

Erste S3-Leitlinie zur Sectio bietet Schwangeren evidenzbasiertes Wissen und ermöglicht gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Sectio (Kaiserschnitt, Schnittentbindung, abdominelle Entbindung, Sectio caesarea) ist die weltweit häufigste Operation bei Frauen - und die Rate nimmt global stetig zu.¹ In Deutschland liegt sie laut dem Statistischen Bundesamt bei etwa 30 Prozent. Bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) wurde nun die erste S3-Leitlinie zu diesem Thema veröffentlicht, die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) entstanden ist.

Ziel dieser wissenschaftlichen Handlungsempfehlung ist die Zusammenfassung des aktuellen Wissens über die Sectio. Schwerpunkte der Leitlinie sind Definition und Klassifikation, Aufklärung, Indikation, Zeitpunkt und Durchführung sowie erneute Schwangerschaft und Geburt nach einer Sectio, um in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess das ideale Vorgehen im individuellen Fall festlegen zu können.

„Die evidenzbasierte Leitlinie zum Kaiserschnitt gibt allen Beteiligten die Möglichkeit, auf der Basis des aktuellen Wissens die beste Entscheidung zu fällen. Das betrifft auch die Beratung, den sichersten Zeitpunkt zur Geburt, die optimale Durchführung, den frühestmöglichen direkten Hautkontakt von Mutter und Kind. Und die Leitlinie setzt sich mit den häufigsten Gründen für einen geplanten Kaiserschnitt und möglichen Alternativen auseinander“, so Prof. Dr. med. Dr. h.c. Frank Louwen, Koordinator der Leitlinie.

Kurz- und Langzeitmorbidityäten von Mutter und Kind noch nicht vollständig erforscht

War die Sectio anfangs noch mit einer hohen Mortalität und Morbidität assoziiert, wird sie heutzutage als ein sicheres Verfahren angesehen, wenngleich über Kurz- und Langzeitmorbidityäten von Mutter und Kind bislang nur wenig bekannt ist.² Dies führt bisweilen zu Unsicherheiten bezüglich des optimalen Geburtsmodus und der Einschätzung von Risiken, die mit einer vaginalen Geburt oder einer Sectio verbunden sind. Alle Professionen, die in die Betreuung von Schwangeren involviert sind, kennen diese Unklarheiten und profitieren von einem einheitlichen und (soweit möglich) evidenzbasierten Vorgehen, um Schwangere und ihre Angehörigen sowohl individuell als auch auf Basis eines breiten Expertenwissens beraten und betreuen zu können.

Die Vorgabe einer spezifischen „Sectiorate“ ist nicht Bestandteil dieser Leitlinie. Dies nicht zuletzt deshalb, weil derzeit aufgrund fehlender Daten zur mütterlichen und kindlichen Morbidität keine zuverlässige Aussage über eine optimale Rate getroffen werden kann. Die von der WHO im Jahr 1985 formulierte Grenze von 10 bis 15 Prozent wurde in einem WHO-Statement im Jahr 2015 aus eben diesem Grund relativiert.² Als gesichert darf aber die Erkenntnis gelten, dass eine Sectiorate über 15 Prozent keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut medizinisch begründet sein sollte.^{3 4}

Definition:

Es gibt zwei Sectio-Typen: Unterschieden wird zwischen primärer und sekundärer Sectio, je nach Zeitpunkt im Verhältnis zum bereits erfolgten oder noch nicht erfolgten Geburtsbeginn. Eine primäre Sectio liegt dann vor, wenn die Geburt noch nicht begonnen hat. Das heißt, es gab weder einen (vorzeitigen) Blasensprung, noch eine muttermundwirksame Wehentätigkeit.

Bei einer sekundären Sectio hat die Geburt bereits begonnen – es sind entweder muttermundwirksame Wehen oder ein (vorzeitiger) Blasensprung vorhanden. Die gewählten Unterscheidungen sind für den deutschsprachigen Raum charakteristisch. Im internationalen Kontext ist eine derartige Unterscheidung nicht zu finden.

Diese Leitlinie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) im Rahmen des Leitlinienprogramms gefördert (Förderkennzeichen ZMV I 1-2515FSB509) und wurde in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) erstellt. Insgesamt haben AutorInnen aus 23 Fachgesellschaften, Verbänden und Schwangerenvertretungen ihr Wissen in der Leitlinie gebündelt.

Medizinische Leitlinien haben das Ziel, den aktuellen Stand des Wissens über ein Fachgebiet zusammenzustellen und daraus möglichst klare Handlungsempfehlungen für die Beratung und Behandlung von PatientInnen abzuleiten. S3-Leitlinien müssen höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, insbesondere ist eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege („Evidenz“) gefordert. Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für ÄrztInnen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Leitlinien sind für ÄrztInnen rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die Kurz- und Langversion der Leitlinie finden Sie auf der Seite der AWMF:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-084.html>

Über die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.:

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiter zu entwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.

Quellen:

1. Macfarlane A, Blondel B, Mohangoo A, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2016 Mar;123(4):559–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25753683>
2. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. Reprod Health Matters [Internet]. 2015 Jan 27;23(45):149–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278843>
3. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically

necessary cesarean delivery. Birth [Internet]. 2014 Sep;41(3):237-44. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12104>

4. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG [Internet]. 2016 Apr;123(5):745-53. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13592>

Weitere Informationen:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-084.html>