

## Ist die künstliche Geburt bald das Normale? Geschichte und derzeitige Problematik des Kaiserschnitts

Willy Stoll

Von der geschichtlichen Plattform des Goldenen Zeitalters des Römischen Reiches ausgehend (Augustus 69 v. Chr. – 14 n. Chr.) wird Publius Ovidius Naso (43 v. Chr. – 18 n. Chr.), der Autor der berühmten «Metamorphosen», zitiert. Mehr als 10 Jahre arbeitete Ovid an seinem Hauptwerk, an die 250 Mythen und Märchen hatte er gesammelt. Gleich einem literarischen Teleskop öffnet er uns den Blick in ferne Vorzeiten zu den Anfängen menschlichen Denkens und Empfindens. So erzählt er uns auch die Geschichte der Rettung des Lebens aus dem Tod.

Der übermächtige Gott Apollon nimmt furchtbare Rache an seiner untreuen Geliebten Coronis, «er biegt seines Bogens Enden und spannt die Sehne; die Brust, die so oftmals an seiner Brust schon geruht, durchbohrt er mit unentrinnbarem Pfeile.» Zu spät reut den Liebenden die grausame Strafe. Nicht auch das Kind soll sterben, gewaltsam entreisst er den Sohn der toten Mutter, und dieser ersteht – jetzt die Metamorphose – als Heilgott Asklepios (sein Stab und die sich daran hochringelnde Schlange sind auch heute noch die Insignien der Heilkundigen) (1).

Seit der Antike wurde versucht, wenigstens das Kind zu retten. Die tote Mutter durfte aus magischen, kultischen oder auch politischen Gründen nicht zum Grab ungeborenen Lebens werden. Die legendäre künstliche Geburt (nicht *inter faeces et urinam*) geriet wegen ihrer faszinierenden und zugleich erschütternden Verknüpfung von Lebensanfang und –ende zu einem historiografisch legitimierten Kennzeichen höchsten Adels und besonderer Berufung. Es erstaunt nicht, dass sie ungeachtet der historischen Realität in zahlreiche Legenden und auch Viten geistlicher und weltlicher Würdenträger eingewoben wurde.

Gaius Plinius Secundus (23-79 n. Chr.), der Seefahrer und Naturforscher, umgekommen in der Gaswolke des ausbrechenden Vesuvs im Jahre 79, berichtet im siebten Buch seiner «*Historia naturalis*», dass Scipio Africanus, der Besieger Hannibals (Schlacht von Zama 202 v. Chr.), aus dem Schloss seiner Mutter herausgeschnitten worden sei. «Caesones» hätte man diese Herausgeschnittenen genannt. Es liegt nahe, «Caesones» und auch «Caesar» mit dem Verb «caedere» (schlagen, fällen, schlachten) und seinem Partizip «caesus» in Verbindung zu bringen. Der uns wohlbekannte Gaius Julius Caesar (100-44 v. Chr.) dürfte allerdings nicht über eine Schnittentbindung das Licht der Welt erblickt haben, obwohl eine Vielzahl mittelalterlicher Darstellungen dies glaubhaft machen will. Es gibt verlässliche Hinweise, dass die Mutter des grossen Feldherrn noch am Leben war, als dieser den Gallischen Krieg führte und dabei auch

gegen die Helvetier kämpfte (Bibracte 58 v. Chr.). Es ist auch daran zu erinnern, dass Gaius Julius Caesar nicht zur Würde eines Imperators, oder eben Kaisers, kam. Dies traf erst für seinen Grossneffen Gaius Octavius zu, den er zu seinem Sohn und Erben erklärte und der unter dem Namen Augustus als erster Kaiser Roms in die Geschichte einging.

Man nimmt an, dass zufolge geschichtlicher und sprachlicher Unschärfen im 17. Jahrhundert der Begriff «Kaiserschnitt» aufkam.

Inwieweit im Alltag der Antike die Sectio (Schnittentbindung) in mortua (an der Toten) eine Bedeutung hatte, ist unklar. Mit dem Erstarken des Christentums ergab sich eine neue Sicht. Das römische Recht fand Eingang in das kanonische Recht. Der Umgang mit Sterbenden und Toten, einschliesslich der Bestattung, lag ausschliesslich im Kompetenzbereich des Klerus.

Das wirkungsmächtigste Zeugnis zur Sectio in mortua ist die «Summa theologica» von Thomas von Aquin (1224 – 1274). Erstmals werden Schnittentbindung und Taufe final verbunden. Thomas argumentierte, dass der ewige Tod schlimmer sei als das körperliche Sterben. Wenn also ein Kind, das im Schosse der Mutter existiere, nicht getauft werden könne, sei es besser, die Mutter zu öffnen, das Kind mit Gewalt herauszuführen und der Gnade der Taufe teilhaftig werden zu lassen, um nicht ewig verdammt zu sein. Allerdings sei es keinem Menschen gestattet, eine Mutter zu töten, damit das Kind getauft werden könne. Die ausdrückliche Vorschrift, vor der Schnittentbindung müsse der Tod der Mutter feststehen, dürfte den Schluss zulassen, dass wohl nicht nur aus Versehen die Sectio an Sterbenden praktiziert wurde.

Die Ikonographie der Schnittentbindung zeigt im Spätmittelalter eine bemerkenswerte Veränderung. Während bis zur Zeit um 1400 ausschliesslich Frauen, Hebammen und Helferinnen, dargestellt sind (Abb. 1), dominieren auf später entstandenen Bildern männliche Akteure.

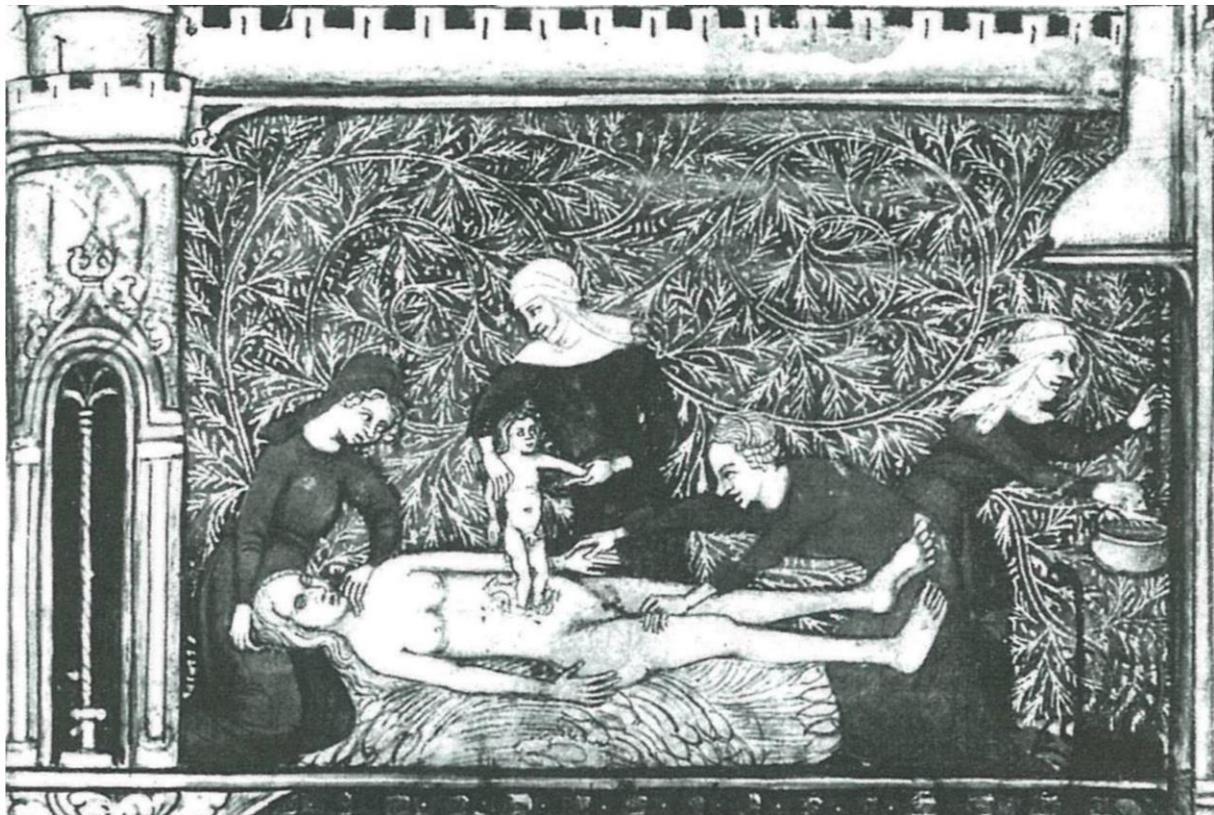


Abb. 1: *Französische Miniatur des 14. Jahrhunderts, Bibliothèque Nationale Paris.*  
*Schnittentbindung an einer Verstorbenen. Die am Kopfende knieende Helferin hält mit dem Zeigefinger den Mund der toten Mutter offen, auf dass das Kind noch Luft bekäme. Eine weitere Helferin hält von unten her den rechten Oberschenkel und die linke Hand der operierten Frau – ob diese sich noch bewegte, also noch nicht tot war?*

Im 16./17. Jahrhundert wird der Wechsel von der Sectio in mortua (an der Toten) zur Sectio in viva (an der Lebenden) erkennbar. Bezüglich Historizität sticht die Wittenberger Schnittentbindung von 1610 heraus. Im Taufbuch der Wittenberger Stadtkirche ist unter dem Datum vom 22. April 1610 das Kind Martin, Sohn des Martin Opitz und seiner Frau Ursula, eingetragen, in Ergänzung dazu der Hinweis: «dieses Kindt ist auss mutter Leib geschnitten und als baldt dohaim getaufft.» Schon während der Schwangerschaft war bei Frau Opitz ein grosser Bauchwandbruch aufgefallen. Dieser sei aufgetreten, nachdem ihr ein zerspringender Reifen in der Küferwerkstatt ihres Mannes gegen den Bauch geschnellt sei. Im Bruchsack lag der zunehmend grösser werdende Uterus, am Ende der Schwangerschaft habe er fast bis zum linken Knie heruntergehangen. Nach Begutachtung durch das Kollegium der Medizinischen Fakultät der Wittenberger Universität wurde festgestellt, dass nur eine operative Entbindung Hilfe bringen könnte. Nachdem man Gott um seinen Beistand angefleht hatte, führte am Morgen des 22. April 1610 der Wundarzt/Barbier Jeremias Trautmann die Operation durch. Daniel Sennert, der damals jüngste der Medizinprofessoren, protokollierte die einzelnen Schritte der Operation. Nach der Entwicklung des Kindes und der Plazenta konnte die Gebärmutter nicht durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückgeschoben werden. Das spricht dafür, dass die eigentliche Bauchhöhle möglicherweise gar nicht eröffnet und kontaminiert worden war. Als Ursula Opitz mehr als 3 Wochen später, am 16. Mai, das Bett verlassen hatte, wurde sie plötzlich ohnmächtig und verstarb innerhalb einer halben Stunde, wohl an einer Embolie.

Der Gepflogenheit der Zeit entsprechend wurde der Eingriff von einem Barbierchirurgen, also einem Handwerker, ausgeführt. Akademiker, Doktoren und Professoren, standen beratend und protokollierend zur Seite, sie beschmutzten sich nicht mit Blut, es fehlte ihnen auch die manuelle Fertigkeit.

In eindrücklicher und detaillierter Weise hat der Ulmer Stadtarzt Jonas Arnold eine zur damaligen Zeit vorgenommene Schnittentbindung bildlich dargestellt (Abb. 2).



Abb. 2: Zeitgemässe Darstellung einer Schnittentbindung an der Lebenden. Kupferstich von Jonas Arnold in Ulm um 1650 (Signatur «Jonas Arnold Delineavit»). Zwei (sicher kräftige) Hilfspersonen halten die zu operierende Frau an den Armen. Mit fest gezurrten Tüchern wurden die Beine fixiert. Die Zeichnung vermittelt eher einen niedlichen Eindruck, was kaum zutreffen dürfte. Der aus der Bibel lesende Geistliche erinnert an die unmittelbare Lebensgefahr, in der sich die Frau befand.

Die Erfahrungen mit der Schnittentbindung waren bis ins späte 19. Jahrhundert hinein erschütternd schlecht, obwohl über einzelne erfolgreiche Fälle berichtet wurde. Theoretiker ermunterten zum Eingriff, Praktiker warnten, sie sprachen vom Gebaren von Wilden, die den Baum fällen, um zur Frucht zu gelangen. Blutung und Peritonitis (Bauchfellentzündung), beide von aufgeschnittenen Uterus ausgehend, waren die Hauptursachen des grossen Sterbens.

Als eine kaum zu überschätzende Sternstunde darf eine Begebenheit am 16. Oktober 1846 bezeichnet werden. Am Vormittag dieses Tages erhielt der Zahnarzt William Thomas Green Morton (1819-1868) Gelegenheit, im chirurgischen Vorlesungssaal des Massachusetts General Hospitals in Boston bei einem jungen Mann, dem die Entfernung einer Geschwulst am Hals bevorstand, ein neues Mittel zu versuchen, das eine schmerzlose Operation möglich machen würde. Morton liess den Patienten aus einem Glasbehälter Schwefeläther einatmen, nach kurzer Zeit verfiel dieser in einen Tiefschlaf. Mit zügigen Schnitten exstirpierte John Collins Warren (1778-1856), Professor für Chirurgie, den Tumor. Der Patient rührte sich nicht. Tief beeindruckt wandte sich Warren an die anwesenden Studenten und Ärzte mit den berühmten Worten: «Gentlemen, this is no humbug». Wie ein Lauffeuer verbreitete sich die Kunde der gelungenen Narkose in alle Welt. Der Schmerz, der den Bereich chirurgischen Handelns eingeengt hatte, war überwunden.



Abb. 3: Ausschnitt aus dem Gemälde von Robert Hinckley aus dem Jahr 1882 (36 Jahre nach der denkwürdigen Operation). Die Darstellung ist idealisiert. Gemäss Daguerrotypen, die am Folgetag in Nachstellung der Operationsituation angefertigt wurden, befand sich der Patient in liegender Position.

Zwei weitere Errungenschaften aus der Zeit brachten entscheidende Verbesserungen der Prognose chirurgischer Eingriffe. Mit seiner Beobachtung, dass «zersetzte organische Stoffe mit lebenden Organismen in Berührung gebracht in denselben einen Zersetzungsprozess hervorrufen» (wie bei den an Kindbettfieber verstorbenen Wöchnerinnen), hatte Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) die Wundinfektion entdeckt. Auf Joseph Lister (1827-1912) geht das «antiseptische Prinzip» zurück, das eine lückenlose Desinfektion von Instrumenten, Operationswäsche, Operationsgebiet, Verbandmaterial, Händen, ja umgebender Raumluft mit Karbolsäurelösung bzw. – spray umfasste.

Ende des 19. Jahrhunderts (zur Zeit der Geburt unserer Eltern) erachtete man die Schnittentbindung noch als höchst riskant und hielt sich sehr zurück mit der Indikationsstellung. Beispielsweise wurden an der Basler Frauenklinik im 5-Jahres- Abschnitt von 1896 bis 1900 bei Geburtenszahlen, die sich jährlich gegen 1000 zu bewegten, lediglich 5 Schnittentbindungen ausgeführt. Vier Frauen überlebten, eine starb.

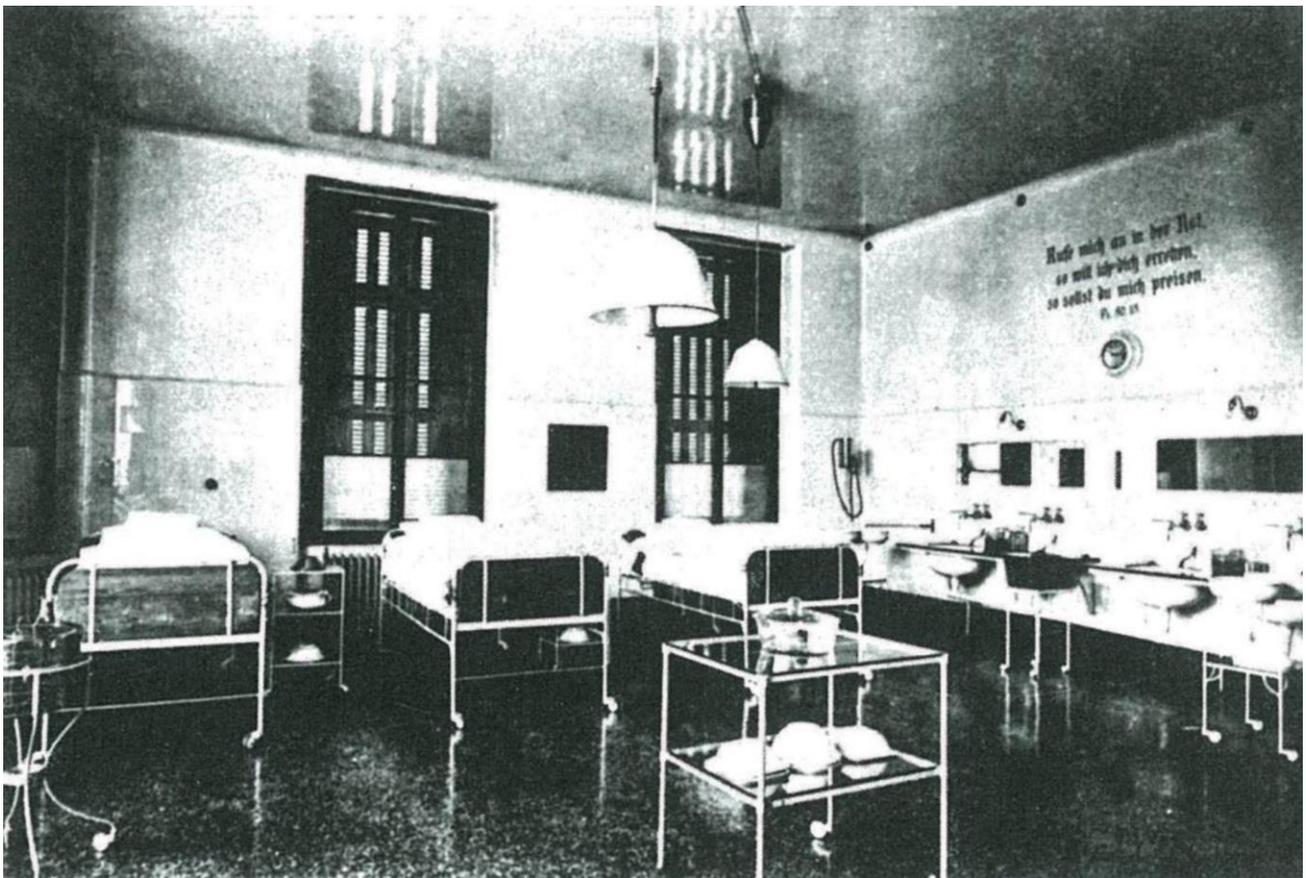


Abb. 4: Der grosse, damals hochmoderne Gebärsaal der neu erbauten Universitätsfrauenklinik Basel 1896. Das Bild reflektiert das komplexe System von Antisepsis und Asepsis. Spiegeleffekte an Boden, Wänden und Decke lassen auf abwaschbare Beläge und Emailanstriche schliessen. In Metallbehältern liegen sterile Instrumente bereit. Grosszügig sind die Anlagen für Händewaschen und -desinfektion.

Zur Jahrhundertwende und noch bis weit ins 20. Jahrhundert hinein wusste man sehr wohl um das Leiden und die grossen Gefahren rund um das Geburtsgeschehen. Man möge Gott anrufen in der Not, verkündet der Psalmvers 50,15 von der Wand:

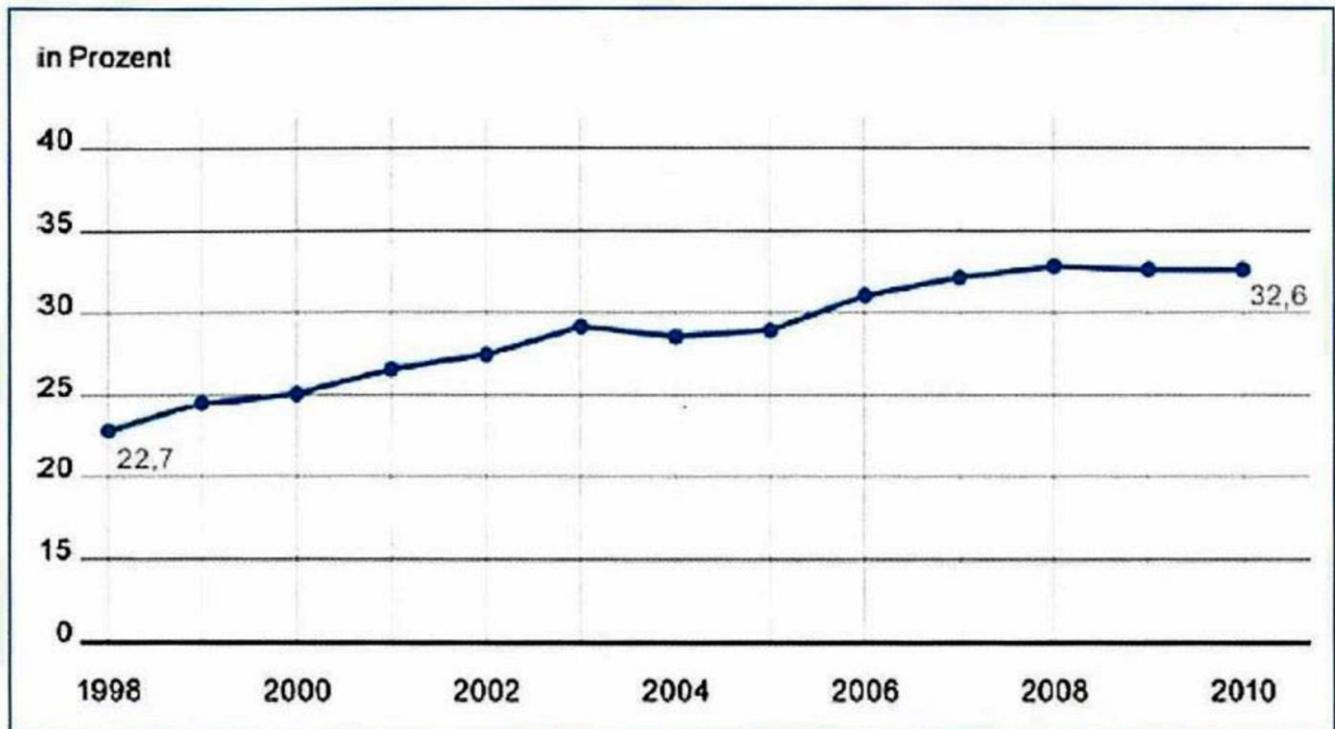
*«Rufe mich an in der Not, so will ich dich erretten, so sollst du mich preisen.» (Abb. 4). Ob die Verantwortlichen zum Ausdruck bringen wollten, dass die medizinische Wissenschaft noch lange nicht alle geburtshilflichen Probleme meistern könne?*

Bis zu den 1960er Jahren blieb die Frequenz der Schnittentbindungen tief. An der Universitätsfrauenklinik Zürich beispielsweise lag der Anteil bei 3-4 %. Aber schon 10 Jahre später, Mitte der 1970er Jahre, registrierte man an schweizerischen Zentren gut doppelt so hohe Frequenzen, und an verschiedenen deutschen Universitätskliniken lagen die Zahlen bei 15%.

Auf Ebene Fachgesellschaften suchte man nach Erklärungen. Man war sich einig, dass forcierte instrumentelle Entbindungen per vias naturales der Vergangenheit angehören sollten. Man redete der «prospektiven Geburtshilfe» das Wort, d.h. sorgfältiges Abschätzen der Situation und rechtzeitige Indikation zur Schnittentbindung. Diese Haltung verführte mancherorts zur

defensiven Geburtshilfe mit frühzeitigem Ausweichen vor potentiellen Risiken. Der Interpretationsbereich wurde immer breiter.

Bis zur Jahrtausendwende kletterte die Rate der Schnittentbindungen in der Schweiz auf 25%, d.h. jedes 4. Kind kam auf abdominalem Weg zur Welt. Aktuell trifft dies für jedes 3. Kind zu (Abb.5).



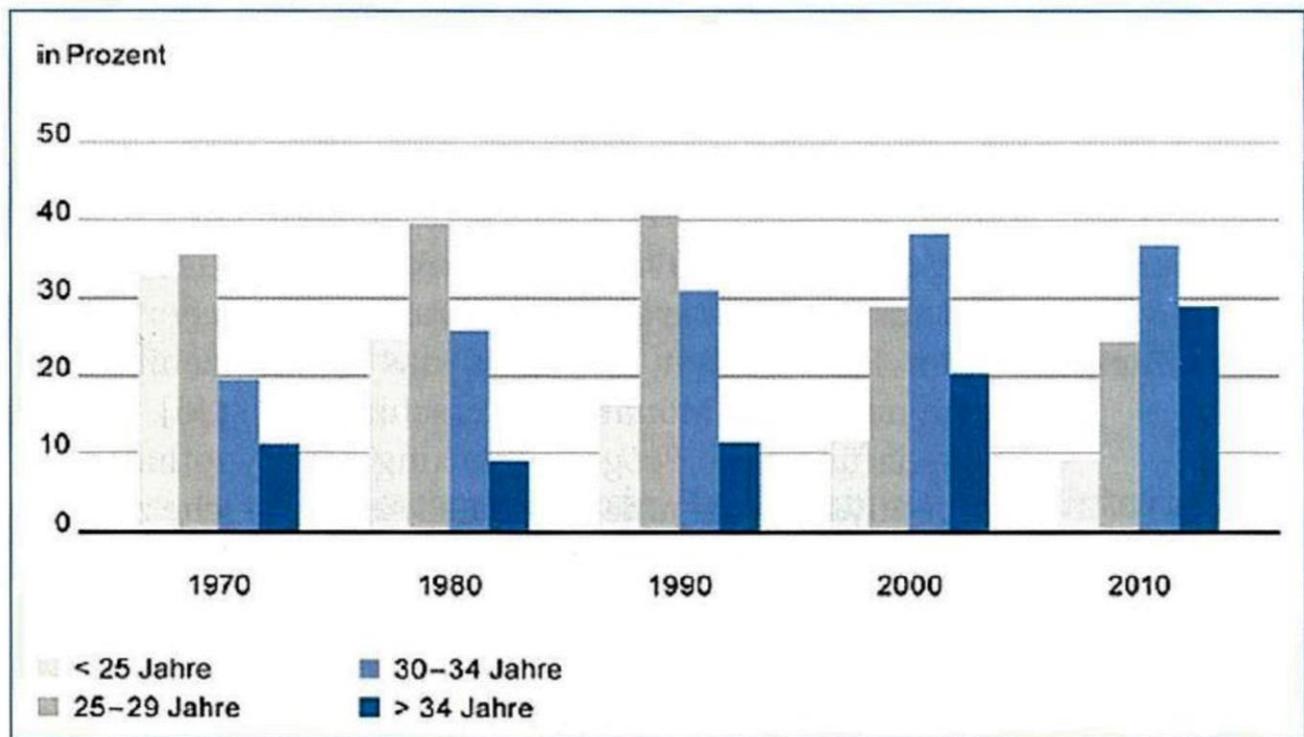
Entwicklung der Kaiserschnitttrate in der Schweiz, 1998–2010.  
(Datenquelle: BfS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser.)

Abb.5

Seit 2008 zeigt die Kurve eine Plateaubildung, da stellt sich die Frage, ob der Zenit erreicht ist? Es gab aber auch schon ein Plateau zwischen 2003 und 2005.

Es gibt Länder mit höheren Schnittentbindungsraten, z.B. China, Vietnam, Brasilien, in Europa Türkei, Italien. Tiefere Frequenzen werden aus dem skandinavischen Ländern und Holland gemeldet.

Eine ursächlich zentrale Bedeutung kommt dem zunehmend höheren Alter der Mütter zu. Die Zahl der über 34-Jährigen hat sich seit 1970 fast verdreifacht. Die Zahl der Mütter zwischen 30 und 34 Jahren stieg fast auf das Doppelte (Abb.6).



Lebendgeburten und Alter der Mütter, 1970–2010.

(Datenquelle: BfS-Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [BEVNAT].)

Abb. 6

Das Stichwort «mütterliches Alter» evokiert ein ganzes Spektrum von Aspekten: allgemein höheres Bildungsniveau, gestiegene Selbstsicherheit und Entscheidungskompetenz, berufliche Aspirationen, eventuell akademisches Studium mit Karrierevorstellungen. Ganz bedeutend sind der ungebundene Lebensstil mit mannigfachen Freiheiten und das gehobene Konsumverhalten. Und überall steht das Kind im Weg.

Der Kinderwunsch kommt spät, oft zu spät. Der Sterilitätsfaktor (die sterile Partnerschaft) liegt gesamthaft bei mindestens 10%, in der Altersklasse 30-35 Jahre macht er 25-30% aus. Die Abortrate wird bei 20jährigen Frauen mit 10% veranschlagt, wenn es gegen 40 Jahre zu geht, steigt die Rate auf 80%. Zudem haben ältere Frauen mehr Schwangerschaftskomplikationen (Hypertonie, Schwangerschaftsdiabetes u.a. m.), ferner treten gehäuft Mehrlingsschwangerschaften mit den damit einhergehenden Risiken auf. D.h. das dann doch noch empfangene und sich weiter entwickelnde Kind ist höchst wertvoll. Der Wunsch nach einer sicheren und wohl terminierten Geburt ist verständlich und führt häufig zur programmierten Schnittentbindung.

Kurz erwähnt sei noch die Fertilitätsziffer (Anzahl Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter).

Die höchste Zahl der in der Schweiz geborenen Kinder registrierte man 1964 mit 112'900, die Fertilitätsziffer betrug 2.7. 2015 lag sie bei 1.5, ohne Ausländerinnen wäre sie noch tiefer ausgefallen. Um die Bevölkerungszahl konstant zu halten, müsste die Ziffer bei 2.1 liegen. Wir stehen also vor dem Paradoxon des weltweit explosionsartigen Wachstums der Bevölkerung und des Schrumpfungsprozesses des eigenen Volkes (4).

Allerdings wurden schon zu früheren Zeiten Klagen laut über den Geburtenrückgang, z.B. in Deutschland zur Kaiserzeit in den 1890er Jahren, Nietzsche ermahnte. 1913 gab es die «Gebärstreikdebatte» in Deutschland. Politisch linke Kreise erhoben die Zielsetzung, dem Bürgertum Arbeiter und Soldaten vorzuenthalten. 1914 warnte Prof. Theodor Wyder, der Direktor der Zürcher Frauenklinik, eindringlich vor dem Geburtenrückgang, er sah darin ein gesellschaftliches Problem ersten Ranges. Ausufernd wurde über Ursachen debattiert, am Ende zeigte man sich hilflos und blieb bei der trivialen Formel «mangelnder Wille zum Kind».

Zurück zur Operation. Die geplante Schnittentbindung hat eine erstaunlich geringe mütterliche Moralität erreicht, sie ist vergleichbar mit jener der vaginalen Geburt. Risiken gibt es in Bezug auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten. Die Gefahr der Narbenruptur am Uterus liegt bei 1, höchstens 2%. Gefürchtet sind die allerdings selteneren schweren Blutungen bei einer Narbenschwangerschaft.

Für das Kind bedeutet die abdominale Geburt die Umgehung des natürlichen Geburtsmechanismus, womit man vermehrte Schwierigkeiten bei der Adaptation an das extrauterine Leben erklärt (Entfaltung der Lungen, Eröffnung der Lungenstrombahn). Ob der geringere Kontakt des Neugeborenen mit dem Darmmikrobiom der Mutter Langzeitauswirkungen im Hinblick auf metabolisch-endokrine Modulationen (Adipositas, Hypertonie, Diabetes) in sich schliesst, ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen, (3.5).

## Literatur

1 Rösch, E., Holzberg, N.: *Ovid Metamorphosen*

*Deutscher Taschenbuch Verlag,  
München, 2010*

2 Stoll, W.: *Von der Dorfhebamme zur Frauenklinik. Die Anfänge der klinischen Frauenheilkunde und die Entstehung der Frauenklinik Aarau*

*hier + jetzt, Baden 2010*

3 Surbek, D.: *Gynäkologie und Geburtshilfe: Sectio caesarea: Machen wir zu viele?*

*Schweiz Med Forum 2014; 14 (51-52): 970 – 972*

4 Tönz, O.: *Mutter Helvetia mit Nachwuchssorgen – stirbt die Schweiz, stirbt Europa aus?*

*[www.hauszumdolder.ch/docs/00\\_01\\_Otmar\\_Toenz.pdf](http://www.hauszumdolder.ch/docs/00_01_Otmar_Toenz.pdf)*

Husslein, P.: *Sectio oder nicht Sectio, das ist hier die Frage*

*SPECULUM 33 (3/2015) 4 - 5*