

Entwurf des „Stolpener Programms zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Kaiserschnitt“^{*}

Sven Hildebrandt

Der Kaiserschnitt ist eine bedeutsame geburtshilfliche Intervention, die das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen vermag. Die Verbesserung der Sicherheit dieser Operation stellt einen der wichtigsten Beiträge zur Senkung der weltweiten Mütter- und Kindersterblichkeit dar. Zugleich jedoch führt diese Entwicklung dazu, dass der Kaiserschnitt zunehmend als harmlose und der Spontangeburt gleichwertige Art der Geburt verstanden wird. In der Folge kommt es zu einem ständigen Anstieg der Kaiserschnitttrate, ohne dass die problematischen Seiten der operativen Geburt ausreichend thematisiert werden.

Bei etwa 15% aller Geburten ist ein Kaiserschnitt als geburtshilfliche Intervention zwingend notwendig und stellt in der Gesamtschau den eindeutig richtigen und notwendigen Geburtsweg dar. Auch in diesen Fällen haben die betroffenen Frauen und Kinder Nachteile zu erleiden, mit denen wir verantwortungsvoll umgehen müssen. Aber diese Nachteile wiegen die möglichen Gefahren einer Spontangeburt zweifelsfrei auf und müssen deshalb hingenommen werden.

Dieser Anteil von etwa 15% ist eine Zielmarke, die in einigen Ländern vor allem in Nordeuropa erreicht wird, ohne dass es erkennbare Qualitätsdefizite in der geburtshilflichen Versorgung gibt. Im Gegenteil: Einige skandinavische Länder haben deutlich bessere Ergebnisse in wesentlichen geburtshilflichen Qualitätsparametern als Regionen mit hohen Kaiserschnitt-raten.

Das bedeutet: Wenn wir davon ausgehen, dass inzwischen weltweit etwa jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt geboren wird, dann genügt etwa die Hälfte dieser Operationen nicht den genannten Kriterien einer verantwortungsvollen Risiko-Nutzen-Abwägung. Wenn allein in Deutschland jährlich über 100 000 Kinder auf eine Weise geboren wer-

* Als Diskussionsgrundlage zusammengestellt aus den Eindrücken von der Internationalen Jahrestagung der ISPPM im Oktober 2013 in Stolpen.

den, die ihnen und ihren Müttern und jüngeren Geschwistern eindeutige gesundheitliche Nachteile bringt, müssen wir von einer Epidemie großen Ausmaßes sprechen (Schücking 2014).

Weder die Gesellschaft im Allgemeinen noch die Politik im Besonderen haben – zumindest in den Mitgliedsländern der ISPPM – das Ausmaß und die gesundheitspolitische Bedeutung dieses Problems erkannt. Es sind so gut wie keine Aktivitäten zu erkennen, dieser die Gesundheit unserer Bevölkerung bedrohenden Entwicklung entgegenzusteuern (Schücking 2014).

Dabei sind die Nachteile, die ein nicht eindeutig indizierter Kaiserschnitt den Betroffenen und der ganzen Gesellschaft einbringt, gravierend:

- Unmittelbare mütterliche Risiken der Operation (z. B. thromboembolische Ereignisse, Infektionen, Narkosezwischenfälle, Wundheilungsstörungen, Schmerzen, Risiko für die Folgeschwangerschaft)
- Verstoß gegen kindliche Grundrechte: Die Geburt ist einer der bedeutendsten Lebensmomente eines Menschen. Jeder Mensch hat ein Recht, diesen archaischen Übergang ungestört und heil zu erleben.
- Kindliche Gesundheitsrisiken: Die Hinweise verdichten sich, dass durch Kaiserschnitt geborene Kinder häufiger zu bestimmten Erkrankungen neigen (z. B. Autoimmunerkrankungen – Cardwell 2008).
- Emotionale Risiken für das Kind: Es gibt inzwischen eine umfassende Datenlage zu psychischen Störungen, die Kinder in Folge eines Kaiserschnitts erleiden (Schwarz 2014).
- Emotionale Nachteile für die Mutter: Für eine Frau stellt die Schwangerschaft und die Geburt der eigenen Kinder einen äußerst bedeutenden biographischen Lebensabschnitt dar. Störungen dieser Phase können sich nachhaltig auf die seelische Gesundheit der Frauen auswirken. Auch hier sprechen wir von einem Grundrecht der Frau, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett heil und ungestört erleben zu dürfen.
- Risiken für die jüngeren Geschwisterkinder: Folgeschwangerschaften sind mit erheblichen kindlichen Gesundheitsrisiken verbunden, die oft unzureichend oder gar nicht in die Risiko-Nutzen-Abwägung bei der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt einbezogen werden. Allein die Verdoppelung der Rate des intrauterinen Fruchttodes (Smith 2003) wird in der Öffentlichkeit kaum kommuniziert.
- Nachteile für die Sozialsysteme: Die Folgekosten der durch nicht ausreichend indizierte Kaiserschnitte ausgelösten Gesundheitsstörungen

sind in die Nachhaltigkeitsberechnungen der Geburtshilfe bisher kaum einbezogen worden.

- Nachteile für die demographische Entwicklung: Da die Fertilitätsrate nach Kaiserschnitt erniedrigt ist (Schücking 2014), wird es noch schwerer, das für eine gesunde Bevölkerungsentwicklung notwendige gesundheitspolitische Ziel von mindestens 1,7 Kindern pro Frau (Statistisches Bundesamt 2013) zu erreichen.

Es ist somit eine zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe, auf eine Gesundung der Kaiserschnitttrate auf den eindeutig medizinisch indizierten Anteil von etwa 15% aller Geburten hinzuwirken. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn alle Kräfte der Bevölkerung zusammenwirken: die Politik, die Gesundheits- und Sozialsysteme, die medizinische Forschung und Lehre, die Hebammen, die Ärzteschaft, die betroffenen Frauen und Kinder und letztlich jedes einzelne Mitglied der Gesellschaft. Dabei muss allen Beteiligten bewusst sein, dass es nicht nur um unseren Umgang mit dem Kaiserschnitt, sondern um unsere Haltung zu Schwangerschaft und Geburt und um die Verwirklichung von Grundrechten von Frauen und Kindern geht.

Für eine Senkung der Kaiserschnitttrate auf das medizinisch eindeutig indizierte Niveau von etwa 15% aller Geburten sind aus Sicht der Autoren folgende Initiativen notwendig:

1. Aufnahme einer gesunden Schwangerschaft und Geburt als Staatsziel in den Verfassungsrang

Es ist eine zentrale pädagogische und politische Aufgabe, die herausragende Bedeutung der Schwangerschaft und der Geburt für die gesamte gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung eines Menschen zu würdigen. Damit wird die Gesundheit eines Volkes ganz maßgeblich von den Bedingungen der Geburt mitbestimmt. Die Kultur der Geburt hat das gleiche Recht, zum Staatsziel erklärt zu werden, wie die Gleichberechtigung der Geschlechter oder der Umweltschutz. Damit würde die Gesellschaft die Geburt unter ihren besonderen Schutz stellen, was für die Geburtshilfe selbst gravierende Folgen hätte. Allein deren Finanzierung aus Steuermitteln könnte die erheblichen strukturellen Probleme, die ganz maßgeblich zur ständigen Erhöhung der Kaiserschnitttrate beitragen, überwinden helfen.

2. Gesundheitspolitische Sicherstellung der für eine nachhaltige Geburtshilfe notwendigen Strukturen

Ein großer Teil der nicht eindeutig indizierten Kaiserschnitte geht auf strukturelle Probleme in den geburtshilflichen Einrichtungen zurück. Beispielsweise müsste es eine Selbstverständlichkeit sein, dass jede Gebärende durch eine Hebamme betreut wird, die sich ganz und ausschließlich ihr zuwendet. Die traurige Realität in vielen Geburtseinrichtungen sieht jedoch ganz anders aus: Eine Hebamme muss oft zwei oder gar mehr Geburten gleichzeitig betreuen. Dieses Defizit, das sich maßgeblich auf die Sicherheit der Geburt und damit auf die Kaiserschnitttrate auswirkt, wird trotz weit verbreiteter Fehlermeldesysteme meist von allen Beteiligten hingegenommen.

Am Anfang aller Bemühungen um die Senkung der Kaiserschnitttrate steht zunächst politischer Wille. Es ist notwendig, dass die Politik ein klares Signal gibt – zum Beispiel, in dem sie eine Kaiserschnitttrate von 15% zum Gesundheitsziel erklärt und die zur Erreichung dieser Zielstellung notwendigen Mittel zusagt.

Eine wichtige Voraussetzung zur Überwindung der strukturellen Probleme in der Geburtshilfe wäre die Herauslösung geburtshilflicher Einrichtungen aus den betriebswirtschaftlichen Zwängen der Krankenhäuser. Natürlich gibt die räumliche und organisatorische Anbindung der Geburtseinrichtungen an die Kliniken allein aus medizinischen Gründen einen Sinn. Dennoch muss das Finanzierungskonzept grundsätzlich nach anderen Kriterien und zumindest teilweise durch andere Geldgeber (Steuermittel) gestaltet werden als beispielsweise bei einer chirurgischen Abteilung. Das hat damit zu tun, dass eine Geburt eben nicht durch die anfallenden Betriebskosten und mögliche Behandlungsfolgekosten kalkuliert werden kann – eben weil sich wie oben dargestellt die Qualität der Geburtshilfe ungleich stärker auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit über mehrere Generationen auswirkt.

Allein wenn das Vergütungssystem sich ausschließlich an der Nachhaltigkeit der geburtshilflichen Dienstleistungen orientieren würde, könnte dies die Kaiserschnitttrate sprunghaft senken. Die höchste Vergütung erhielte dann nämlich die nachhaltigste, weil gesündeste Form der Geburt: die interventionsfreie Spontangeburt.

Aber nicht nur die Vergütungsphilosophie, sondern auch die gesamte Organisationsstruktur muss neu durchdacht werden, um potentiell zum Kaiserschnitt führende kritische Schnittstellen oder Kompetenzprobleme abzuschaffen. Dazu ist es notwendig, die Zusammenarbeit von Hebammen

und Ärzten im Rahmen der Schwangerenbetreuung, im Geburtszeitraum und während der Geburt intelligent zu verknüpfen und einerseits zwischen den beiden geburtshilflichen Professionen und andererseits zwischen Niederlassung und Geburtseinrichtung besser zu strukturieren.

Dabei ist es unumgänglich, dass regelrecht verlaufende Geburten obligat von Hebammen betreut werden, die auch die fachliche Leitung der entsprechenden Einrichtungen ausüben müssen. Dies setzt einerseits eine entsprechende, den Ärzten gleichwertige Qualifikation der Hebammen (Hochschulabschluss) voraus, andererseits erfordert es ein durchdachtes Konzept der Einbeziehung der Ärzte im Falle einer Regelwidrigkeit.

Ein ebenso wichtiger Grundsatz besteht in einem Verbot, geburtshilfliche Dienstleistungen aus monetärer Interessenlage zu erbringen. Bereits im Rahmen der Schwangerenbetreuung muss jegliche Ausnutzung der Ängste schwangerer Frauen streng untersagt sein. Jede Diagnostik, jede Routine, jede Intervention darf ausschließlich bei einem wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens für Mutter und Kind möglich sein.

3. Überwindung der angstbesetzten, restriktiven geburtshilflichen Grundhaltung durch umfassende forensische Entlastung

Im Straßenverkehr ist es ein allgemein anerkanntes Prinzip, dass eine Null-Fehler-Kultur zwar erstrebenswert, aber keinesfalls vollständig umsetzbar ist. Selbst der umsichtigste Autofahrer kann nicht von sich behaupten, dass er trotz aller Vorsicht hundertprozentig fehlerfrei fährt. Keiner freut sich über einen Verkehrsunfall, jeder möchte ihn nach Möglichkeit vermeiden – aber dass dies letztlich nicht möglich ist, wird von der Allgemeinheit akzeptiert.

An die Geburtshilfe legt die Gesellschaft andere Maßstäbe an. Während die Teilnahme am Straßenverkehr weitgehend freiwillig erfolgt, werden Ärzte und Hebammen zum Beistand bei der Geburt verpflichtet. Auch wenn natürlich jeder und jede den Beruf freiwillig gewählt hat, ist die Sicherstellung geburtshilflicher Strukturen für die Gesellschaft zwingend notwendig. Und an diejenigen, die sich zur Erfüllung dieser Aufgabe bereitklären, wird von der Gesellschaft der Anspruch einer Null-Fehler-Kultur gestellt – obwohl auch hier klar sein muss, dass diese eine Fiktion ist.

Natürlich darf es in der Geburtshilfe weder Schlamperei noch Fahrlässigkeit geben – aber es ist völlig unrealistisch, bei Hebammen und Ärzten eine völlige Fehlerfreiheit vorauszusetzen. Dies muss die Gesellschaft

genauso anerkennen, wie es im Straßenverkehr anerkannt wurde. Die praktische Konsequenz dieser Überlegung ist eine Entlastung beider geburtshilflicher Professionen von den extremen forensischen Zwängen, die auch für einen großen Teil der Kaiserschnitte verantwortlich sind. Eine solche Entlastung stellt natürlich keinen Freibrief für das Begehen von Fehlern dar und muss in eine konsequente Qualitätssicherung und ein durchdachtes Fehlermanagement eingebettet sein. Aber die emotionale und finanzielle Regulierung fehlerbedingter Schäden sollte zumindest teilweise von der Gesellschaft selbst übernommen werden.

4. Neuorientierung der Schwangerenbetreuung

Ein großer Teil der Kaiserschnitte wäre vermeidbar, wenn die zum geburtshilflichen Notfall disponierenden Faktoren in der frühen Schwangerschaft bereits erkannt und behandelt worden wären. Leider ist das etablierte System der Schwangerenbetreuung nur unzureichend auf diese Aufgabe eingerichtet. So gibt es zwar hinsichtlich einer Plazentainsuffizienz, des Schwangerschaftsdiabetes oder der Präeklampsie mehr oder weniger gut funktionierende Screeningverfahren – echte Präventionsstrategien hingegen fehlen für jedes der genannten Bilder weitgehend.

Gleiches gilt für diagnostische Techniken, die mögliche Fehlspannungen und Blockaden der Muskeln und Gelenke im Beckenbereich aufdecken können. Sie sind nicht Inhalt des Vorsorgeprogramms und werden von vielen Ärzten gar nicht beherrscht. Dabei sind dies Faktoren, die den späteren Geburtsverlauf blockieren und zum Kaiserschnitt führen können.

Es ist notwendig, das gesamte Konzept der Schwangerenbetreuung hinsichtlich möglicher Ressourcen zur Prävention von Kaiserschnitten systematisch zu überprüfen. Eine Schlüsselrolle spielt hierbei die frühzeitige Einbeziehung von Hebammen, die von der frühesten Schwangerschaft an fest in das Betreuungssystem integriert werden müssen.

5. Geburtshilfliche Forschung: Überprüfung des Indikationskataloges zum Kaiserschnitt

Mehrere Leitlinien zu verschiedenen geburtshilflichen Situationen sind veraltet, unvollständig oder gar fehlerhaft. Ein häufiges Problem sind falsche Risikoabwägungen, die nur die unmittelbaren Kaiserschnittfolgen, nicht

aber die Auswirkungen auf spätere Schwangerschaften oder psychosoziale Spätwirkungen einbeziehen.

Ein gutes Beispiel solcher problematischen Empfehlungen ist die Verpflichtung, bei einem geschätzten Geburtsgewicht über 4200 g die Schwangere über die Möglichkeit des Kaiserschnittes aufzuklären, was leider vielerorts als Rat zur Operation fehlgedeutet wird. Die Autoren dieser Leitlinie müssen sich vorwerfen lassen, gegen elementare Grundsätze ärztlicher Risiko-Nutzen-Abwägung verstoßen zu haben. So ist es heute in der Fachwelt Konsens, dass eine zuverlässige Gewichtsbestimmung definitiv nicht möglich ist. Immer wieder werden vermeintlich makrosome Kinder mit einem realen Geburtsgewicht von lediglich 3700 g per Kaiserschnitt geboren. Hauptgrund für die Empfehlung ist die Vermeidung von kindlichen Verletzungen bei Problemen mit der Schulterrotation sehr großer Kinder. Dabei wird verkannt, dass solche Verletzungen nicht schicksalhaft eintreten, sondern ihrerseits auf fehlerhaftes geburtshilfliches Management zurückzuführen sind. Und letztlich wird der Kaiserschnitt als vermeintlich sicherer Alternativweg banalisiert, ohne sämtliche Risiken in die Überlegungen einzubeziehen.

Es ist notwendig, sämtliche Handlungsempfehlungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen bzw. diese zu aktualisieren. Dies gilt insbesondere für die Beckenendlagegeburt, die vielerorts nach wie vor per Kaiserschnitt erfolgt, obwohl es eine eindeutige Datenlage zu Gunsten der Spontangeburt im Vierfüßerstand gibt. Wenn man allein auf diese geburtshilfliche Standardsituation das moderne geburtshilfliche Wissen flächendeckend anwenden würde, ginge die Kaiserschnitttrate um 5% zurück. Das falsche geburtshilfliche Management bei einer Beckenendlagegeburt macht immerhin fast ein Drittel der nicht ausreichend indizierten Kaiserschnitte aus.

Ähnlich problematisch sind die Empfehlungen zur Geburtseinleitung am Ende der Schwangerschaft, nach denen das Schwangerschaftsalter gegen jede wissenschaftliche Logik als Surrogatmarker für die Plazentafunktion verwendet wird. Die Folge sind Geburtseinleitungen noch lange vor Ablauf der individuellen Schwangerschaftsdauer, was – abgesehen vom Verstoß gegen das kindliche Grundrecht, die intrauterine Lebenszeit ausschöpfen zu dürfen – die Risiken der Geburt eindeutig erhöht.

6. Medizinische Lehre: Kompetenzförderung bei Hebammen und Ärzten

Letztlich werden viele Kaiserschnitte aus Unsicherheit und fehlender geburtshilflicher Übung durchgeführt. Auch hierfür ist die Beckenendlagen-

geburt ein wichtiges Beispiel, denn in Zeiten, wo der Kaiserschnitt der „normale“ Geburtsweg bei Beckenendlage ist und wo Hebammen diese Situation gar nicht selbständig begleiten dürfen, kommt es zwingend zu Mängeln an Fertigkeiten und Kompetenz in beiden Berufsgruppen.

Hier ist die Lehre gefordert, die verbreiteten Defizite auszugleichen und eine junge Generation von Ärzten und Hebammen heranzubilden, die sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der technischen Durchführung größten Sachverstand vorweisen.

Aber auch im beruflichen Alltag der Geburtseinrichtungen gibt es wertvolle Möglichkeiten der Kompetenzförderung. Ein regelmäßiges Notfalltraining ist beispielsweise ein ganz elementarer Bestandteil professioneller Berufsausübung von Hebammen und Ärzten.

7. Paradigmenwechsel zu einer beziehungsgeleiteten Geburtskultur

Über allem jedoch steht eine grundsätzliche Neubestimmung unserer Sicht auf die menschliche Geburt. Sie ist im Unterschied zu anderen Tierarten eben nicht ein rein biologischer Vorgang. Aber sie darf auch nicht als medizinischer Akt angesehen werden, wie die so genannte „Geburtsmedizin“ unsere heutige Geburtskultur versteht. Wir müssen die menschliche Geburt vielmehr als komplexes biosoziales Geschehen begreifen lernen. Hier sind alle Professionen, die sich mit der seelischen und körperlichen Gesundheit des Menschen befassen, aufgerufen, ihre Ansichten, Intentionen und Visionen einzubringen. Beziehungsgeleitete Geburtskultur bedeutet ein ganzheitliches Verständnis von Schwangerschaft und Geburt im Kontext der Beziehungs- und Bindungswelt der schwangeren Frau.

Die Stabilität dieses psychosozialen Beziehungssystems ist nach diesem Paradigma der wichtigste Faktor der Geburt, der entscheidend deren Sicherheit und damit indirekt auch die Kaiserschnitttrate beeinflusst. Diese Stabilität ist auf allen Ebenen notwendig und muss von den beteiligten Professionen gefördert werden: Die Beziehung einer Frau zu sich selbst, zu ihrem Körper, zu ihrer Weiblichkeit und Sexualität ist eine bedeutsame Voraussetzung, gebären zu können – und Störungen auf dieser Ebene münden oft in den Wunsch, die Spontangeburt zu umgehen. Ebenso wirken sich die Beziehung zum Kind, zum Partner, zu den an der Geburt beteiligten Hebammen und Ärzten und letztlich die Beziehung der Gesellschaft zu Schwangerschaft und Geburt direkt und indirekt auf die Sicherheit des Gebärens aus.

Das Paradigma der beziehungsgeleiteten Geburtskultur beinhaltet ein grundsätzlich anderes Verständnis von der geburtshilflichen Intervention, weil es einen salutogenetischen Denkansatz verfolgt. Demnach bedarf jeder Eingriff in den naturgegebenen Verlauf der Geburt eine evidenzbasierte Indikation. Viele der heute verbreiteten geburtshilflichen Routinen erfüllen diese Anforderungen nicht. Insbesondere die intrapartale Verabreichung von Oxytozin muss nach dem heutigen Wissensstand äußerst kritisch hinterfragt werden (Plothe 2009).

8. Pädagogischer Auftrag an Ärzte und Hebammen

Eine neue Geburtskultur kann sich nur dann etablieren, wenn die ganze Gesellschaft das Grundverständnis von Schwangerschaft und Geburt teilt. Dazu ist es notwendig, alle Menschen zu erreichen und für diese Sicht auf Elternschaft zu gewinnen. Der Geburtsvorbereitungskurs ist für dieses Anliegen eindeutig ungeeignet, weil er viel zu spät einsetzt.

Das pädagogische Wirken von Ärzten und Hebammen beginnt strenggenommen bereits mit der Geburt der künftigen Eltern selbst. Ein heiles Geburtserleben fördert eine gesunde Haltung zu Elternschaft, Schwangerschaft und Geburt im späteren Leben. Hebammen müssen sich somit als erste Pädagogen des Kindes verstehen (Hildebrandt 2010).

Ein weiterer beglückender Ansatzpunkt bildet die pädagogische Arbeit mit Kleinkindern im Kindergarten- und im frühen Schulalter. In dieser Lebensphase scheint der Zugang zu diesen Themen besonders leicht zu sein. Aber auch im späteren Kindes- und Jugendalter gibt es zahlreiche Möglichkeiten, den Heranwachsenden ein gesundes Verständnis von Elternschaft und Geburt zu vermitteln.

Auch die Art und Weise, wie Eltern mit ihren Kindern über das Gebären sprechen und wie Kinder die Geburt ihrer Geschwister direkt oder indirekt miterleben, wird deren Haltung zu Schwangerschaft und Geburt beeinflussen.

Themen der Geburtskultur sollten fester Bestandteil der medialen Aufmerksamkeit und des politischen Wirkens in der Gesellschaft sein.

Spätestens mit Beginn der Schwangerschaft jedoch müssen diese Grundfragen der Haltung zu Schwangerschaft und Geburt in die Betreuung der Eltern integriert werden.

9. Vermeidung von Wunschkaiserschnitten

Der Kaiserschnitt auf Wunsch der Schwangeren ohne medizinische Begründung dürfte mit einem geschätzten Anteil von 2% aller Schwangerschaften (Kolip 2012) etwa 1/6 der nicht indizierten Kaiserschnitte ausmachen und ist somit ein ganz wesentlicher Faktor der „Epidemie Kaiserschnitt“. Die Tatsache, dass Frauen in der Operation den für sie einzig möglichen Geburtsweg sehen, hat viele denkbare Gründe, die aber fast immer in der Erfahrungswelt der betroffenen Frauen liegen.

Natürlich kann die Lösung des Problems nicht darin liegen, diese Frauen zur Spontangeburt zu zwingen.

Dennoch gibt es viele Möglichkeiten, auf eine Vermeidung dieser höchst problematischen Situation hinzuwirken. Dies muss jedoch vor oder spätestens zu Beginn der Schwangerschaft erfolgen. Somit stehen vor allem die niedergelassenen Frauenärzte und Hebammen in der Verantwortung, Frauen mit einer der Spontangeburt entgegenstehenden Erfahrungswelt zu identifizieren und angemessen zu betreuen.

Voraussetzung hierfür ist jedoch eine klare Grundhaltung der beiden Professionen zum Wunschkaiserschnitt. Es geht hierbei nicht darum, das Anliegen der Frauen gutzuheißen oder abzulehnen, sondern den Wunsch als Hilferuf der Frauen begreifen zu lernen. Denn der Kaiserschnitt ist keine Lösung, sondern ein die Gesundheit von Mutter und Kind gefährdender Rettungsversuch.

Der „seelische Verschluss der Geburtswege“ (Göbel 2007) ist ein Problem, das das ganze Leben und die emotionale und körperliche Gesundheit der Frau maßgeblich beeinflusst und stellt eine eindeutige Indikation zur psychotherapeutischen Intervention dar. Es geht hierbei nicht nur darum, der Frau die Spontangeburt zu ermöglichen und die mit dem Kaiserschnitt verbundenen Nachteile für Mutter und Kind zu vermeiden. Sondern es geht vor allem darum, die dem Wunsch nach dem Kaiserschnitt zu Grunde liegenden Erfahrungen aufzuarbeiten und auf ein Gesundes der Frau hinzuwirken.

10. Fehlerkultur

Eine kritische Reflexion der eigenen geburtshilflichen Praxis ist ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung der Geburtshilfe. Ein geeignetes Instrument hierfür ist ein auf wissenschaftlichen Methoden beruhendes Fehler-

management, das obligater Bestandteil der Qualitätssicherung aller Geburtseinrichtungen sein muss.

Voraussetzung für eine gute Fehlerkultur ist die Supervision jeder einzelnen Geburt durch das gesamte geburtshilfliche Team.

Letztlich müssen auch die betroffenen Frauen und Kinder mitwirken, Fehler und Fehlverhalten aufzuzeigen und zu bekämpfen. Wenn nicht ausreichend indizierte Kaiserschnitte zu ähnlich hohen Schadensersatzforderungen und Strafanzeigen führen würden wie andere Schadensfälle in der Geburtshilfe, würde sich das Verhalten vieler Ärzte und Hebammen mit Sicherheit radikal ändern.



Das vorstehende 10-Punkte-Programm stellt nach Überzeugung der Verfasser ein geeignetes Instrumentarium dar, die Kaiserschnitttrate in kurzer Zeit auf das medizinisch notwendige Maß von etwa 15% aller Geburten zu senken. Wir fordern die geburtshilflichen Professionen, die Politik, die Medien und die ganze Gesellschaft auf, sich mit unseren Thesen kritisch auseinanderzusetzen, Widersprüche und Fehlannahmen zu diskutieren und zutreffende Aspekte möglichst umfassend und zeitnah umzusetzen.

Literatur

- Cardwell CR et al. (2008) Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia* 51(5): 726–735
- Hildebrandt S, Göbel E (2007) Geburtshilfliche Notfälle, vermeiden – erkennen – behandeln. Hippokrates-Verlag, Stuttgart
- Hildebrandt S (2010) Hebammen und Geburtshelfer als erste Pädagogen des Kindes. In: Ditz S (Hg) Nichts ist unmöglich – Frauenheilkunde in Grenzbereichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- Kolip P (2012) Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hg) Gesundheitsmonitor 2012. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 182–204
- Plothe C (2009) Die perinatale Gabe von Oxytocin und deren mögliche Konsequenzen auf die Psyche des Menschen. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 21(3/4): 233–251
- Schücking B (2014) Die sozialpolitische und kulturelle Dimension der Kaiserschnittgeburt. In: Hildebrandt S et al. (Hg) Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit. Mattes, Heidelberg, S 167–171

- Schwarz C (2014) Wie könnte eine Welt mit 50% Kaiserschnitt-Kindern aussehen? Wie könnte eine Welt mit 90% interventionsfreier Geburt aussehen? In: Hildebrandt S et al. (Hg) Kaiserschnitt – Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit. Mattes, Heidelberg, S 54–60
- Smith GC, Pell JP, Dobbie R (2003) Caesarian section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 362: 1779ff
- Statistisches Bundesamt (2013) 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden