

# Ist die natürliche Geburt «out»?

Hintergründe und Überlegungen zum Wunsch-Kaiserschnitt

## L'accouchement naturel est-il «out»?

Explications et réflexions sur la césarienne à la demande

David Haenggi-Bally, Siegfried Heinzl

### Quintessenz

- In Europa verdoppelte sich die Kaiserschnitttrate in den letzten 20 Jahren. Die Inzidenz liegt momentan bei 20 bis 25%.
- Als Gründe für die Zunahme beziehungsweise den Wunsch nach einer Sectio sind zu nennen: Geburtsschmerz, Beckenbodenverletzungen, traumatisch erlebte frühere Geburt, kindliches Wohl, Beeinträchtigung der Sexualität, Terminwahl, Kalkulierbarkeit der Risiken, abnehmende Duldungsbereitschaft der Gebärenden und des Partners, Furcht des Geburtshelfers vor Klagen, Verlust geburtshilflicher Skills, betriebswirtschaftliche Interessen.
- Die Letalität der Sectio bei einem Wahleingriff ist nur unwesentlich höher als bei vaginaler Geburt und kann vernachlässigt werden.
- Bei der Entscheidungsfindung müssen auch pädiatrische, psychologische und forensische Aspekte betrachtet werden.
- Es ist unerlässlich, jedes Begehren nach Wunschsectio individuell zu prüfen und daraus die gemeinsame Entscheidung zu treffen. Eine generelle Empfehlung für oder gegen einen Kaiserschnitt auf Wunsch erscheint nicht sinnvoll.

### Quintessence

- *En Europe, le nombre de césariennes a doublé ces 20 dernières années. Leur incidence est actuellement de 20 à 25%.*
- *Il faut mentionner comme raisons de l'augmentation ou de la demande de césarienne: douleurs de l'accouchement, traumatismes du plancher pelvien, accouchement précédent mal vécu, bien de l'enfant, répercussions sur la sexualité, choix de la date, calcul des risques, moins de tolérance de la part de la parturiente et de son partenaire, peur des plaintes de la part de l'accoucheur, perte de l'habileté obstétricale, intérêts financiers.*
- *La mortalité de la césarienne lors d'une intervention électorale n'est que très légèrement plus élevée que celle de l'accouchement par voie vaginale et peut donc être négligée.*
- *Avant de prendre la décision, il faut également tenir compte des aspects pédiatriques, psychologiques et juridiques.*
- *Il est indispensable de vérifier individuellement toute demande de césarienne avant de prendre la décision commune. Il ne semble pas judicieux d'émettre une recommandation générale pour ou contre une césarienne à la demande.*

Traduction Dr G.-A. Berger



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 1258 oder im Internet unter [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch)

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 1259 ou sur internet sous [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch)

## Die Geburtsmethode des 21. Jahrhunderts?

Manche wie Kathe Moss bekommen ihr Baby noch auf natürliche Weise. Schlagzeilen machen aber jene, die mit einem Kaiserschnitt zum Wunschtermin entbinden. Was früher eine Notoperation war, scheint jetzt richtig «in» zu sein. Und Madonna oder Claudia Schiffer machen es vor. Die Kaiserschnitttrate steigt steil an. Prominente Mamas als Vorbild!

Auch in der geburtshilflichen Fachwelt wird kein Thema so emotional und kontrovers diskutiert wie der sog. Wunsch-Kaiserschnitt: «Vom lebensgefährlichen Wagnis» zur «Wunschoption der modernen Dienstleistungsmedizin». Ein Jahrhundertdogma scheint zu fallen.

Lange Zeit galt eine niedrige Kaiserschnitttrate als Qualitätskriterium für eine gute Geburtshilfe. In letzter Zeit rückte jedoch der Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt ohne zwingende medizinische Indikation zunehmend in das Zentrum der Diskussion. Die Wunschsectio wird mittlerweile zum Thema ganzer Kongresse gemacht und beherrscht die aktuelle Literaturszene in unzähligen Büchern [1]. Eine Umfrage unter englischen Geburtshelfern zur Wunschsectio erregte grosse Aufmerksamkeit, da rund 30% der weiblichen und 8% der männlichen Befragten die Wunschsectio als bevorzugten Entbindungsmodus für sich beziehungsweise ihre Partnerin angaben [2]. Eine Studie unter Gynäkologinnen und Gynäkologen der Ärztekammer Westfalen/Lippe ergab in 12% den Wunsch nach primärer Sectio bei den unter 40jährigen Kollegen, im Vergleich zu 4,6% bei den über 40jährigen [3]. Gründe für eine Wunschsectio waren: Geburtsschmerz, Beckenbodenverletzungen, traumatisch erlebte frühere Geburt, kindliches Wohl, Beeinträchtigung der Sexualität und Terminwahl. In die gleiche Richtung prophezeit Husslein die weitere Entwicklung: Die Geburtsmethode der Wahl wird weitgehend der elektive Kaiserschnitt sein. Vaginale Geburten werden nur noch nach besonderer Aufklärung über damit verbundene Risiken «auf besonderen Wunsch» erfolgen. Dies gelte insbesondere für Erstgebärende. Probleme, welche im Zusammenhang mit der Geburt entstehen, werden zunehmend juristisch ausgetragen [4].

Die Kaiserschnitttrate verdoppelte sich in Europa in den letzten 20 Jahren. In Deutschland liegt sie momentan bei 20 bis 25%, in den USA bei etwa 27% [5]. In der Bundesrepublik ist die Zahl der Kaiserschnitte von 15% 1991 auf 22,6% 2001 gestiegen. In China beträgt die Sectiorate 40%. Dies wird aber damit begründet, dass der Zwang zur Einkindfamilie mit einem extrem hohen Sicherheitsbedürfnis verbunden ist. In Indien wird der Kaiserschnitt aus astrologischer Not durchgeführt. Nahezu 90% der Geburten in Privatkrankenhäusern und Kliniken in Indien

sind Kaiserschnitte, weil die Familien darauf bestehen. Die Geburt zur rechten Zeit sorgt für eine gute Zukunft. Für Ärzte und Kliniken ist der Aberglaube ein Bombengeschäft, wobei allein in der Hauptstadt Neu-Delhi, wo rund 10 Millionen Menschen leben, 75% der etwa 250 000 Geburten jährlich per Kaiserschnitt durchgeführt werden [6]. Weltweit ist der Kaiserschnitt inzwischen wahrscheinlich eine der am häufigsten durchgeführte Operation. Auch die Abhängigkeit vom Versicherungsstatus ist bekannt: Privatpatientinnen weisen erheblich höhere Sectiofrequenzen auf als Normalversicherte. So werden beispielsweise für Privatpatientinnen in England bei 23%, in den USA bei 29%, in Australien bei 35% und in Rio de Janeiro bei ca. 80% Sectiones durchgeführt [5]. Auch galt der Kaiserschnitt im vorigen Jahrhundert in adeligen Kreisen als extravagante Geburtsmethode.

Husslein meint aber, dass die höhere Sectiofrequenz bei Privatpatientinnen nicht nur auf pekuniäre Interessen der Geburtshelfer reduziert werden könne. Die Furcht des Geburtshelfers vor Klagen im Zusammenhang mit den tatsächlichen oder vermeintlichen Kunstfehlern, werden offenbar einer Patientin der oberen Sozial-schicht eher zugetraut [7].

Durch Planbarkeit, Kalkulierbarkeit der Risiken, abnehmende Duldungsbereitschaft der Gebärenden und des Partners sowie durch die Furcht der Geburtshelfer vor Klagen scheint diese Form der Entbindung gerade ideal für unsere Gesellschaft. Die Diskussion wurde zusätzlich gefördert durch das zunehmende Interesse der Frau nach dem Erhalt der körperlichen und sexuellen Integrität. Wellness und Fitness spielen in der heutigen Gesellschaft eine grosse Rolle, beides soll auch nach der Geburt eines Kindes möglichst unverändert sein [8]. Unter dem Slogan «Saving the love channel» wurde von England aus die Wunschsectio schon vor Jahren mit Erfolg propagiert. Aus diesem Grund beträgt in Südamerika in manchen Spitälern die Kaiserschnitttrate 100%, durchschnittlich liegt sie bei etwa 50%. Die Möglichkeit sexueller Probleme als Folge einer Vaginalgeburt gehörte zu den bisher weniger beachteten und oft tabuisierten Nachteile. Die möglicherweise resultierenden Probleme beim Orgasmus sind in Zeiten der sexuellen Emanzipation der Frau mit Sicherheit ein Thema.

Zudem hat in den westlichen Industrieländern auch die perfekte Lebensplanung, wo alles von der beruflichen Karriere bis hin zum Wunschkind seinen festen Platz hat, auch der Geburtshilfe neue Dimensionen verliehen. Schliesslich müssen Kind und Beruf bei vielen Frauen von Anfang an auf einander abgestimmt werden. Hinzu kommt, dass für viele Gynäkologinnen und Gynäkologen die Sectio einfach die schnellere und bequemere Alternative ist. Die Einstellung der betreuenden Ärzte hat auf die Entschei-



**Abbildung 1.**  
Entbindung mit Kaiserschnitt.



**Abbildung 2.**  
Die Mutter kann das Neugeborene sofort  
in den Arm nehmen.

dung einen bedeutenden Einfluss. So schreibt Rockenschaub in seinem Buch: «Gebären ohne Aberglaube», dass die mit Abstand häufigste Indikation für eine operative Entbindung die Bequemlichkeit sei. Wirklich notwendig sei eine Kaiserschnitt-Entbindung in einem zivilisierten Land in einem Prozent der Fälle. Was darüber hinausgehe sei gemacht [9].

Um den finanziellen Anreiz auszuschalten, sollten Vaginalgeburten den Schnittentbindungen auch finanziell gleichgestellt werden. Dies wurde nun, zumindest für Wiener Ärzte und Ärztinnen in Österreich, erreicht [10].

Verfechter und Gegner der Wunschsectio liefern sich gegenseitig absolut unterschiedliche Studien-Ergebnisse. Wenn man genau hinschaut, so fand die Steigerung der Sectiofrequenz bereits lange vor der Diskussion um die elektive Sectio im engeren Sinne statt. Bei der Indikation zur Sectio gibt es leider nur wenig verbindliche Richtlinien und es spannt sich ein weiter Bogen von zwingender beziehungsweise erweiterter medizinischer Indikation über die psychische Indikation bei vorangegangenen traumatischem Geburtserlebnis bis hin zum ausschliesslichen Patientenwunsch aus Koordinationüberlegungen der Schwangeren beziehungsweise des Partners. Unter einem Wunschkaiserschnitt versteht man eine Sectio, welche die Frau aus Angst vor späteren negativen psychischen oder physischen Auswirkungen wünscht. Angst vor Schmerzen und die Sorge um eine weniger lustvolle Sexualität nach der Geburt sind aber nur zwei Gründe. Für die steigende Kaiserschnitttrate werden auch die zunehmend mangelnden Fähigkeiten der



**Abbildung 3.**  
Nachgeburt.

Geburtshelfer verantwortlich gemacht sowie die massive Zunahme der routinemässig elektronischen Geburtsüberwachung (CTG), die zu einer Zunahme der Sectiorate in England um 160% geführt hat [11]. Der erhebliche Verlust geburtshilflicher Skills, wie das heute schon bei der Bekkendlage geschehen ist, wird sich fortsetzen. Der Geburtshelfer, der alle wichtigen und virtuoseren Schritte der Entbindungskunst beherrscht, wird aussterben und vom Schwangerschafts- und Geburtsmediziner abgelöst werden, der darauf bedacht ist, sowohl den Schwangerschaftsverlauf als auch die Geburt möglichst genau zu steuern und zu terminieren. Viel Wissensgut aus der Vergangenheit wird dabei verloren gehen [12]. Die Frage, ob die höhere Sectiofrequenz auch auf die deutlich vermehrt angewandte Periduralanästhesie zurückgeführt werden kann,

lässt sich aus randomisierten Studien nicht beantworten.

Auch die Haftung stellt ein zunehmend ernst zu nehmendes Problem dar. Um Risiken und Klagen zu vermeiden, gleitet man eher in die Defensivmedizin ab. Auch deshalb werden mehr Kaiserschnitte indiziert. Die Zunahme von Schadensersatzklagen ist heutzutage für die medizinische Geburtshilfe prägend. In den USA gibt es bereits Versicherungsgesellschaften, welche keine Geburtshelfer mehr annehmen. Demzufolge existieren Regionen mit entsprechender Unterversorgung. In Deutschland führte dies bisher dazu, dass viele freiberufliche Hebammen die gestiegenen Beiträge zu ihrer Berufshaftpflicht nicht mehr bezahlen können. 2004 werden sie für ihre Haftpflichtversicherung bis zu 10 mal mehr zahlen müssen als bisher [13].

Hinzu kommt auch eine Kundenorientierung im betriebswirtschaftlichen Kampf der Kliniken um jede einzelne Geburt in Zeiten zurückgehender Geburtenzahlen [14].

Auf der anderen Seite hat die Autonomie der Gebärenden enorm an Bedeutung gewonnen. Die Mortalität und Morbidität des Kaiserschnitts – vor allem des elektiven Kaiserschnitts ohne Wehen – ist stark zurückgegangen. Das Operations-Management wurde einfacher, angenehmer und sicherer. Heute darf beim Kaiserschnitt auch der Vater life mit dabei sein – und das Kind kann der Mutter auch gleich auf den Bauch gelegt werden. Eine 2002 im Lancet publizierte Studie schätzt die zusätzlichen Kosten für nicht indizierte Sectiones im United Kingdom auf jährlich 15 Millionen Pfund [15]. Allerdings kann die weitläufige Meinung, dass die elektive Sectio kostentreibend sei, nach den neuesten Untersuchungen nicht gestützt werden. Korrekterweise müssten auch die personellen Kosten des 24-Stunden-Notfallbetriebes mit ständiger Präsenz von Geburtshelfer, Anästhesist, Pädiater und OP-Team in den Vergleich miteinbezogen werden. Wenn man annimmt, dass sämtliche Geburten nur noch mit elektiver Sectio zur Welt kämen, so würde zumindest Kostenneutralität resultieren. Wenn man die totalen Kosten einer Probegeburt bei Status nach Sectio berechnen will, so sind diese klar höher einzustufen [16].

## Morbidität und Mortalität

### Vaginale Geburt

Die vaginale Geburt beinhaltet das Risiko muskulärer, neuromuskulärer und bindegewebsbezogener Schäden des Beckenbodens und des Genitale in unterschiedlichem Ausmass. Die Beckenbodenmuskulatur wird aber nicht allein durch den Geburtsvorgang überbeansprucht, sondern schon während der gesamten Schwangerschaft belastet. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die Durchführung einer

Episiotomie keinen Schutzfaktor hinsichtlich des Beckenbodens darstellt. Nach vaginaler Geburt wird in der Literatur eine Inzidenz von Stressharninkontinenz zwischen 0,7 bis 35% angegeben. Eine anale Schwäche nach Spontangeburt findet sich in etwa 10% der Fälle. Wenn ein Schliessmuskeldefekt (Dammriss III. Grades) hinzu kommt, sind es 20 bis 50%.

Die Prävalenz späterer Beckenbodenschädigung nach unkomplizierter Spontangeburt wird zwischen 5 und etwa 20% angegeben [17]. Eine Studie von Stegmeier zeigte eine signifikant frühere Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs bei der durch Sectio entbundenen Patientinnen oder der spontanen Entbindungen ohne Geburtsverletzung im Vergleich zu anderen Entbindungsmodi. 80% der durch Sectio Entbundenen hatten keine Schmerzen beim Geschlechtsverkehr im Vergleich zu 60% der vaginal Entbundenen. Seine Ergebnisse zeigen, dass der Geburtsmodus einen entscheidenden Einfluss auf die Sexualität nach einer Geburt hat und es sind eben auch diese Auswirkungen, welche in ihrer Gesamtheit die Diskussion um die Wunschsectio beeinflussen [18]. Bei einer Vaginalgeburt liegt die Sterblichkeit unter 0,02 Promille. Beim Kaiserschnitt ist die Sterblichkeit in den letzten 20 Jahren auf derzeit 0,04 Promille gesunken, wobei natürlich auch risikoreiche Notfälle in diese Statistik eingehen [19].

### Sectio

Die abnehmende Letalität des Kaiserschnittes für die Mutter hat mehrere Ursachen: deutliche Fortschritte im Bereich der Anästhesiologie, Verbesserungen der Operationstechnik, Verbesserungen der Begleitmassnahmen wie Transfusionen, Thromboseprophylaxe, prophylaktische Antibiose [20, 21].

Die Sectioletalität betrug in der Schweiz zwischen 1985 und 1994 0,09 Promille. In der oben erwähnten deutschen Studie lag sie bei 0,04 Promille, also unwesentlich höher im Vergleich zur vaginalen Geburt [22].

Am häufigsten starben die Mütter an einer Thromboembolie (15%). Entsprechend muss das Augenmerk auf eine konsequente Prophylaxe gelegt werden. Bei den weiteren Todesursachen im Zusammenhang mit Sectio ergaben sich signifikant höhere Mortalitäts-Risiken bei Anästhesie-Komplikationen und Sepsis, währenddessen eine Embolie oder Hämorrhagie bei den vaginalen Geburten häufiger vorkamen [23]. Mit dem flächendeckenden Einsatz einer einmaligen Antibiotikagabe kann das Infektrisiko um mehr als 50% gesenkt werden [24], womit die infektionsbedingte Morbidität nicht erhöht ist [25].

Eine Studie aus dem New England Journal of Medicine zeigt, dass das Risiko einer Uterusruptur in der nachfolgenden Schwangerschaft deutlich zunimmt. Wehen unter der zweiten Geburt bei Status nach Sectio gehen mit einem stati-

stisch signifikant erhöhten Risiko einer Uterusruptur einher. Zudem ist die Gefahr einer Ruptur bei künstlich eingeleiteten Wehen im Vergleich zu natürlichen Wehen erhöht. Daraus schliessen die Autoren, dass die Indikation zur Re-Sectio bei Frauen nach vorhergehendem Kaiserschnitt grosszügig gestellt werden soll [26]. Ebenfalls zu den erhöhten Morbiditäts-Risiken müssten vermehrte Adhäsionen, Ileus und Plazenta-Einnistungsstörungen (Placenta accreta) bei späteren Schwangerschaften erwähnt werden [27]. Die Inzidenz derartiger Komplikationen ist insgesamt aber doch so gering, dass man es als Argument gegen eine Sectio fast nicht anführen kann, insbesondere wenn man weiss, dass ein Schweizer Paar durchschnittlich nur 1,3 Kinder zeugt. Die oft erwähnte erhöhte sekundäre Sterilität konnte nicht gesichert werden [28].

### Pädiatrische Aspekte

Betreffend Folgen für das Kind existieren in der Literatur absolut gegensätzliche Meinungen. Statistisch gesehen kann aber davon ausgegangen werden, dass das Risiko für das Kind etwa 10fach geringer ist als bei einer vaginalen Geburt [29]. Gemäss Husslein ist die elektive Sectio unter Einhaltung gewisser Sicherheitskautele für das Kind ungefährlicher als die vaginale Geburt [7]. Die Vorteile für das Kind beim Wunsch-Kaiserschnitt sind die geringste Sterblichkeit, praktisch keine Schädigung während der Geburt und deutlich weniger Infektionen. Als Nachteile zeigen diese Kinder mehr Adaptationsprobleme, d.h. die Kinder brauchen manchmal eine früh beginnende Überwachung, wobei aber praktisch nie Lebensgefahr besteht. So entwickeln Kinder, die durch Kaiserschnitt geboren werden, eher ein Atemnotsyndrom als Kinder, die zum gleichen Schwangerschaftszeitpunkt vaginal geboren werden [30]. Viele Expertenmeinungen sehen für das Neugeborene durch Kaiserschnitt keine grösseren Anpassungsschwierigkeiten als durch eine normale Geburt. Probleme, die unmittelbar nach der Geburt auftreten, sind offenbar eher auf eine zu frühe Geburt, was in den meisten Fällen einer elektiven Sectio der Fall zu sein scheint, zurückzuführen, als auf die Wahl der Geburtsmethode selbst [31].

Taylor konnte zeigen, dass die Stressreaktion von Kindern 8 Wochen nach der Geburt am ausgeprägtesten war nach operativ assistierter vaginaler Geburt. Kinder nach elektiver Sectio zeigten die günstigste Reaktion [32].

Allerdings lässt sich gemäss Literaturrecherche von Schücking die Vorstellung, dass die Sectio zumindest für das Kind die ungefährlichste Entbindungsmethode sei, keinesfalls aufrechterhalten [33]. Ferner gibt es Daten, welche zeigen, dass Sectioraten über 8% keine wesentlich besseren

perinatalen Ergebnisse aufweisen. Doherty befürchtet sogar eine Kostensteigerung aufgrund zunehmender neonataler Komplikationen wie Atemnotsyndrom, neurologischen Adaptionsstörungen usw. [34, 35]. Nebst der Gefahr des Atemnotsyndroms gibt es natürlich auch die Gefahr von Schnittverletzungen des Kindes bei Sectio.

### Psychologische Aspekte Geburtserleben

Die interdisziplinäre Kontroverse wird vor allem bei den psychosomatischen Aspekten deutlich. Auf den ersten Blick ist die Entscheidungsbeeteiligung der Frau bei der Wahl der Entbindungsart fortschrittlich. Unbestritten ist auch, dass die Autonomie der Patientin ein ethisches Prinzip für uns Ärztinnen und Ärzte sein muss.

Hinter dem Wunsch nach Sectio verbergen sich verschiedenartige psychologische Einflussgrößen:

- die allgemeine Kenntnis über mögliche Komplikationen im Zuge von Geburten,
- die konkrete Kenntnis von Geburtsverläufen bei anderen Frauen, welche mit Komplikationen verliefen,
- eine depressive Verstimmung,
- eine besondere Persönlichkeitsartung, die als risikoscheu zu bezeichnen ist,
- eine hohe Suggestibilität,
- eine eigene vorangegangene Geburt auf vaginalem Wege, die zu einer hohen Belastung geführt hatte,
- gesellschaftliche Veränderungen und eine zunehmende Ich-Bezogenheit [36].

(Wichtig zu wissen: Traumatische Vorerlebnisse wie Missbrauch oder extreme Erlebnisse bei vorausgegangenen Geburten haben mit einer Wunschsectio nichts zu tun, sondern sind klar als psychische Indikation einzustufen).

Stauber spricht von realen oder irrealen Ängsten vor der Geburt. Reale Ängste können sein vor Fehlbildungen des Kindes, vor Komplikationen bei der Geburt, Ängste vor einer eventuellen Narkose oder vor Schmerzen und vor Untersuchungen. Ein Teil der Ängste haben aber psychologisch tiefere Ursachen, wie Ängste vor dem Ausgeliefertsein, vor dem Alleingelassenwerden oder von der Angst, die Kontrolle zu verlieren. Vor allem auch die Vorstellung von der Geburt selbst geht bei jeder Schwangeren mit Fantasien und Furcht unterschiedlichen Ausmasses einher [37].

Aus psychosomatischer Sicht stellt die Sectio eine Verhinderung des physiologischen Geburtserlebnisses dar und kann auch zu einer Beeinträchtigung des Selbstbildes und zu Veränderungen im Sexualleben führen [38]. Das endorphin- und oxytocingesteuerte Glücksgefühl nach der Spontangeburt, das viele Frauen sehr ein-

drücklich beschreiben, stellt sich nach einer Wunschsectio kaum ein. Ferner nimmt die Sectio der Frau die Möglichkeit, eine selbst bestimmte Geburt zu gestalten und mit dem Partner zusammen zu erleben [33]. Viele Kritiker der sogenannten Wunschsectio geben zu bedenken, dass die junge Mutter durch den glatten Bauchschnitt um ein befriedigendes Ur-Erlebnis gebracht würde [39]. Andererseits hatten Frauen, die primär eine Sectio wünschten und dann einen geplanten Kaiserschnitt hatten, psychologisch später keine Probleme. Frauen, bei denen im Laufe einer vaginalen Geburt eine Sectio durchgeführt werden musste, hatten eher emotionale Probleme [40]. Husslein konnte mit eigenen Daten zum Geburtserleben zeigen, dass die elektive Sectio als ebenso befriedigend erlebt wird wie die geglückte Spontangeburt unter der Bedingung, dass sie in Spinalanästhesie durchgeführt wird, der Partner bei der Sectio anwesend ist und ein uneingeschränkter unmittelbarer Eltern-Kind-Kontakt post partum gewährleistet wird [7]. Eine Langzeitstudie verglich die Mutter-Kind-Interaktion nach Spontangeburt, elektiver und sekundärer Sectio bis ein Jahr post partum und fand keinerlei Einfluss des Geburtsmodus auf die Mutter-Kind-Beziehung [41]. Wenn eine Frau den Wunsch nach einer Sectio äussert, so sollte es primär die Aufgabe des Arztes sein, diesen Wunsch zu verstehen. Weder ein generelles Nachgeben oder eine grundsätzliche Verweigerung wird der spezifischen Situation der Frau gerecht. Oft kann eine allgemeine Ängstlichkeit oder Unsicherheit durch eine vertrauensvolle Arzt-Patientin-Beziehung und eingehende Gespräche gemildert werden [42].

### Forensische Aspekte und Ethik

Geburtshilfe ist die einzige ärztliche Tätigkeit, die nicht durch einen krankhaften Zustand veranlasst wird. Die Zeiten, wo nur der Arzt über den Geburtsmodus entscheidet, sind definitiv vorbei. Der Arzt schuldet heute seinen Patienten und Patientinnen nicht nur einfach gerechte Diagnostik und Therapie, sondern auch eine angemessene Kommunikation darüber. Die wachsende Zahl ärztlicher Optionen und Wahlmöglichkeiten führt zu einer Individualisierung, die ihrerseits eine verstärkte kommunikative Kompetenz verlangt. Immer häufiger wollen sich Patientinnen und Patienten nicht mehr damit begnügen, ihre Einwilligung – nach Aufklärung – zu erteilen, sondern sie möchten die ihnen zu teil werdende medizinische Leistung selbst festlegen. Die Wunschsectio ist ein typisches Beispiel dafür [43].

Es stellt sich nun die Frage, ob eine Wunschsectio ohne medizinische Indikationen eine Körperverletzung ist. Allerdings ist für viele eine Sectio auf Wunsch nicht indikationslos. Die Indikation

ist die Vermeidung einer späteren Beckenbodenfunktionsstörung. Die Sectio könnte daher als Präventivmassnahme verstanden werden. Sicher ist, dass die medizinisch indizierte, lege artis von einem Arzt durchgeführte, subjektiv zu Heilzwecken erfolgte ärztliche Massnahme nach der praktischen Rechtsprechung ein Heileingriff ist und demnach mit der Körperverletzung de facto nichts zu tun hat. Es gibt eine Reihe von Operationen, welche das Kriterium «medizinisch indiziert und subjektiv zu Heilzwecken erbracht» nicht erfüllen, wie zum Beispiel: kosmetische Operationen, Sterilitätsoperationen, Schwangerschaftsabbrüche usw. Der Arzt führt also vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise auch Behandlungen durch, die anderen Zielen dienen können [44].

Wichtig ist, dass das Defizit der Indikation durch eine detaillierte Aufklärung ausgeglichen wird. Die Wunschsectio als Ausdruck freier Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientin verstösst weder gegen die guten Sitten noch gegen Zivil-, Straf- oder Berufsrecht [45]. Die ausführliche schriftliche Dokumentation ist dringend zu empfehlen! Denn die volle Beweislast für die ordnungsgemässe Aufklärung liegt beim Arzt. Wir sind verpflichtet, getroffene Feststellungen und Massnahmen hinreichend aufzuzeichnen. Die Frage also, ob die Wunschsectio den Tatbestand der Körperverletzung darstellt, kann unstreitig mit «ja» beantwortet werden [45]. Es kann festgehalten werden, dass die Härte der Indikation ausserordentlich unterschiedlich ist und dass andere Einflüsse auf die Indikation umso mehr im Zunehmen begriffen sind als der Eingriff an Schrecken verloren hat. In diesem Zusammenhang kennt man z.B. auch gerade bei kleineren Geburtsabteilungen die Tatsache, dass Kaiserschnitte zwischen 18 und 22 Uhr wesentlich häufiger vorkommen als in grösseren Abteilungen. In diesem Zeitraum wird man dem Wunsch der Patientin nach Sectio eher nachkommen. Man kann natürlich nicht billigen, dass Müdigkeit und Feierabenddenken Einfluss auf den Geburtsmodus haben sollen. Es sei aber erwähnt, dass der Geburtshelfer nicht allein für organisatorische und logistische Mängel einer Einrichtung, in der er tätig ist, verantwortlich gemacht werden kann [44].

Berg geht auch auf die problematische Situation der Meinungsänderung sub partu ein [44]. Wenn die Patientin unter dem Eindruck von Angst, Schmerz und Medikamenten ihre vorherige Absicht, vaginal zu gebären ändert und jetzt die Sectio wünscht. Das kommt immerhin in etwa 80% aller Geburten vor! Wenn sich nun hier der Arzt für die Fortsetzung der vaginalen Entbindung entscheidet, und es treten beim Kind eine Plexuslähmung und bei der Mutter z.B. ein Dammriss III. Grades auf, haftet er möglicherweise, weil er dem Wunsch der Patientin nicht entsprochen hat. Entspricht er aber dem Wunsch

der Patientin und beendet die vaginal begonnene Geburt durch eine sekundäre Sectio und die Patientin erleidet einen Wundinfekt mit Sekundärheilung, so war die durchgeführte Sectio eigentlich eine Körperverletzung, da die Einwilligung der Patientin letztlich nicht rechtswirksam war, weil die Patientin unter Geburtsschmerzen und vorab erfolgten schmerzlindernden Medikamenten nicht richtig aufgeklärt werden konnte. Somit würde der Arzt nicht nur zivil-, sondern auch strafrechtlich haften. Dadurch wird die Geburtshilfe für viele zum forensischen Balanceakt!

Aus rein ethischen Überlegungen sollten wir Ärzte die Wunschsectio nicht per se empfehlen, sondern mit jeder einzelnen Patientin individuell im Gespräch die Vor- und Nachteile abwägen [46].

Gemäss Grünebaum ist das Handeln des Geburtshelfers von vier ethischen Grundprinzipien geleitet:

- Das Wohl der Mutter.
- Das Wohl des Fötus.
- Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin über sich und den eigenen Körper.
- Das Recht einer jeden Person, zu fordern, was ihr zusteht.

Wenn nun eine vaginale Entbindung angezeigt ist, die Mutter aber einen Kaiserschnitt verlangt, kommt das dritte ethische Prinzip, das Selbstbestimmungsrecht der werdenden Mutter, zum Tragen. Jede Frau hat das Recht, zu entscheiden, was mit ihr geschehen oder nicht geschehen soll. Andererseits kann man den Arzt nicht dazu zwingen, eine Massnahme vorzunehmen, die er nicht für angezeigt hält. In diesem Fall sollte der Arzt die vaginale Entbindung noch einmal nachdrücklich empfehlen und erläutern. Wenn aber die Frau den prophylaktischen Kaiserschnitt wünscht, trotz eingehender klinischer Beurteilung des Arztes und trotz ausführlicher Beratung und anderen Empfehlungen, dann sollte der Arzt den Eingriff vornehmen oder die Frau an einen anderen Arzt verweisen [47].

Der Arzt ist kompetent für die Diagnose und Behandlung, die Patientin ist kompetent für ihr Wertesystem und verantwortlich für ihre Lebensgestaltung, so der Wiener Moraltheologe Virt. Erst im Dialog dieser beiden Kompetenzen hat ein integrativ, alle relevanten Gesichtspunkte berücksichtigendes, ethisches Urteil gefunden zu werden [48].

## Fazit

Wie auch immer eine Frau ihr Kind auf die Welt bringt, irgendwie muss es auf jeden Fall geschehen. Was man dafür bekommt, ist ausschlaggebend und das wiederum nimmt sämtlichen Pro- und Contra-Kaiserschnitt-Diskussionen letztlich den Wind aus den Segeln. Die beste Geburt ist die natürliche Geburt ohne Dammschnitt, ohne Zange oder Saugglocke und ohne Komplikationen. Die zweitbeste Geburt ist der geplante Kaiserschnitt mit 39 Wochen. Die zweitbeste Variante kann vom Arzt praktisch erreicht werden, während die beste Variante von einigen Launen der Natur abhängt, die wir nicht steuern können. Die Schwangere muss sich also zwischen der natürlichen Ungewissheit und der planbaren Gewissheit entscheiden [49]. Es ist unerlässlich, jedes Begehren nach der Wunschsectio individuell zu prüfen und daraus die gemeinsame Entscheidung zu treffen. Eine generelle Empfehlung für oder gegen den Kaiserschnitt auf Wunsch erscheint nicht sinnvoll.

Gemäss einem Editorial im British Journal of Obstetrics and Gynaecology soll ja der Paradigmenwechsel betreffend Wunschsectio ein Markstein der biologischen Evolution darstellen [50]. Ob dies wirklich so sein wird?

**Aus Gründen besserer Lesbarkeit wurde auf die weibliche Form verzichtet. Selbstverständlich hat sie für den gesamten Text ihre Gültigkeit!**

## Literatur

- 1 Cesarean Delivery on Demand. *Clinical Obstet Gynecol* 2004;47, Nr.2.
- 2 Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996;347:544.
- 3 Schmutzler RK, Herlyn-Elger M, Rhiem K, Bücker-Nott H, Roemer VM. Einstellung deutscher Gynäkologen und Gynäkologinnen zur Wunschsectio, Ergebnisse einer Befragung. *Frauenarzt* 2003;44:632–6.
- 4 Husslein P. Prognose für das Jahr 2023. *Spekulum* 2003;4:9–11.
- 5 Schneider KT, Schneider H, Husslein P. *Geburtshilfe*, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag, 2000.
- 6 Berliner Morgenpost. Kaiserschnitt aus astrologischer Not. 30.8.1998, <http://9monate.qualimed.de>.
- 7 Husslein P, Langer M. Elektive Sectio versus vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Gynäkologie* 2000;33:849–56.
- 8 Hepp H, Anthuber C. Wunschsectio – aktueller Stand des Irrtums? *Gynäkologie* 2000;33:847–8.
- 9 Rockenschaub A. Gebären ohne Aberglaube – Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst, Fakultät Wien, 2001.
- 10 Rux S. Geburt auf Bestellung 2002, <http://www.zwillinge.at>.
- 11 Liebermann E. Epidemiology of analgesia and cesarean delivery. *Clinical Obstet Gynecol* 2004;47:317–31.
- 12 Kubista E. In der Zukunft wird Vieles anders sein – aber auch anders, als wir es uns vorstellen, *Spekulum* 2003;4:12–3.
- 13 Kühn D. Droht der ausserklinischen Geburtshilfe das Aus? Pressemitteilung, Bund freiberuflicher Hebammen, Frankfurt, 2003, [www.bfh.de](http://www.bfh.de).
- 14 Krahnert U. Den Bauch im Griff, *Tagesanzeiger Hamburg* Nr.7314 vom 20.3.2004, Seite 28.
- 15 Feinmann J. How to limit caesareans on demand? *Lancet* 2002;359:774.
- 16 Macario A, El-Sayed Y, Druzin M. Cost-Effectiveness of a trial of labor after previous cesarean delivery depends on the A priori Chance of Success. *Clinical Obstet Gynecol* 2004;47:378–85.

- 17 Anthuber C, Dannecker C, Hepp H. Vaginale Geburt – morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden, Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analsphinkterfunktion. *Gynäkologe* 2000;33:857–63.
- 18 Stegmeier S, Bühling KJ, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Dyspareunie nach Geburt – unter Berücksichtigung verschiedener Geburtsmodi. *Z Geburtsh Neonatol*:2001, Poster PO 7.13.
- 19 Ritzert B, Vetter K. Kaiserschnitt auf Wunsch: wenig Bedarf bei Deutschen Frauen. *Informationsdienst Wissenschaft* 2002, [http://idw-online.de/public/zeige\\_pm.html?pmid=52665](http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=52665).
- 20 Huch A, Chaoui R, Huch R. *Sectio caesarea*. Bremen: Unimed-Verlag AG, 2001.
- 21 Wickwire J, Gross JB. From preop to postop: cesarean delivery from the anesthesiologist's point of view. *Clinical Obstet Gynecol*,2004;47:299–316.
- 22 Welsch H. Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. *Gynäkologe*, 1997;30:742–56.
- 23 Meili G, Huch R, Huch A, Zimmermann R. Mütterliche Mortalität in der Schweiz 1985–1994, *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 2003;43:158–65.
- 24 Wagner M. Choosing cesarean section. *Lancet* 2000;356:1677–80.
- 25 Hillemanns P, Anthuber C, Hepp H. *Gynäkologe* 2000;33:872–81.
- 26 Lydon-Rochelle M, et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery, *N Engl J Med*, 2001;345.
- 27 Schüssler B, Baessler K. Prophylaxe von Inkontinenz und Prolaps, ein Merkmal zukünftiger mütterlicher geburtshilflicher Qualität? *Geburtsh Frauenheilk*,1998;58:588–96.
- 28 Hall MH, et al. Mode of delivery and future fertility. *Br J Obstet Gynaecol*,1989;96:1297–303.
- 29 Holzgreve B. Kaiserschnitt Babys, 2003, <http://www.swissmom.ch>.
- 30 Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP. Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, Dt. Ausgabe: Gross M., Dudenhausen JW (Hrsg.). Ullstein Medical, Wiesbaden 1998;281 ff.
- 31 Rux S. Geburt auf Bestellung 2002, <http://www.zwillinge.at>.
- 32 Taylor A, et al. Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet* 2000;355:120.
- 33 Schücking B, Rott P, Siedentopf F, Kantenich H. Die Wunschsectio – medizinische und psychosomatische Problematik, *Zentralbl Gynaekol* 2001;123:51–3.
- 34 Doherty E, Eichenwald E. Cesarean Delivery: Emphasis on the neonate. *Clinical Obstet Gynecol* 2004;47:332–41.
- 35 McElrath T. Cesarean delivery at the limits of neonatal viability. *Clinical Obstet Gynecol* 2004;47:342–51.
- 36 Neises M, Ploeger A. Psychosomatische Aspekte der Wunschsectio. *Frauenarzt* 2003;44:638–9.
- 37 Stauber M. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, in: Käser O, Friedberg V, Ober KG, Zander J (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe*,1992,Bd.1,Teil 2, Springer.
- 38 DiMatteo MR, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health psychology*,1996;15:303–14.
- 39 Holzgreve B. Psychische Auswirkungen einer Kaiserschnitt-Entbindung 2004, <http://www.swissmom.ch>.
- 40 Anthuber C. Kaiserschnitt auf Wunsch? – Und was würde Hippokrates dazu sagen? Interview, München, 2000, [www.multimedica.de](http://www.multimedica.de).
- 41 Durik AM, Hyde JS, Clark R. Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: psychosocial outcomes for mothers and infants. *Dev Psychol* 2000;36:251–60.
- 42 Rott P, Siedentopf F, Schücking B, Kantenich H. Wunschsectio und vaginale Geburt – psychologische Aspekte. *Gynäkologe* 2000;33:887–90.
- 43 Laufs A. Zum Wandel des ärztlichen Berufsbildes im Recht. Fest-Vortrag anlässlich der Eröffnung des 83. Deutschen Röntgen-Kongresses am 08. Mai 2002, [www.drg.de](http://www.drg.de).
- 44 Berg D. Die geplante Geburt-Kaiserschnitt auf Wunsch, Referat Arbeitskreis Ärzte und Juristen, Würzburg, 2001.
- 45 Ulsenheimer K. Wunschsectio: Forensische Aspekte. *Gynäkologe* 2000;33:882–6.
- 46 Geeta S, Chervenak F, McCullough L, Minkoff H. Ethical considerations in elective cesarean delivery. *Clinical Obstet Gynecol*,2004;47:404–8.
- 47 Grünebaum A. Kaiserschnitt auf Wunsch: Statements der Fachleute, <http://9monate.qualimed.de>.
- 48 Virt G. Der Patient ist Person. Festvortrag im Rahmen der Schlussveranstaltung der 39. Jahrestagung der OeGC in Baden, 1998.
- 49 Villar P. Zitat aus: Kaiserschnitt auf Wunsch, Statements der Fachleute, <http://9monate.qualimed.de>.
- 50 Steer P. Cesarean section: an evolving procedure? *Br J Obstet and Gynaecol* 1999;106:749–52.

## Korrespondenz:

Dr. med.

David Haenggli-Bally, MBA

Facharzt FMH für Gynäkologie

und Geburtshilfe

Oberarzt

Frauenklinik

Kantonsspital

CH-4101 Bruderholz

[david.haenggli@ksbh.ch](mailto:david.haenggli@ksbh.ch)