutorInnengruppe noch von der Aktualität und Vollständigkeit der Datenbasis den Ansprüchen einer evidenzbasierten Medizin. In Großbritannien beispielsweise hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) neue Guidelines entwickelt. Der Indikationskatalog für Kaiserschnitte wurde der aktuellen Datenlage angepasst. So wurde Frauen, die bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte hatten, empfohlen, sich für eine vaginale Geburt zu entscheiden, da das Komplikationsrisiko bei einem nachfolgenden Kaiserschnitt genauso hoch ist wie bei einer

vaginalen Geburt. Die Hebammenbetreuung nimmt in der Veränderung der Rahmenbedingungen eine Schlüsselposition ein. ExpertInnen sehen Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen in einer Schlüsselposition zur Veränderung der Rahmenbedingungen.[11] Hebammen könnten sowohl die physiologischen und psychologischen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der schwangeren Frau und ihres Partners fokussieren und dadurch die beste Unterstützung in dieser Lebensphase gewährleisten.[12] Es sind bereits wissenschaftliche Nachweise für Maßnahmen erbracht worden, die tatsächlich die Kaiserschnitttraten senken. [13]

Die UnterzeichnerInnen fordern auf dieser Basis folgende strukturelle Veränderungen:

- die Förderung der Schwangerenbetreuung durch ein Team von Hebamme und FrauenärztIn,
- die Anwendung von bereits existierenden guten Konzepten zur Geburtsvorbereitung für werdende Eltern,
- Anreize für eine 1:1 Betreuung unter der Geburt,
- die flächendeckende Einrichtung von Hebammenkreißsälen,

- die verbesserte Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen ambulant und stationär,
- einen Schwerpunkt „natürliche Geburt“ im Studium und in der Facharztweiterbildung sowie Festlegung einer Anzahl an zu beobachtenden physiologischen Geburten,
- die verpflichtende Etablierung von klinikinternen Fallkonferenzen unter Einbeziehung von GynäkologInnen und Hebammen,
- die Förderung wissenschaftlicher Evaluierung von geburtshilflichen Verfahrensweisen,
- die Erarbeitung von Konzepten, die Anreize schaffen, Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen, z.B. Qualitätskontrollen mit nachfolgender Beratung der Krankenhäuser mit überhöhter Kaiserschnitttrate,
- die Information der werdenden Eltern über unabhängige Beratungsangebote bezüglich Kaiserschnitt und den Folgewirkungen.

Mit der Einführung und Förderung der beschriebenen Praktiken wird eine grundlegende, nachhaltige Veränderung der momentanen Verhältnisse in die Wege geleitet. Damit werden Voraussetzungen für einen Rückgang der Anzahl der Kaiserschnitte geschaffen.

Der Geburtsvorgang ist von elementarer Bedeutung für neugeborene Kinder, werdende Mütter, Väter, Familien und für die Gesellschaft. Frauen verdienen in der einzigartigen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz. Ein Kaiserschnitt ist ein medizinischer Eingriff, der Leben retten kann, wenn er indiziert ist, und der Geburtsrisiken reduzieren kann. Ohne eindeutige medizinische Indikation ist er ein Eingriff mit hohem Schadenspotential.

Deswegen rufen wir auf zu einem Bündnis zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland.

Schließen Sie sich durch Ihre Unterschrift unserer Kampagne an und leiten Sie unseren Aufruf an andere Organisationen und Einzelpersonen weiter. Darüber hinaus laden wir Sie ein, Ihr Fachwissen, Ihre Erfahrungen und Ihre Ideen einzubringen und sich an weiteren Aktivitäten zu beteiligen. Nur gemeinsam können wir erreichen, dass die Zahl der Kaiserschnitte wieder auf das medizinisch notwendige Maß sinkt.

**Kontaktadresse:**

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Sigmaringer Str. 1

10713 Berlin

Tel.: 030-863 93 316

Fax: 030-863 93 473

E-Mail: [buero@akf-info.de](mailto:buero@akf-info.de)

Internet: [www.akf-info.de](http://www.akf-info.de)

## **Initiatorinnen der Kampagne sind die Teilnehmerinnen des Runden Tisches des AKF „Lebensphase Eltern werden“:**

Dr. Edith Bauer, Gynäkologin

Juliane Beck, Expertin für Patientinnenrechte, Juristin;

Dr. Maria Beckermann, Gynäkologin, Autorin, 1. Vorsitzende des AKF;

Karin Bergdoll, Dipl. Päd., Gesundheitspolitikerin, 2. Vorsitzende des AKF;

Dr. Barbara Ehret, Gynäkologin, Autorin;

Colette Mergeay, Psychologin;

Petra Otto, Dipl. Päd., Redakteurin;

Ute Höfer Hebamme, Ernährungsberaterin, Vorstand AKF;

Dr. Gabi Götsching-Krusche, Gynäkologin;

Dr. Katharina Lüdemann, Gynäkologin, lfd. Oberärztin Geburtshilfe;

Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen, Psychologin;

Barbara Reuhl, Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik;

Susanne Steppat und Katharina Jeschke, Hebammen, Deutscher Hebammenverband (DHV);

Dr. Karin von Moeller, Gesundheitswissenschaftlerin, Universität Osnabrück;

Anke Wiemer, Hebamme, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG);

Sabine Striebich, Hebamme, Studentin der DMP, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft;

Dr. Christine Loytved, Hebamme, Gesundheitswissenschaftlerin, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi).

### **Quellen:**

1 Stat. Bundesamt, Lutz

2 Souza, Lumbinganon 2010

3 vgl. Betrán et al 2007; Niino 2011; Stjernholm, Petersson und Eneroth 2010; Wagner M 2000

4 vgl. Niino 2011

5 vgl. Niino 2011

6 vgl. Niino 2011

7 vgl. Niino 2011, 141

8 vgl. Lutz, GEK Kaiserschnittstudie 2006; Niino 2011; Souza 2010; Villar et al 2007, Huh et al. 2012

9 vgl. Lutz 2006

10 vgl. Souza 2010; WHO 2010

11 vgl. Hodnett et al. 2011, Wagner 2001, WHO 2002

12 Niino 2011; WHO 2000

13 Catling-Paull et al. 2011; Scarella 2010; Van Dillen et al 2008, Chaillet / Dumont 2007, Niino 2011

## **Literatur**

Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M: Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. In: Paediatric and Perinatal Epidemiology 2007; 21: 98–113

Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur M, Homer C (2011): Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. In: Journal of advanced Nursing 67(8),

1662–1676

Caughey A, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng Y, McDonald K, Shaffer B, Owens D, Bravata D: Systematic Review: Elective Induction of Labor Versus Expectant Management of Pregnancy. In: Ann Intern Med. 2009; 151:252-263

Chaillet N, Dumont A (2007): Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. In: Birth 34:1; 53

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD003766

Huh S Y, Rifas-Shiman S L, Zera C A, Rich Edwards J W, Oken E., Weiss S T, Gillman M W: Delivery by ceasarean section and risk of obesity in pre-school age: a prospective cohort study. In: British Medical Journal 2012

Lumbiganon, Pisake, Laopaiboon, Malinee, Gülmezoglu, metin, Souza, Joao Paulo et al.: Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08, The Lancet 2010; 375(9713): 490-99

Lutz, Ulrike, Kolip, Petra, Die GEK-Kaiserschnitt-Studie (2006),

[http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK\\_Kaiserschnittstudie.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf)

NICE (National Institute for Health and clinical Excellence) ( 2012): Women could avoid having unnecessary caesareans <http://www.nice.org.uk/news/WomenCouldAvoidHavingUnnecessaryCaesarean.jsp> [Abruf 3.4.2012]

Niino, Y: The increasing caesarean rate globally and what we ca do about it. In: BioScience Trends 2011; 5(4): 139-150

Scarella A, Chamy V, Sepúlveda M, Belizán J (2011): Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 154 (2010) 136–140

Souza JP et al.: Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: BMC Medicine, 2010; 8 (1):71

StjernholmY, Petersson K, Eneroth E: Changed indications for cesarean sections. In: Acta Obstetricia et Gynecologica. 2010; 89: 49–53

Van Dillen J, Lim F, Van Rijssel E: Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 139. 2008; 151–156

Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, Velazko A, Bataglia V, Langer A, Narváez A, Valladares E, Shah A, Campodónico L, Romero M, Reynoso S, Simônia de Padua K, Giordano D, Kublickas M, Acosta A , Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. In: BMJ 2007; 335; 1025

Wagner M: Choosing caesarean section. In: Lancet 2000; 356: 1677–80

Wagner M: Fish can't see water: the need to humanize birth. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 75: 25-37

WHO (2000): Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/53855/E93016G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf) am 16.5.2012 [Abruf 16.5.2012]

WHO (2002): Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf> [Abruf 16.5.2012]

WHO (2009): Making pregnancy safer – Assessment tool fort he quality of hospital care for mothers and newborn babies. 47- 50.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98792/E93128.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98792/E93128.pdf) [Abruf 16.5.2012]

WHO Policy brief (2010): Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.20\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf) [Abruf 16.5.2012]

Kategorien: [Allgemein](#) | [Permalink](#)