

**LITERATUR**

1. Mylonas I, Friese K: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95.
2. Fisk NM, Paterson Brown S: The safest method of birth is by caesarean. www.theguardian.com/society/2004/may/02/health.politics1 (last accessed on 2 February 2016).
3. Kirup B: The Report of the Morecambe Bay Investigation, 7–11 www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\_data/file/408480/47487\_MBL\_Accessible\_v0.1.pdf (last accessed on 2 February 2016).
4. Dietz HP: Geburtsbedingtes Beckenboden-Trauma. Geburtsh Frauenheilk 2010; 70: 969–78.

**Prof. Dr. Dr. med. Hans Peter Dietz**  
 Sydney Medical School Nepean, Nepean Hospital  
 hpdietz@bigpond.com

**Interessenkonflikt**

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Ein Akt der Unvorhersehbarkeit**

Den Autoren ist zu danken, dass sie den dramatischen Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe benennen und analysieren. Erfreulich auch ihr Fazit: **Der Kaiserschnitt ist ein Notausstieg, keine gleichwertige Gebäralternative (1).** Der Artikel unterstreicht eine weitere Perspektive: **Es ist uns offenbar in ein paar Jahren gelungen, Sinn und Unsinn des Kaiserschnittes zu reflektieren.** Andererseits haben wir von der Geburt noch gar nichts verstanden. Hier wird es höchste Zeit für die Entwicklung einer Wissenschaftstheorie, **denn die Geschichte der Geburtshilfe lehrt uns Demut.** Viele Entwicklungen (Zangengeburt, routinemäßiger Dammschnitt, Cerclage etc.) wurden im Laufe der Geschichte deutlich relativiert oder sogar abgeschafft.

Die wesentlichen Gründe für die Zunahme des Kaiserschnitts sind aus meiner Sicht veränderte gesellschaftliche Sichtweisen und damit zusammenhängend **eine deutliche Zunahme an Angst, sowohl bei den Geburtshelfern als auch den werdenden Familien.** In Zeiten, in denen Kontrolle und Perfektion regieren, hat ein Akt der Unvorhersehbarkeit und Hingabe wie eine Geburt, kaum eine Chance zu überleben. Hier braucht es **„Besinnung“ und „Entängstigung“ von Anfang an** und die Formulierung eines entsprechenden Gesundheitszieles sowie neuer Leitlinien. In Deutschland werden etwa **50 % der Kaiserschnitte geplant (2).** Dies erfolgt aus meiner Sicht **allein aus organisatorischen und ökonomischen Gründen;** eine medizinische Rationale gibt es dafür nicht. **Geburt ohne Vorwarnung ist eigentlich nicht vorgesehen. Daher stehen ich und mein Team gerne nachts zum selbstbestimmten Geburtstag auf. Ich bin mir sicher, dass das sinnvoll ist.**

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0193a

**LITERATUR**

1. Mylonas I, Friese K: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95.
2. Kolip P, Nolting HD, Zich K: Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung (erstellt im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung). https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BST/Publikationen/GrauePublikationen/GP\_Faktencheck\_Gesundheit\_Kaiserschnitt.pdf (last accessed on 2 February 2016).

**Dr. med. Wolf Lütje**

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
 Evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH  
 w.luetje@amalie.de

**Interessenkonflikt**

Dr. Lütje erhielt Honorare für die Vorbereitung von Fortbildungsveranstaltung sowie Erstattung von Kongressgebühren und Reise- und Übernachtungskosten von den Firmen Nestle, Ethicon und Pfm medical AG.

**Schlusswort**

Wir freuen uns sehr, dass unser Beitrag (1) zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Thematik geführt hat. Der Artikel versucht, wie auch Herr Kollege Lütje anmerkt, den Paradigmenwechsel in der Akzeptanz einer Kaiserschnitt-Operation zu analysieren. Dabei können leider, aufgrund des vorgegebenen Umfangs, nicht alle Aspekte umfangreich und detailliert dargestellt werden.

Der protektive Effekt eines Kaiserschnitts in Bezug auf eine Harninkontinenz beziehungsweise Genitalprolaps wird von den Kollegen Lenzen-Schulte und Dietz angesprochen. Seit etlichen Jahren wird diese Thematik äußerst kontrovers diskutiert. Frau Lenzen-Schulte erwähnt zwei Studien, die erst nach dem Verfassen dieser Arbeit erschienen sind. Mittlerweile sind noch einige, allerdings auch widersprüchliche, Untersuchungen erschienen, die den protektiven Effekt eines Kaiserschnittes für die Entstehung einer Harninkontinenz evaluieren (2–4). Ob diese Studien zu einem Umdenken in der prophylaktischen Bedeutung einer Sectio führen, die sich auch in entsprechenden Empfehlungen abbilden, bleibt allerdings abzuwarten. Ein Wunschkaiserschnitt wird bis dahin für diese Indikation nicht empfohlen (5), wobei die individuelle Therapieentscheidung unberührt bleibt.

Wie bereits Herr Uphoff anmerkt, liegt bei der Abwägung der drohenden Risiken letztendlich die Entscheidung bei der werdenden Mutter. Demzufolge erscheinen die Befürchtungen von Herrn Dietz, wo eine Missachtung der berechtigten Wünsche von Frauen auf einen Kaiserschnitt durch den Geburtshelfer beziehungsweise Hebamme zu einer Bevormundung der Patientin führt, aufgrund der deutschen Rechtsprechung als größtenteils unbegründet.

In Deutschland, im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum (wo ethische beziehungsweise wirtschaftliche Fragestellungen sowie das Konzept der Autonomie und des Kontrollverlustes eine wesentlich wichtigere Bedeutung einnimmt), wird die Gültigkeit der jeweiligen medizinischen Indikationen und deren Unterteilung in absolute und relative Indikationen thematisiert. Die politischen, sozioökonomischen und kulturellen Hintergründe der Beeinflussung und Entstehung von Leitlinien sowie die tägliche Praxis im englischsprachigen Raum, wie von Herrn Kollegen Dietz angemerkt, sind für den in Deutschland tätigen Geburtshelfer allerdings nur schwer zu bewerten. Beispiel: bei einer Patientin mit dem Wunsch auf einen primären Kaiserschnitt bei Zustand nach drei Fehlgeburten, einschließlich einer lebensbedrohlichen Komplikation bei vorzeitiger Plazentalösung, wurde ein Gremium mit einem Geburtshelfer, einem Neonatologen, einem Ethiker und einem Koordinator des Perinatalzentrums gebildet, um mit

der Patientin ihren ausdrücklichen Wunsch eines Kaiserschnitts zu erläutern (6). Dieses Vorgehen ist in der heutigen Zeit in Deutschland, mit den eingeschränkten personellen und finanziellen Ressourcen, nicht nachvollziehbar.

Wie Herr Uphoff anmerkt, ist laut Bundesgerichtshof der Kaiserschnitt juristisch gegenüber der vaginalen Geburt als Behandlungsalternative zu werten, „wenn dem Kind bei Durchführung oder Fortsetzung der vaginalen Entbindung ernstzunehmende Gefahren drohen und eine Sectio auch unter Berücksichtigung der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt“. Unumstritten ist, dass bei einer mütterlichen beziehungsweise kindlichen Notfallsituation (zum Beispiel Sauerstoffmangel unter der Geburt) eine zeitnahe Beendigung der Geburt, auch durch einen Kaiserschnitt, medizinisch notwendig ist, um Schaden abzuwenden. Die „eindeutigen Vorteile“ einer Sectio in solchen Situationen beziehen sich logischerweise auf die Vermeidung dieser Schäden. Bei einem elektiven beziehungsweise geplanten Kaiserschnitt (zum Beispiel Wunsch der Mutter zur Vermeidung von Beckenbodenschäden oder mütterliche Angstzuständen) geht es primär darum sich die Risiken beziehungsweise die Vor- oder Nachteile zu gegenwärtigen und mit der Patientin zu besprechen. Letztendlich liegt juristisch gesehen das Entscheidungsrecht bei der werdenden Mutter.

Die unbestrittene Zunahme der Sectio caesarea ist sehr wahrscheinlich bedingt durch die vermehrte Tendenz zur Risikovermeidung beziehungsweise -minimierung der werdenden Eltern, der risikoadaptierten Geburtshilfe als Grund von zunehmenden rechtlichen und haftungsrechtlichen Entwicklungen, der veränderten Situation in der Ausbildung der Geburtshelfer sowie sozioökonomischen und kulturellen Veränderungen. Einige Anmerkungen von

Frau Striebich und Herrn Kollegen Lütje, wie zum Beispiel die Erstellung von Leitlinien oder die Etablierung von regelmäßigen und gemeinsamen Trainings- und Fortbildungsveranstaltungen von Hebammen und Ärzten, sind mittlerweile in zahlreichen Kliniken wesentlicher Bestandteil der geburtshilflichen Ausbildung und dienen der besseren medizinischen Betreuung unserer schwangeren Patientinnen.

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0193b

**LITERATUR**

1. Mylonas I, Friese K: The Indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95.
2. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ: Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. BJOG 2015. doi: 10.1111/1471-0528.13522. [Epub ahead of print]
3. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, et al.: Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. BJOG 2015. doi: 10.1111/1471-0528.13395. [Epub ahead of print]
4. Li H, Wu RF, Qi F, et al.: Postpartum pelvic floor function performance after two different modes of delivery. Genet Mol Res 2015;14: 2994–3001.
5. Wesnes SL, Lose G: Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. Int Urogynecol J 2013; 24: 889–99.
6. van McCrary S, Shah SI, Combs A, Quirk JG: Elective delivery before 39 weeks' gestation: reconciling maternal, fetal, and family interests in challenging circumstances. J Clin Ethics 2012; 23: 241–51.

**Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ioannis Mylonas**

**Prof. Dr. med. Klaus Friese**

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Ioannis.Mylonas@med.uni-muenchen.de

**Interessenkonflikt**

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Hinweise für Autoren von Diskussionsbeiträgen im Deutschen Ärzteblatt**

- Reichen Sie uns bitte Ihren Diskussionsbeitrag bis spätestens vier Wochen nach Erscheinen des Primärartikels ein.
- Argumentieren Sie wissenschaftlich, sachlich und konstruktiv. Briefe mit persönlichen Angriffen können wir nicht abdrucken.
- Schreiben Sie klar und deutlich, fokussieren Sie sich inhaltlich. Vermeiden Sie es, Nebenaspekte zu berühren.
- Sichern Sie die wichtigsten Behauptungen durch Referenzen ab. Bitte geben Sie aber – abgesehen von dem Artikel, auf den Sie sich beziehen – insgesamt nicht mehr als drei Referenzen an.
- Beschränken Sie Ihren Diskussionsbeitrag auf eine Textlänge von 250 Wörtern (ohne Referenzen und Autorenadresse).
- Verzichten Sie auf Tabellen, Grafiken und Abbildungen. Aus Platzgründen können wir solche grafischen Elemente in Diskussionsbeiträgen nicht abdrucken.
- Füllen Sie eine Erklärung zu einem möglichen Interessenkonflikt aus.
- Bearbeiten Sie die deutschen und englischen Satzzeichen nach Erhalt ohne Verzögerung.
- Geben Sie eine Adresse an. Anonyme Diskussionsbeiträge können wir nicht publizieren.
- Senden Sie Ihren Diskussionsbeitrag zu Artikeln der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion an: medwiss@aerzteblatt.de oder Deutsches Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.