

Sectiorate senken – wie geht das?

Angelika Urbach Die Donauklinik in Neu-Ulm widerlegt den bundesweiten Trend: Nur 18,4 Prozent der Geburten erfolgen dort per Kaiserschnitt. Wir haben nachgefragt, wie diese Traumrate möglich wird.

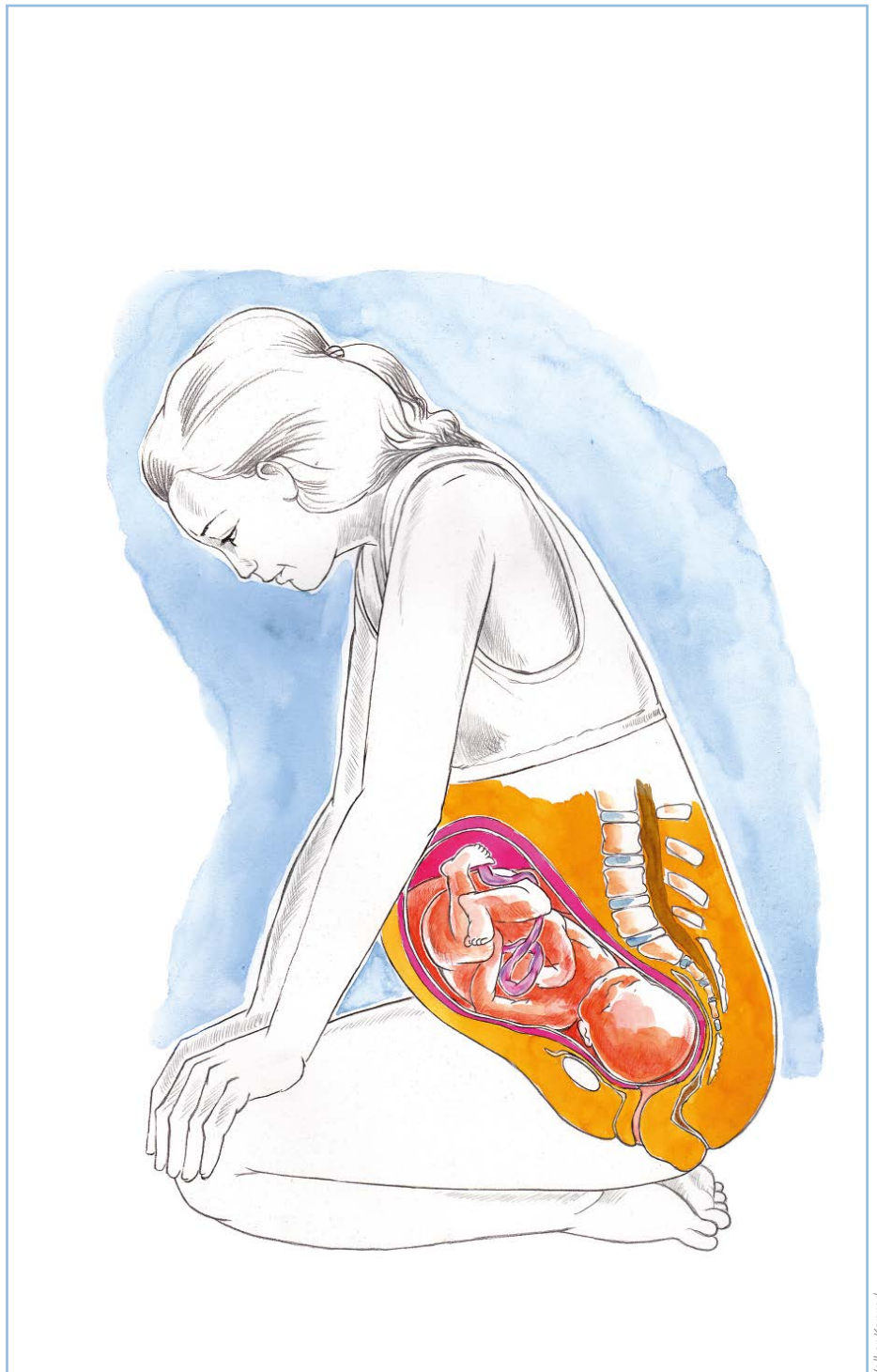
Fast jedes dritte Kind in Deutschland kommt per Kaiserschnitt zur Welt, einzelne Kliniken haben sogar Raten von fast 50 Prozent. Welche Gründe spielen eigentlich bei der Wahl des Geburtswegs eine Rolle? Diese Frage versuchte ein Forschungsteam im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung zu beantworten. Seine Ergebnisse entkräften den Mythos vom Wunschkaiserschnitt: Nur zwei Prozent der befragten Schwangeren konnten sich eine Sectio ohne medizinische Indikation vorstellen.

Die meisten der untersuchten Kaiserschnitte waren durch relative Indikationen wie Beckenendlage oder vorangegangene Sectio begründet. Der Schluss liegt nahe, dass eine veränderte Risikobewertung dieser relativen Indikationen der wesentliche Grund für den Anstieg der Kaiserschnittraten in den vergangenen Jahren ist.

Das Positivbeispiel der Geburtsstation der Neu-Ulmer Donauklinik zeigt, dass es auch anders geht. Während weltweit Klinikteams nach Wegen suchen, primäre Kaiserschnitte gut und sicher zu verhindern, werden dort längst zielführende Maßnahmen umgesetzt. Mit Erfolg. 2015 erzielte die kleine Station bei 947 Schwangeren und 952 Kindern eine Rate von nur 18,4 Prozent Kaiserschnitten – mit einem hohen Anteil gesunder Neugeborener. »Wir erkaufen diesen Wert nicht mit einer höheren Morbidität der Kinder«, betont Dr. Tanja Scherzer, Gynäkologin und Kreißsaalleiterin an der Donauklinik in Neu-Ulm. Das Team erzielt seine Erfolge vor allem durch eine zugewandte Medizin – und regelmäßige Fortbildungen.

Ängste aktiv erfragen

Die persönliche Betreuung der Frauen beginnt mit einer präpartalen Sprechstunde, in der Ängste aktiv erfragt werden. Das Gespräch führen Beleghebammen, die besonders offen und sensibel mit den Frauen kommunizieren können, weil sie in ihren Vorbereitungskursen bereits gute Kontakte zu diesen aufgebaut haben. Bei Bedarf wird eine Ärztin oder ein Arzt hinzugeholt.



Faktencheck Kaiserschnitt

Welche Faktoren die Entscheidung für den Geburtsweg wie stark beeinflussen, haben Forscherinnen und Forscher im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung untersucht. Ihre Ergebnisse:*

+ Relative Indikationen ... und eine unterschiedliche Risikobewertung dieser. Sie spielten bei 90 Prozent der untersuchten Kaiserschnittgeburten eine Rolle. Gründe dafür können sein: eine defensiv ausgerichtete Geburtshilfe, haftungsrechtliche Aspekte, Veränderungen in der Klinikorganisation sowie die abnehmende Erfahrung mit komplizierten Spontangeburt.

+ Re-Sectio. Ein vorangegangener Kaiserschnitt hat einen besonders hohen Einfluss auf die Entscheidung pro Kaiserschnitt – obwohl die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe den Versuch einer vaginalen Geburt nahelegt. Das Forschungsteam regt an, einige Geburtskliniken auf die Beratung und Betreuung von Müttern in dieser besonderen Situation zu spezialisieren, um Erfahrung und Fachwissen zu bündeln.

+ Hebammenbetreuung. Die frühe Einbindung von Hebammen während der Schwangerschaft sowie eine Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt reduzieren der Untersuchung zufolge die Kaiserschnitttrate.

+ Wunschkaiserschnitt. Nur zwei Prozent der befragten Frauen wünschten sich einen Kaiserschnitt bei fehlender medizinischer Indikation. Es sind also nicht die Wünsche der Frauen, die hohe Sectioraten verursachen.

+ Alter. Eine Übereinstimmung mit dem steigenden Durchschnittsalter von Schwangeren konnte nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Am meisten nahmen die Kaiserschnitttraten bei jüngeren Schwangeren zu.

+ Belegabteilungen. Geburten in Belegabteilungen erfolgen der Untersuchung zufolge deutlich häufiger durch einen Kaiserschnitt als in Hauptfachabteilungen.

+ Wirtschaftliche Aspekte. Der Anstieg der Kaiserschnitttrate konnte nicht direkt auf Anreize des Vergütungssystems zurückgeführt werden. Aber: Bei Spontangeburt bestehen natürlich erhöhte betriebswirtschaftliche Risiken für Krankenhäuser, weil Verlauf und Dauer weniger gut prognostiziert werden können.

* Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verbreitung, Bertelsmann Stiftung 2012

Viele Ängste entstehen durch Unsicherheit. »Wir machen Mut, die Ungewissheit dieses unplanbaren Ereignisses anzunehmen und für verschiedene Wege offen zu bleiben«, beschreibt Scherzer. Wichtig sei dabei, dass sich die werdenden Eltern in der Klinik gut aufgehoben fühlen und spüren: Hier kann ich mich entspannen und Verantwortung abgeben. Im Idealfall wachse bereits im Vorgespräch das Gefühl eines Teams aus Mutter, Vater, Hebamme und Ärztinnen/Ärzten, das gut harmonisiert und auf jede Situation angemessen reagieren kann.

Eins-zu-eins-Betreuung

»Hebammen sind von essenzieller Bedeutung. Eine mangelnde Betreuung führt oft zu einem frühzeitigen Wunsch nach einer Sectio«, betont Scherzer. In dem von Beleghebammen geführten Kreißaal der Donauklinik kann eine Eins-zu-eins-Betreuung während der Phasen starker Wehenarbeit nahezu immer ermöglicht werden. »Eine Geburt ist in unserer modernen Gesellschaft meist die erste Situation im Leben, in der man an seine Gren-

zen stößt.« Gebärende, die sich dabei bestärkt und sicher fühlen können, empfinden weniger Schmerz und kommen mit dem Geburtsstress besser zurecht.

Für eine individuell an die Gebärende angepasste Betreuung sollte das geburtshilfliche Team harmonisch und flexibel zusammenarbeiten. In Neu-Ulm geht man sogar so weit, unterschiedliche Charaktere von Gebärenden, Hebammen und Ärztinnen/Ärzten zu berücksichtigen. Frauen, die eine starke Stütze brauchen, werden intensiver betreut, und ein Arzt/eine Ärztin schaut öfter vorbei als bei solchen, die mit ihrer Situation und der Betreuung durch die Hebamme sehr gut klarkommen. Zur Ausgestaltung dieses Miteinanders bedürfe es keiner schriftlich fixierten Vorgaben und Regeln, betont Scherzer: »Das ist eine Geisteshaltung, die alle Mitglieder unseres noch jungen Teams verbindet.«

Geburtszeiten neu definieren

Eine persönliche und zugewandte Betreuung der Gebärenden ist eine Säule des Erfolgs der Donauklinik. Neue Kriterien für die Bewer-

tung der Risiken für Mutter und Kind sind die andere. Als wichtigsten Punkt nennt Scherzer die Akzeptanz längerer Geburtszeiten. Derzeit orientiert sich das Team der Donauklinik am Konsens der US-amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie vom März 2014. Darin stellen die amerikanischen Gynäkolog(inn)en fest, dass deutlich längere Geburtsverläufe akzeptiert werden dürfen als gemeinhin angenommen.

Zum Beispiel bei einem vorzeitigen Blasenprung: Sofern es Mutter und Kind gut geht, gibt es laut der amerikanischen Linie keinerlei Grund, das Kind innerhalb von 24 Stunden zur Welt zu bringen. In diesem Fall erhält die Geburt in Neu-Ulm genauso viel Zeit, wie sie braucht – solange Mutter und Kind dabei wohlauf sind. Auskunft über deren Zustand gibt die permanente Überwachung unter anderem durch das CTG und – falls möglich – die Mikrolblutuntersuchung. »Außerdem versuchen wir natürlich die Gefahr einer Infektion gering zu halten, indem wir die Zahl der vaginalen Untersuchungen minimieren«, ergänzt die Ärztin.

Den Geburtsbeginn definiert das Team in Neu-Ulm ab einer Öffnung des Muttermunds von sechs Zentimetern. »Ab diesem Zeitpunkt sprechen wir von einem Geburtsstillstand bei vier oder mehr Stunden guter Kontraktionen und bei sechs oder mehr Stunden mit weniger guten Wehen.« Mit einer PDA – die Rate liegt in Neu-Ulm unter 16,5 Prozent – werden zusätzlich zwei Stunden Zeit gegeben.

Voraussetzung für diese Geduld beim Geburtsverlauf ist natürlich ein erfahrenes geburtshilfliches Team. Im Fall der Donauklinik kommt dazu der Anspruch von Geburtshelfer(inne)n und Hebammen, sich ständig an den Sectioraten zu messen und diese zu verbessern.

Mobilität gewähren

Viele Untersuchungen zeigen, dass Frauen mit Unterstützung der Schwerkraft besser gebären als ohne. »Die Millimeterarbeit, mit der sich das Kind durchs Becken schraubt, wird optimal unterstützt, wenn sich die Frauen frei bewegen können«, betont Scherzer. Ohne die Dämpfung durch eine PDA könne die Gebärende besonders gut spüren, wohin das Kind drückt, und folge mit ihren Bewegungen nahezu automatisch diesem Druck. »Ich glaube kaum, dass sich Frauen vor 10.000 Jahren zur Geburt auf den Rücken gelegt haben.«

Vielmehr sei die Hocke eine Position, die der Natur gut entspreche.

78 Prozent der Geburten in der Donauklinik finden im Bett statt – allerdings weniger in Rückenlage, sondern eher im Vierfüßler oder in der Hocke. Bei Geburten mit dem Hocker oder im Wasser liegt die Geburtsstation in Neu-Ulm über dem bayernweiten Durchschnitt.

CTG richtig interpretieren

Der Interpretationsspielraum von CTG-Daten ist sehr groß, und das macht seinen Einsatz in der Geburtshilfe so schwierig. Bei suspekten Werten rät die Ärztin dazu, sich durch eine Mikrobiutuntersuchung (MBU) abzusichern, um zu sehen, wie hoch der Stresslevel des Kindes ist. 24 Prozent der in diesem Fall in der Donauklinik durchgeführten MBU zeigten, dass man eine spontane Geburt zulassen kann.

Das Team der Klinik hat sehr gute Erfahrungen mit computergestützten CTG-Analysen gesammelt, die die Daten mit der Hilfe von Algorithmen auswerten. Regelmäßig werden diese Auswertungen gemeinsam besprochen, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und noch unerfahrene Kolleginnen und Kollegen in der Interpretation der Daten zu schulen.

Beckenendlage wenden

Obwohl sich sehr viele Frauen mit Beckenendlage bereits mit festem Sectiowunsch in der Klinik vorstellen, liegt der Anteil der versuchten Wendungen in Neu-Ulm bei 52 Prozent. Und die Quote der erfolgreichen Wendungen wiederum ist mit knapp 70 Prozent erstaunlich hoch. Dies sei vor allem auf die Expertise einzelner Mitglieder des Teams zurückzuführen, so Dr. Tanja Scherzer, allen voran die ihrer Kollegin Annette Kampmeier.

»Die gängigen Wendungsscores, die Aufschluss über den möglichen Erfolg einer Wendung geben sollen, haben sich bei uns in der Praxis als wenig aussagekräftig erwiesen.« Deshalb versucht das Team bei jeder Frau, die zustimmt, eine Wendung – unabhängig von Vorbedingungen wie der individuellen Menge an Fruchtwasser oder der Lage der Plazenta. Manchmal liege der Zeitpunkt einer erfolgreichen Wendung sogar kurz vor der Geburt.

Re-Sectio vorbeugen

Nach dem Kaiserschnitt ist vor dem Kaiserschnitt? Sicherlich nicht! Deshalb sei eine umfassende Beratung nach dem Kaiserschnitt besonders wichtig, betont die Gynäkologin. Kommt es in der Donauklinik trotz aller Maßnahmen zu einer Sectio, dann werden neben dem Verlauf der Geburt vor allem auch die Auswirkungen auf weitere Schwangerschaften und Spontangeburt besprochen. Scherzer stellt klar: »Gut informierte Frauen lassen sich weniger leicht eine relative Indikation einreden als schlecht informierte Schwangere.«

Was muss sich ändern?

Das Beispiel der Donauklinik in Neu-Ulm zeigt, dass ein hoher Anteil an Spontangeburt ein erreichbares Ziel ist. Die wichtigsten Maßnahmen, die dort zum Erfolg führten, sind:

- Geburtszeiten richtig definieren. Eine Geburt braucht Zeit.
- Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen. Andernfalls entsteht ein frühzeitiger Wunsch nach einer Sectio.
- Kooperation mit freiberuflichen Beleghebammen. Diese haben bereits in Vorbereitungskursen eine gute Verbindung zu den Frauen aufgebaut.
- Beckenendlagen wenden.
- Mobilität und Positionswechsel während der Geburt gewähren.
- CTG richtig interpretieren und MBU einsetzen.

Darüber hinaus nennt Dr. Tanja Scherzer zwei weitere Aspekte, die diese Maßnahmen im Idealfall ergänzen sollten: die Sectorate als Qualitätsindikator einer Klinik regelmäßig veröffentlichen und Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen verstärkt aufklären.

Erfolg in Zahlen

Die niedrige Kaiserschnitttrate in der Donauklinik Neu-Ulm geht nicht zulasten der Gesundheit von Mutter und Kind. Das zeigt ein Vergleich zwischen der Donauklinik-Statistik mit den bayerischen Referenzwerten aus dem Jahr 2015.

947 Schwangere in der Donauklinik	Anteil	Referenzwert Bayern
Parität: Erstgebärende	56,8 %	50,7 %
Sectio primär	8,3 %	14,5 %
Sectio sekundär	10,1 %	15,7 %
vaginal-operativ	7,6 %	7,3 %
Indikationen Sectio sekundär		
protrahierte EP	3,3 %	22,7 %
relatives Missverhältnis	10,5 %	8,9 %
pathologisches CTG	30,0 %	36,1 %
Zustand nach Sectio/Uterus-OP	15,6 %	18,3 %
Episiotomie	6,2 %	19,0 %
Dammriss Grad III/IV	0,45 %	< 2,21 %
Einlingsschwangerschaft	99,5 %	98,2 %
952 Kinder in der Donauklinik	Anteil	Referenzwert Bayern
5-min-Apgar < 8	1,9 %	2,3 %
reanimiert	0,6 %	4,3 %
32–36 SSW	2,4 %	6,1 %
37–41 SSW	97,1 %	92,3 %
über 41 SSW	0,3 %	0,4 %
Mangelgeburt < 10. Perzentile	8,1 %	9,7 %
verlegte Kinder	3,7 %	10,1 %
MBU: Einlinge, pathologisches CTG	23,76 %	> 15,0 %
MBU: Einlinge, pathologisches CTG und sekundäre Sectio	40,74 %	> 15,0 %

»Immer wieder werden Frauen vom Neurologen, Kardiologen oder Augenarzt mit der Empfehlung für eine Sectio zu uns geschickt«, bedauert die Gynäkologin. Bei diesen Schwangeren seien erste Weichen hin zum Kaiserschnitt bereits gestellt. Besser wäre es, die Kolleginnen und Kollegen würden sich mit dem Team der Geburtsklinik abstimmen, fordert Scherzer. Dazu reiche es meistens aus, wenn die Ärztin/der Arzt an seine Patientin den simplen Rat ausspricht, sich in der Klinik vorzustellen und sich dort

ausführlich über alle Möglichkeiten beraten zu lassen.

Literatur

- 1 Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verbreitung, Bertelsmann Stiftung 2012
- 2 Committee on Obstetric Practice: Mode of Term Singleton Breech Delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 235–237
- 3 The American College of Obstetricians and Gynecologists: Safe Prevention of the Primary Cesarean

Delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1. Obstet Gynecol* 2014; 123: 693–711

Angelika Urbach, Redakteurin und freie Autorin für Medizin, Gesundheit und Familienleben.

Kontakt: mail@angelika-urbach.de, www.angelika-urbach.de

Urbach A: Sectorate senken – wie geht das? *Hebammenforum* 2017; 18: 617–621

