

**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 89 (1991)

**Heft:** 2

**Artikel:** Indikationen zur Sectio

**Autor:** Stoll, W.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950137>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 13.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Indikationen zur Sectio

*Die folgende Publikation erschien in der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift, 1990/120: Nr. 8; Seite 255–259, geschrieben von Herrn Prof. Dr. W. Stoll. Verlag Schwabe & Co. AG, Basel*

*Herr Professor Stoll stellt eine äusserst genaue Indikationenvielfalt vor und zeigt die Nuancen in der Diagnosestellung, wobei man spürt, dass die Verantwortlichen sich in guten Treuen für oder gegen eine Sectio entscheiden können...*

Eine der eindrücklichsten geburtsmedizinischen Entwicklungen der letzten zwei Dezennien ist die markante Zunahme der Schnittentbindungen. Bis in die sechziger Jahre hinein lag die Häufigkeit ziemlich konstant bei 4%, im Vordergrund der Indikationen standen das enge Becken und die Placenta praevia (1). Eine Sammelstatistik des National Center for Health Statistics, US Department of Health and Human Services, über die Sectiofrequenzen in einer Reihe industriell entwickelter Länder zeigt durchwegs kontinuierliche, allerdings unterschiedlich steile Frequenzanstiege (2). 1983 standen die USA mit 20,3% Schnittentbindungen an der Spitze. Deutlich über der 10%-Grenze figurierten Bayern, Dänemark, Holland (nur Klinikentbindungen), Portugal. Um 10% lagen England und Wales, Norwegen und Ungarn. Sectiofrequenzen zwischen 6 und 8% wiesen die CSSR, Belgien und Österreich auf. Zwei Jahre später, 1985, lag die Sectorate in den USA bei 22,7% (3), und nochmals zwei Jahre später, 1987, bei 24,4% (4). Von 4 Kindern wird in den USA also eines per sectionem entbunden.

Die Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken, die 60 geburtshilfliche Abteilungen mit Chefarztsystem umfasst, kommt in den Jahren 1983–1987 auf eine durchschnittliche Sectorate von rund 11% mit Frequenzausschlägen pro Jahr von  $\pm 0,5\%$  bei insgesamt 15'000 Kaiserschnitten (5, 6). 1988 lag die Frequenz etwas höher, sie betrug 13,04% (6).

Die weltweit dramatische Zunahme der Schnittentbindungen seit 1970 resultierte aus zwei Grundbedingungen (1): Zum einen war der Kaiserschnitt unter optimalen Voraussetzungen nahezu gefahrlos geworden. 1945–1954 bewegte sich in Deutschland die gereinigte mütterliche Mortalität bei 0,7–0,8%. Für den Zeitraum 1973–1979 berechnete man in Schwe-

den eine korrigierte, nur durch Sectio bedingte mütterliche Sterblichkeit von 13/100'000 (7). Zum andern konnte sich jetzt die Geburtshilfe auf die Rettung des Risikokindes durch den Kaiserschnitt, d.h. auf seine rechtzeitige oder sogar seine prophylaktische Anwendung konzentrieren, um damit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der perinatalen kindlichen Mortalität zu leisten.

Aus heutiger Sicht lässt sich das Spektrum der Sectioindikationen in absolute und relative Anzeigen unterteilen. Als *absolute Indikationen* gelten ein offensichtliches zephalo-pelvines Missverhältnis, Lageanomalien von Kind und Plazenta, Geburtshindernisse durch Tumoren im kleinen Becken und akute, konservativ nicht behebbare Sauerstoffmangelzustände des Kindes während der Eröffnungsperiode. Diese absoluten Indikationen haben im Verlauf der vergangenen Jahre und Jahrzehnte sicher nicht zugenommen, sie haben eher an Bedeutung verloren (8). Mit dem Verschwinden der Rachitis sind Beckenanomalien selten geworden. Intrapelvine Tumoren werden häufig während der Gravidität oder bereits schon vor einer geplanten Schwangerschaft diagnostiziert und exstirpiert. Anders verhält es sich mit den akuten Sauerstoffmangelzuständen des Kindes. Die diesbezügliche Diagnostik ist ausgebaut und im klinischen Routinebetrieb allgemein gut integriert. Die Früherfassung von Gefahrezuständen ist möglich geworden. Damit hat sich ein grösserer Ermessens- und Interpretationsspielraum eröffnet, der nun aber auch zur Übergangszone zu den relativen Indikationen geworden ist.

Bei den *relativen Indikationen*, die zu den ansteigenden Sectoraten geführt haben, stehen die Dystokie, der Status nach Sectio, kindliche Gefahrezustände und die Beckenendlage im Vordergrund (9–11). Die Dystokie ist ein schlecht umschriebener Begriff. Er

beinhaltet im wesentlichen Verzögerungen des Geburtsverlaufes, die ihre Ursachen in Anomalien der Wehentätigkeit, in Störungen der Geburtsmechanik oder auch in einem relativen Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und Geburtskanal haben können. Dabei dürfte den verschiedensten Anomalien der Wehentätigkeit, seien sie spontan oder iatrogen aufgetreten, die grösste Bedeutung zukommen. Eine Reihe von Berichten weist die Dystokie als die häufigste Indikation zur Sectio aus, die höchst genannten Anteile liegen bei 30–40% (12–15).

Die zunehmende Zahl primärer Schnittentbindungen führt zwangsläufig zu Belastungen nachfolgender Schwangerschaften und Geburten. Die Befürchtungen um die Narbenruptur, die im Schlagwort «once a cesarean, always a cesarean» gipfelten, erwiesen sich indes als weitgehend unbegründet. Narbenrupturen nach isthmischen Querschnitten oder nach zerviko-isthmischen Längsinzisionen kommen selten vor, man rechnet mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,44–2,2% (16, 17). Trotzdem sind sekundäre Resectiones relativ häufig, da erfahrungsgemäss bei protrahiertem Geburtsverlauf die Geduld der Beteiligten rasch erschöpft ist. Häufiger (bis 6%) sind Narbenrupturen nach korporealen Längsschnitten (18).

Ab Mitte der siebziger Jahre zeichnete sich mehr und mehr die Tendenz zu einer präventiven Indikationsstellung vor allem bei unreifen Kindern mit zusätzlichen Risiken ab. Die Schnittentbindung erwies sich bei sehr unreifen Frühgeborenen als protektiv in bezug auf Azido-segefährdung und Hirnblutung (19, 20). Zur möglichst atraumatischen Entwicklung der Kinder bis zu einem geschätzten Gewicht von 1'500 g wird mit Vorteil ein uteriner Längsschnitt angelegt (21).

Die Erkenntnis, dass die kindlichen Resultate bei der Beckenendlage mit Sectio am besten sind, führte an vielen Zentren dazu, erheblich mehr Beckenendlage-Kinder per sectionem zu entbinden. Die Diskussion über den Geburtsmodus bei der Beckenendlage ist indes noch keineswegs zum Abschluss gekommen. Ganz allgemein kam man von der expektativen Einstellung zur präventiven Orientierung, die als wesentlicher Faktor für das Zustandekommen der Eskalation der Sectiofrequenzen zu betrachten ist.

Für die Diskussion der Indikationsstellungen greifen wir auf eine Zusammenstellung der Jahre 1983–1985 zurück und erweitern sie mit den Zahlen des Jahres 1988. Die Relationen haben sich nicht wesentlich verändert.

**Geburtenzahlen,** Gesamtzahl der Sectiones und Verteilung der Indikationen in den Jahren 1983–1985 und 1988 an der Frauenklinik des Kantonsspitals Aarau.

Sectiones	1983	1984	1985	1988
Geburtenzahlen	1522	1631	1517	1553
Gesamtzahl Sectiones	105 (6,9%)	108 (6,7%)	110 (7,2%)	145 (9,3%)
Erstsectiones:				
– kindliche Gefahrenzustände	31%	27%	25%	29%
– Beckenendlagen	21%	35%	27%	26%
– Dystokie	10%	3%	5%	11%
– Lageanomalien von Kind und Plazenta	10%	5%	9%	5%
– andere Indikationen	5%	7%	11%	9%
Resectiones	23%	23%	23%	20%
Total	100%	100%	100%	100%

### Diskussion

Weltweit ist die Diskussion in Gang gekommen, wie man die Frequenzen der Schnittentbindungen stabilisieren und wenn möglich senken könnte. Bemerkenswert ist die Feststellung, dass rückläufig gemeldete Sectiofrequenzen in der Regel mit einer restriktiven Handha-

bung der Indikation «Dystokie» einhergehen (11, 23). Zweifelsohne kommt bei dieser Indikationsstellung das unmittelbare Engagement von Hebamme und Geburtshelfer unter dem Titel «Geduld» am meisten zum Tragen. Das Spektrum der Einwirkungsmöglichkeiten geht weit, nämlich von der tech-

nisch perfekten Periduralanästhesie bis hin zum scheinbar Banalen, wie zeitgemässe Geburtsvorbereitung, Entspannungsmassage, Auflegen warmer Kompressen auf die Kreuzregion, Positionswechsel mit Bevorzugung der Vertikalen, eventuell unter Benützung eines Gebärhockers. Die Bereitschaft, die

Vertrauen Sie einem guten Namen.



## Homöopathische Apotheke für Geburtshilfe



Mit 32 Einzelmittel für den Gebrauch während der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und für das Neugeborene. Das Indikationsverzeichnis und eine Beschreibung der einzelnen Mittel liegen bei.

Wichtig: Wir halten stets über 2'000 homöopathische Einzelmittel in verschiedenen Potenzen für Sie bereit.

**OMIDA - Ihr Partner für Homöopathie**

**OMIDA** GmbH  
Oberfeldstrasse 52, CH-3067 Boll

- ☐ Gerne bestelle ich: \_\_\_\_\_ Apotheke(n) zum Preis von Fr. 124.20.  
☐ Bitte senden Sie mir regelmässig Unterlagen betreffend Homöopathie.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_



klinische Geburtshilfe in dieser Richtung zu erweitern, ist im übrigen eine wirkungsvolle Massnahme gegen gefährliche Verlockungen zur Hausgeburt. Die Techniken zur sicheren Überwachung des Kindes sind heute so perfekt, dass beim normalen Geburtsverlauf kaum mehr ein Spannungsfeld zwischen Sicherheit und der sogenannten «Natürlichkeit» aufkommt. Wahrzunehmen sind auch Zeichen der Zeit. Es gibt Interessenskreise von Eltern nicht schicksalhaft geschädigter Kinder. Die Exponenten dieser Gruppierungen, obwohl fachlich nicht kompetent, artikulieren in ihrer Öffentlichkeitsarbeit Forderungen und Wünsche, die nicht überhört werden können. Man verurteilt beispielsweise forcierte Geburtseinleitungen, die medikamentöse Beschleunigung von Geburtsabläufen, den überproportionalen Einsatz der Periduralanästhesie (24). Das sind Umstände, die nicht selten zum klinischen Bild der Dystokie mit der Konsequenz der operativen Geburtsbeendigung führen.

Spontangeburt nach Schnittentbindungen dürfen dann in Aussicht genommen werden, wenn die Indikation zur Schnittentbindung nicht durch ein absolutes zephalo-pelvines Missverhältnis gegeben war. Auch der mehrfach vorausgegangene Kaiserschnitt zwingt bei einer weiteren Schwangerschaft nicht unbedingt wieder zur Sectio (25, 26). Die Gabe von Wehenmitteln sollte sehr zurückhaltend erfolgen, und die Abkürzung der Pressperiode durch eine wehensynchron unterstützende vaginale Intervention hat grosszügig zu erfolgen. Die Einführung der Kardiotokographie mag wegen inkompetenter Beurteilung manchenorts zu einem Anstieg der Sectiofrequenz geführt haben. Gewiss lässt die Kardiotokographie in Berücksichtigung der geburtshilflichen Gesamtsituation verlässliche prospektive Schlüsse zu und damit auch gut fundierte präventive Indikationsstellungen zur Schnittentbindung. Die kompetente Beurteilung der kardiotokographischen Erscheinungsbilder unter konsequenter Anwendung von Scores und die Abklärung nicht schlüssig beurteilbarer Befunde durch eine Fetalblutanalyse stellen aber auch die sichere Basis dar, um eine Geburt vaginal zu Ende zu führen. Leider heisst heute defensive Geburtshilfe nicht selten Flucht in die Sectio! Die Wahl des Entbindungsverfahrens bei Frühgeburten, ob abdominal oder vagi-

nal, gehört zu den wichtigsten und zugleich schwierigsten Aufgaben der modernen Geburtshilfe. Dabei ist es sinnvoll, die hohen Risiken von den niedrigeren zu unterscheiden. Als Beispiele hoher Risiken sind zu nennen: das Amnioninfektsyndrom, vaginale Blutungen, mütterliche Hypertonien und andere Begleiterkrankungen. Die frühgeborenen und oft auch mangelversorgten Kinder dieser Gruppe, besonders der Gewichtsklasse 500–1500 g, profitieren in hohem Masse von der Schnittentbindung, während bei unreifen Kindern in Schädellage mit kleinen Risiken wie Zervixinkompetenz, vorzeitigen Wehen, vorzeitigem Blasensprung ohne Infektzeichen die vaginale Geburt in vielen Fällen verantwortet werden darf (20, 27). Herauszuheben ist an dieser Stelle der Tatbestand, dass die verbesserte Prognose der Frühgeborenen nicht durch eine kritiklose Steigerung der Sectiofrequenz, sondern durch Konzepte der Regionalisierung mit konsequenter Zentralisierung von Hochrisikoschwangerschaften (Verlegung in utero) erreicht wurde. Mit dem Transport frühgeborener und mangelversorgter Kinder setzt man ganz eindeutig auf das falsche Pferd. Es ist auch wohl bekannt, dass entsprechende Schwangerschafts- und Geburtsentwicklungen in zwei Dritteln bis drei Vierteln der Fälle lange vorauszusehen sind (22).

Die jahrelange Kontroverse um die Geburt der Beckenendlage-Kinder führte im Schosse der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zur Einsetzung der Standardkommission «Beckenendlage», deren umfassender und ausge-

#### **Empfehlungen Standardkommission «Beckenendlage» (29).**

Schnittentbindung empfohlen bei:

- Frühgeborenen 28–34 Schwangerschaftswochen
- Kindern über 3500 g
- Kindern in reiner Fusslage
- Zusatzrisiken

Empfehlungen bei anvisierter vaginaler Geburt:

- Missverhältnis ausschliessen
- lückenlose kardiotokographische Überwachung
- grosszügige Indikation zur sekundären Sectio
- wenn immer möglich Entwicklung nach Bracht
- Narkosebereitschaft
- kompetente Reanimation

wogener Bericht 1984 erschien (28). Die wichtigsten Empfehlungen dieses Berichtes sind in der Tabelle zusammengefasst. Neuere Auswertungen höherer Fallzahlen aus verschiedenen Perinatalerhebungen haben ergeben, dass die vaginale Entbindung der Kinder aus Beckenendlage auch nach Ausschluss der Missbildungen und der sehr kleinen Kinder mit einer wesentlich höheren Mortalitätsrate belastet ist als die Schnittentbindung. Aufgrund dieser Erkenntnis dürfte der Trend zur Sectio bei der Beckenendlage weiter zunehmen. Man wird also künftighin die erwähnten Kommissionsempfehlungen noch strenger zu interpretieren und am Ende eine klare Indikation für die vaginale Geburt zu stellen haben. Damit können junge Geburtshelfer kaum mehr Erfahrungswerte in der vaginalen Operationstechnik bei Beckenendlage sammeln. Die Zentralisation der Beckenendlage-Schwangerschaften wird empfohlen (29).

Bei den Indikationsblöcken «sehr unreife Kinder» und «Beckenendlagen» werden in Zukunft einerseits kaum wesentliche Einsparungen an Schnittentbindungen zu erzielen sein. Ausgehend von der Häufigkeit der Frühgeburten (5–6%) und der Beckenendlagen (3–4%) ist aber andererseits aus rein zahlenmässigen Überlegungen auch keine ins Gewicht fallende Zunahme der Gesamtrate an Schnittentbindungen zu erwarten. Bemühungen zur Senkung der Kaiserschnitttrate dürfen nicht mit einer damit erkaufte erhöhten perinatalen Mortalität und Morbidität einhergehen (30). Eine Verbesserung dieser Parameter ist aber von einer gewissen Sectiofrequenz an auch nicht mehr möglich. Um sich in diesen Belangen orientieren zu können, bedarf es freiwillig getragener Qualitätskontrollen in bezug auf die kindlichen Resultate. Die «richtige» Frequenz könnte aufgrund schweizerischer Erfahrungen bei 10–15% liegen. Zentrumskliniken mit der dringend geforderten Konzentrierung von Hochrisikofällen werden mit ihren Schnittentbindungsraten an der oberen Grenze dieses Bereiches oder allenfalls noch etwas höher liegen. Kliniken mit durchschnittlichen Belastungen an Risikofällen dürften ihre Aufgabe auch mit Sectoriaten um 10% herum meistern können. □

Die umfangreichen Literaturhinweise (siehe Numerierung im Text) mussten wir leider aus Platzgründen weglassen. Sie können aber bei mir gerne Kopien beziehen. Anruf genügt! sf: Tel. 031 809 25 76

## Buchtipp

Die drei Zitate  
stammen aus dem Buch:



## «Botschaften aus dem Mutterleib»

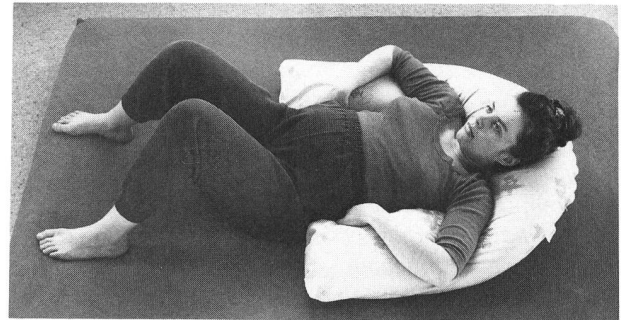
*Pränatale Eindrücke und deren Folgen, geschrieben von Henry G. Tietze, Ariston Verlag Genf, 1984, 230 Seiten (z.B.: Das infolge Kaiserschnitts fehlende Geburtserlebnis, S. 127–134)*

Gelegentlich verläuft eine Geburt so kompliziert, dass ein Kaiserschnitt notwendig wird, um das Kind zur Welt zu bringen. Aber auch eine solche medizinisch notwendige Geburt kann das Kind traumatisieren, denn die Muskelkontraktionen während einer normalen Geburt haben unter anderem die Funktion, die Haut des Kindes zu stimulieren, die ihrerseits wiederum wichtige Körpersysteme stimuliert, unter anderen die Atmungsorgane und das Urogenitalsystem (Harn- und Geschlechtsorgane). Die Muskelkontraktionen haben etwa die gleiche Funktion wie das Ablecken tierischer Neugeborener durch ihre Mütter. Dieses Lecken der Mütter fördert bei neugeborenen Tieren die Tätigkeit des Darmtraktes und der Blase.

Eine chirurgische Entbindung beraubt ein Kind der physischen und psychischen Wonnen, die ein vaginal geborenes Kind erlebt. In einem Operationssaal, aus dem Uterus seiner Mutter herausgehoben, wird ihm keinerlei Massage oder Liebkosung zuteil. Die Geburt ruft in ihm einander widerstrebende Gefühle hervor: Körperlich gesehen hat der Kaiserschnittgeborene *Raumprobleme* – das Gefühl für seine eigenen Körpermasse fliegt ihm nicht spontan zu. Kaiserschnittkinder sind in mancher Hinsicht vom ersten Augenblick ihres Daseins an gegenüber anderen Kindern benachteiligt. Vor allem ist ihre Sterblichkeitsrate zwei- bis dreimal so hoch wie die vaginal entbundener Kinder. In Fällen, da der Kaiserschnitt keine medizinische Begründung hat, liegt die Sterblichkeitsziffer der betroffenen Kinder um zwei Prozent höher als bei vaginal geborenen Kindern. Ist ein Kaiserschnitt durch eine medizinische Indikation bedingt, so ist die Sterblichkeitsgefahr für das betroffene Kind um 19 Prozent grösser als bei Kindern, die auf dem üblichen Weg zur Welt kommen. Auch die Atemnot ist bei Kaiserschnittsänglingen zehnmal so häufig wie bei vaginal entbundenen Kindern. Ashley Montagu, der amerikanische Physiologe, der sich sehr genau mit den infolge Kaiserschnitts auftretenden Problemen auseinandergesetzt hat, ist der Ansicht, dass alle genannten Schwierigkeiten nur darin begründet sind, dass die Kinder im entscheidenden Augenblick unter einem totalen Mangel an Hautstimulierung gelitten haben.

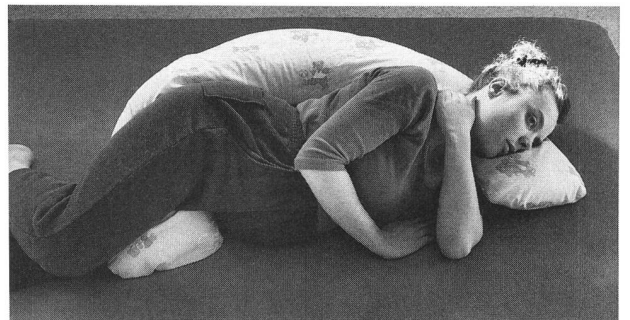
## CorpoMed-Kissen:

ständige Begleiter während und nach der Schwangerschaft



**vor** der Geburt

dient das CorpoMed-Kissen der werdenden Mutter als hervorragende Entspannungshilfe



**während** der Geburt

ist mit wenigen Handgriffen eine optimale Lagerung möglich



**nach** der Geburt

sehr gut verwendbar als Still-Kissen, auch nach operativen Eingriffen

Die CorpoMed-Kissen sind gefüllt mit kleinsten luftgefüllten Kügelchen; sie sind darum extrem modellierbar und passen sich jeder Körperform an.

Sehr hygienisch durch einfache Pflege: die Bezüge sind waschbar bis 60°C, z.T. kochbar, die Inlets und Kisseninhalte bis 60°C.

Senden Sie bitte:

Stempel, Name

CorpoMed

- Prospekte ☐
- Preise ☐

**BERRO AG, Postfach, 4414 Füllinsdorf**  
**Telefon 061 901 88 44, Telefax 061 901 88 22**