



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Kaiserschnittgeburten in der Schweiz

Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (08.3935)

Bern, 27. Februar 2013

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Redaktion

Verena Hanselmann, Salome von Greyerz, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: Februar 2013

Weitere Informationen und Bezugsquelle:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Abteilung Gesundheitsstrategien

Postfach, CH-3003 Bern

Telefon +41 (0)31 323 87 66

E-Mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Internet: www.bag.admin.ch

Dieser Bericht steht auch in französischer Sprache zur Verfügung. Er ist als PDF-Datei zu finden unter:
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de>

Inhaltsverzeichnis

VERZEICHNISSE	4
ZUSAMMENFASSUNG	5
1 AUSGANGSLAGE	9
1.1 Postulat	9
1.2 Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichtes	10
1.3 Aufbau des Berichtes	10
2 ERGEBNISSE	11
2.1 Geburten in der Schweiz	11
2.1.1 Bevölkerungsentwicklung und Geburten	11
2.1.2 Entbindungsort, Entbindungsart und geburtsmedizinische Eingriffe	11
2.2 Kaiserschnittgeburten in der Schweiz	12
2.2.1 Kaiserschnittgeburten im Vergleich mit dem Ausland	12
2.2.2 Kaiserschnittgeburten im kantonalen und regionalen Vergleich	13
2.3 Einflussfaktoren auf Kaiserschnittgeburten	15
2.3.1 Soziodemografische und -ökonomische Faktoren	15
2.3.2 Entwicklung von der Geburtshilfe hin zur Geburtsmedizin	17
2.3.3 Medizinische Faktoren und Indikationen	17
2.3.4 Bedeutung der Versorgungsstrukturen	19
2.3.5 Haftpflicht- und strafrechtlicher Kontext	21
2.4 Folgen von Kaiserschnittgeburten	22
2.4.1 Mütterliche Morbidität und Mortalität	22
2.4.2 Kindliche Morbidität und Mortalität	22
2.4.3 Geburtskosten	23
2.5 Handlungsansätze im Umgang mit geplanten Kaiserschnittgeburten	24
3 EINSCHÄTZUNG DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN	25
3.1 Einschätzung der aktuellen Situation	25
3.2 Einschätzung des Handlungsbedarfs und Empfehlungen für weiterführende Massnahmen	26
4 FAZIT AUS SICHT DES BUNDESRATES	29

Verzeichnisse

Abkürzungen

APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français (Frankreich)
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
FMH	Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Grossbritannien)
NIH	National Institutes of Health, U.S. Department of Health & Human Services
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SPO	Schweizerische Stiftung Patientenschutz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Abbildungen

Abb. 1: Lebendgeburten und Alter der Mütter, 1970–2010	11
Abb. 2: Entwicklung der Kaiserschnitttrate in der Schweiz, 1998–2010	12
Abb. 3: Kaiserschnitttraten in ausgewählten OECD-Mitgliedstaaten, 2009	13
Abb. 4: Kaiserschnitttrate nach Wohnkanton, Durchschnitt 2008–2010	14
Abb. 5: Regionale Kaiserschnitttrate (MedStat-Regionen), Durchschnitt 2008–2010	15
Abb. 6: Kaiserschnitttrate pro Altersgruppe, 2010	16
Abb. 7: Anteil der Kaiserschnitte nach Versicherungsklasse und im Vergleich zur vaginalen Geburt, 2010	17
Abb. 8: Spitalstatus, Entbindungsart und Anteil der über 35-jährigen Frauen, Schweiz 2001–2010	20
Abb. 9: Mittlere Kosten in Schweizer Franken pro Geburt nach APDRG, 2010	24

Zusammenfassung

Kaiserschnittgeburten nehmen in allen Industriestaaten und Schwellenländern zu. In der Schweiz lag die Rate der Kaiserschnittgeburten im Jahr 2010 bei 32.6%, während sie im Jahr 1998 noch 22.7% betrug. Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) zeigen, dass die Kaiserschnitttrate seit 2008 auf konstantem Niveau verbleibt. Mit einer Rate von über 30% liegt die Schweiz weit über der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Obergrenze von 10% bis 15% und im Vergleich mit anderen Mitgliedstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) belegt die Schweiz einen der vorderen Ränge.

Einflussfaktoren einer Kaiserschnittgeburt

Die Resultate der Untersuchungen für diesen Bericht zeigen, dass der Anteil an Kaiserschnittgeburten in der Schweiz nicht mit einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen erklärt werden kann, sondern auf verschiedene Einflussfaktoren – sowohl auf Seiten der Frauen wie auf Seiten der Geburtsmedizin – zurückzuführen ist. Auf Grund fehlender Forschungsdaten in der Schweiz kann die Bedeutung dieser Einflussfaktoren nicht abschliessend gewichtet werden.

Die Kaiserschnitttrate im kantonalen und regionalen Vergleich

Die Kaiserschnitttrate weist grosse kantonale und regionale Unterschiede auf. Im Jahr 2010 war die Kaiserschnitttrate bei Frauen aus dem Kanton Zug mit 42.7% doppelt so hoch wie die Rate bei Frauen aus dem Kanton Jura (19.2%). Die Kaiserschnitttraten innerhalb eines Kantons können allerdings ebenso grosse Unterschiede aufweisen. Der Anteil an Kaiserschnitten in städtischen Regionen ist dabei tendenziell höher als in ländlichen Regionen.

Soziodemografische und -ökonomische Faktoren

Das Alter der Gebärenden hat einen grossen Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf und die Entbindungsart. In den letzten Jahrzehnten hat der Anteil gebärender Frauen, die älter als 30 Jahre sind, stetig zugenommen. Im Jahr 2010 war fast jede dritte Gebärende (29,1%) über 34 Jahre alt, 1970 waren dies nur 11.3%. Im Vergleich aller Altersgruppen hatten im Jahr 2010 Frauen über 35 Jahren mit 42.5% den höchsten Anteil an Kaiserschnittgeburten. Der Faktor «Alter» reicht jedoch nicht aus, um die kantonalen und regionalen Unterschiede in der Kaiserschnitttrate zu erklären. Ein weiterer soziodemografischer Einflussfaktor stellt der Migrationshintergrund der in der Schweiz gebärenden Frauen dar: So haben Frauen aus Südamerika, Afrika und Italien eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt als Schweizerinnen. Auch sozioökonomische Faktoren beeinflussen den Anteil der Kaiserschnittgeburten: Frauen, die während ihres Spitalaufenthaltes die Versicherungsklassen «halbprivat» – «privat» beanspruchen, hatten mit 41.6% beziehungsweise 41.4% im Jahr 2010 eine deutlich höhere Kaiserschnitttrate als «allgemein» versicherte Frauen (30.8%).

Medizinische Faktoren und Indikationen

Die medizinische Entwicklung der letzten Jahrzehnte haben wesentlich dazu beigetragen, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken. Eine Kaiserschnittgeburt kann notwendig sein, um das Leben des Kindes und / oder der Mutter zu retten oder das Kind vor schwerwiegenden gesundheitlichen Schädigungen zu bewahren («absolute Indikation»). Diese Situation kann zum Beispiel infolge eines Nabelschnurvorfalles, einer Querlage des Kindes oder eines Gebärmutterrisses eintreten und trifft gemäss Schätzungen aus Deutschland auf ca. 10% aller Kaiserschnittgeburten zu. Bei den verbleibenden 90% steht das Abwägen geburtsmedizinischer Risiken («relative Indikation») einer vaginalen Geburt im Vergleich zu einem Kaiserschnitt im Vordergrund der Entscheidungsfindung. Zu diesen «relativen Indikationen» zählen unter anderem ein verzögerter Geburtsverlauf, ein pathologisches Herztonmuster des Kindes oder eine Mehrlingsschwangerschaft. In der internationalen Diskussion wird der Anstieg der Kaiserschnitttrate in den letzten 20 Jahren massgebend auf die zunehmende Bedeutung der «relativen Indikationen» und die Zunahme an geburtsmedizinischen Interventionen bei unproblematisch verlaufenden Schwangerschaften zurückgeführt. Für die Schweiz liegen keine vergleichbaren Forschungsergebnisse vor.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zeigen, dass in den Jahren 2001 – 2010 bei einem Fünftel der Kaiserschnittgeburten ein Gefahrenzustand (fetaler Distress) des ungeborenen Kin-

des vorliegen. Eine Uterusnarbe infolge einer vormaligen Kaiserschnittgeburt sowie Geburtshindernisse, die auf Seiten des Kindes (z.B. Querlage) oder der Mutter (Beckenanomalie) liegen, sind bei gut einem Zehntel der Kaiserschnittgeburten vorhanden.

Für den in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit häufig diskutierten «Wunschkaiserschnitt» liegen für die Schweiz keine Daten vor. In den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur Kaiserschnittgeburt wird ein «Wunschkaiserschnitt» einzig durch die Terminplanung der Frau (und ihres Partners) definiert. Damit grenzt er sich klar von der Kaiserschnittgeburt ab, die infolge starker Geburtsangst – und somit medizinisch indiziert – durchgeführt wird. Im Rahmen der deutschen Kaiserschnittstudie wurde die Rate des «Wunschkaiserschnitt» auf ca. 2% geschätzt.

Bedeutung der Versorgungsstrukturen

Seit 2001 ist die Kaiserschnitttrate sowohl in den öffentlichen Spitälern als auch in den Privatkliniken gestiegen. Im Jahr 2010 lag die Kaiserschnitttrate in Privatkliniken bei 41.0% und in öffentlichen Spitälern bei 30.5%. Eine Modellrechnung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts in Privatkliniken doppelt so gross ist wie in öffentlichen Spitälern. Hingegen spielt die Grösse eines Spitals (Regional-, Kantons- oder Universitätsspital) nur eine geringe Rolle. Eine gewisse Bedeutung für die unterschiedliche Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt muss hingegen der Spitalkultur – Ausgestaltung der internen Abläufe und der interdisziplinären Zusammenarbeit – beigemessen werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt in einem Spital in der deutschsprachigen Schweiz ist nicht signifikant höher als in einem Spital der französisch- oder italienischsprachigen Schweiz.

Kaiserschnittgeburten im haftpflicht- und strafrechtlichen Kontext

Grundsätzlich unterscheidet sich die Geburtshilfe hinsichtlich haftpflicht- und strafrechtlicher Aspekte nicht von andern Fachgebieten. Die Besonderheit in der Geburtshilfe liegt jedoch darin, dass bei einer Geburt die Gesundheit und das Leben zweier Menschen gefährdet sind. Die Frage, ob bisherige Gerichtsurteile mit Haftpflichtfolgen tendenziell eine Geburtshilfe mit mehr geburtsmedizinischen Eingriffen – zu denen auch ein Kaiserschnitt zählt – führt, kann zur Zeit nicht beantwortet werden.

Gesundheitliche Folgen einer Kaiserschnittgeburt für Mutter und Kind

Für die Beantwortung der Frage nach den gesundheitlichen Folgen einer geplanten Kaiserschnittgeburt für Mutter und Kind müssen diese mit den Folgen einer geplanten vaginalen Geburt verglichen werden. Dabei sollten die bereits vor der Geburt bestehenden Begleiterkrankungen berücksichtigt werden. Auch diese Frage kann nicht mit einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen beantwortet werden, da die dazu notwendigen empirischen Daten in der Schweiz fehlen und auch im Ausland lückenhaft sind. So sind zum Beispiel randomisierte, kontrollierte Studien aus ethischen Überlegungen nicht möglich und umfassende Beobachtungsstudien sowie Synthesen qualitativer Daten sind selten.

Gesundheitliche Folgen für die Mutter

Die kurzfristigen gesundheitlichen Folgen einer Geburt für die Mutter können anhand der Rehospitalisationsrate innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt gemessen werden. Nach einer Kaiserschnittgeburt ist der Anteil an Rehospitalisationen leicht höher als nach einer vaginalen Geburt.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen einer Kaiserschnittgeburt für die Mütter zeigen sich darin, dass ein Kaiserschnitt zu erhöhten Risiken bei Folgeschwangerschaften und -geburten (z.B. Plazentastörungen, Gebärmutterriss) führen kann und damit die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Kaiserschnitts erhöht. Weitere Forschungsdaten zu erhöhten gesundheitlichen Risiken bei Folgeschwangerschaften und Geburten nach einem Kaiserschnitt liegen in der Schweiz nicht vor.

Gesundheitliche Folgen für das Kind

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser enthalten keine Angaben zur Entbindungsart des Kindes. Damit können anhand dieser Daten gesundheitliche Folgen einer Geburt, die zu einer Rehospitalisation oder einer Verlegung der Neugeborenen direkt nach der Geburt auf die Neonatologie führen, nicht mit der Entbindungsart in Verbindung gebracht werden.

Für das Neugeborene gehören Lungenfunktionsstörungen (Atemnotsyndrom) zu den bedeutsamsten kurzfristigen gesundheitlichen Folgen einer Kaiserschnittgeburt. Internationale und nationale For-

schungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass das Risiko des Atemnotsyndroms sehr stark von der Schwangerschaftsdauer abhängig ist. Bei einem geplanten Kaiserschnitt nach der vollendeten 39. Schwangerschaftswoche ist dieses Risiko nicht mehr signifikant erhöht.

Eine Kaiserschnittgeburt kann bei den Kindern auch zu langfristigen gesundheitlichen Folgen führen. So zeigen internationale Studien, dass für diese Kinder eine nachweisbar höhere Wahrscheinlichkeit besteht, an Diabetes I und Asthma zu erkranken.

Ökonomische Folgen einer Kaiserschnittgeburt

Die Auswertung der geburtsbezogenen Fallkostenpauschalen APDRG des Jahres 2010 (inkl. Aufenthalt und Rehospitalisation) zeigt, dass eine Kaiserschnittgeburt im Durchschnitt 9'900 Franken und eine vaginale Geburt im Durchschnitt 6'200 Franken kostet. Die Auswirkung der neuen Fallpauschalen per 1. Januar 2012 auf die Kostenunterschiede kann zum aktuellen Zeitpunkt (Februar 2013) noch nicht beurteilt werden. Zudem erlauben die Daten der Fallkostenstatistik für das Jahr 2010 aufgrund der fehlenden Repräsentativität keine Schätzung der gesamten Spalkosten einer Geburt. Ebenso wenig können Berechnungen zu den Verlegungskosten eines Neugeborenen auf die Neonatologie in Abhängigkeit zur Entbindungsart gemacht werden.

Einschätzung der Expertinnen und Experten

Die einbezogenen Expertinnen und Experten der Geburtshilfe betonen, dass das Ziel sämtlicher Handlungsempfehlungen im Umgang mit der Kaiserschnittgeburt die Senkung der Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind – ungeachtet der Entbindungsart – sein muss. Einen besonderen Handlungsbedarf sehen die Expertinnen und Experten in folgenden Bereichen: Verbesserung der Datengrundlagen und Förderung der Versorgungsforschung (u.a. Aufbau einer Perinatalstatistik, interdisziplinäre Grundlagenforschung); Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Geburtshilfe (u.a. Empfehlungen zum Kaiserschnitt); Überprüfung der Versorgungs- und Tarifstrukturen (u.a. einheitlicher Geburtstarif); Stärkung der Interdisziplinarität (u.a. interdisziplinäre Weiterbildung zum Kaiserschnitt) sowie Ausbau der Informationsarbeit zugunsten der Frauen und der allgemeinen Öffentlichkeit (u.a. zu Wunschkaiserschnitt).

Fazit des Bundesrates

Die Komplexität der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge führt dazu, dass im vorliegenden Bericht Ursachen und Folgen der hohen Kaiserschnittquote in der Schweiz nicht abschliessend dargestellt werden können.

Der Bundesrat teilt die Einschätzung der Expertinnen und Experten der Geburtshilfe, dass sämtliche Handlungsansätze zum Thema «Kaiserschnittgeburt» in erster Linie dazu dienen müssen, die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind weiter zu senken und die Qualität in der Geburtshilfe in der Schweiz weiter zu verbessern. Hierzu zählt auch, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu den kurz- und längerfristigen gesundheitlichen Folgen einer Kaiserschnittgeburt sowohl für das Kind als auch für die Mutter zu berücksichtigen. Deshalb fordert der Bundesrat die Berufs- und Fachverbände der Geburtshilfe auf, die Indikationsstellung bei geplanten Kaiserschnittgeburten bezüglich ihrer Notwendigkeit zu überprüfen.

Der Entscheid für oder gegen eine Kaiserschnittgeburt liegt letztendlich in der Verantwortung der medizinischen Fachpersonen der Geburtshilfe. Die von den Expertinnen und Experten der Geburtshilfe vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen zielen in der Folge primär darauf ab, diese Entscheidungsfindung zu unterstützen. Die Umsetzung der Empfehlungen ist eine Aufgabe der Berufs- und Fachverbände der Geburtshilfe. Der Bundesrat ist seinerseits bereit, im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser die Verbindungsmöglichkeit der Daten von Müttern mit denjenigen von Neugeborenen zu prüfen und das Thema «Geburt und Lebensanfang» mittelfristig in die Ziele und Massnahmen der nationalen Präventionsprogramme des Bundes wie auch in das Programm «Migration und Gesundheit» zu integrieren.

1 Ausgangslage

1.1 Postulat

Ständerätin Liliane Maury Pasquier reichte am 18. Dezember 2008 das Postulat «Zunahme der Kaiserschnittgeburten» (08.3935) ein.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird aufgefordert, Ursachen und Wirkungen der hohen Kaiserschnitttrate in der Schweiz zu untersuchen sowie Möglichkeiten zu identifizieren, um den negativen Auswirkungen sowohl für Mutter und Kind als auch für das Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Begründung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet den Bundesrat dazu, medizinische Interventionen auf ihre Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Mehrere Faktoren deuten darauf hin, dass im Bereich der Geburtshilfe medizinische Interventionen gemacht und von der OKP finanziert werden, die diesen Kriterien nicht standhalten:

- Die Kaiserschnitttrate liegt 2007 10 Prozentpunkte höher als noch 1998, ohne dass Verbesserungen beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind realisiert werden konnten (Anmerkung: Säuglingssterblichkeit 1998: 4,9 Prozent, 2005: 4,4 Prozent, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.Document.21577.xls>).
- Die Kaiserschnitttrate liegt bis zu 20 Prozentpunkte höher als in anderen europäischen Ländern, ohne dass der Gesundheitszustand von Mutter und Kind besser wäre als in diesen Ländern (z. B. Frankreich, Holland, Schweden, Norwegen).
- Die Kaiserschnitttrate liegt in Privatkliniken seit Jahren rund 10 Prozentpunkte höher als in den öffentlichen Spitälern, obwohl gerade die öffentlichen Zentrumsspitäler die schwierigen, risikoreichen Geburten durchführen.
- Die Kaiserschnittraten sind in den Kantonen sehr unterschiedlich, wobei kein Zusammenhang zum Alter der gebärenden Frauen besteht, obwohl dieser Faktor von vielen als Grund des Anstiegs der Rate angeführt wird. Im Kanton Genf z.B. liegt das Durchschnittsalter der gebärenden Frauen bei 34 Jahren, die Kaiserschnitttrate ist trotzdem die zweittiefste der Schweiz.
- Problematisch ist die hohe Kaiserschnitttrate nicht nur, weil ein wesentlicher Teil der Eingriffe sich bezüglich Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht rechtfertigen lassen, sondern umso mehr, weil diverse Studienresultate zeigen, dass der Eingriff für Mutter und Kind nicht ohne Risiko ist.
- Frauen mit Kaiserschnitt haben doppelt so viele Folgeprobleme und Wiedereintritte in Spitäler. Sie haben Schmerzen, Infektionen, können Alltagsaufgaben nicht bewältigen, können das Kind nicht hochheben und anfangs nur unter erschwerten Umständen stillen.
- Kaiserschnittkinder müssen doppelt so oft auf die Neugeborenen-Intensivabteilung wegen Atemproblemen überwiesen werden und haben langfristig ein schwächeres Immunsystem.
- Folgeschwangerschaften stehen unter höherem Risiko schon während der Schwangerschaft.
- Vonseiten derjenigen, die in der steigenden Entwicklung der Kaiserschnitttrate kein Problem sehen, wird oft betont, dass einerseits das hohe Alter der Frauen und andererseits der Wunsch der Frauen zu einem Kaiserschnitt führen. Zudem wird angeführt, dass der Kaiserschnitt für die Kinder die sicherere Geburt ist. Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen seiner Verantwortung für die Einhaltung der im KVG verankerten WZW-Kriterien die Ursachen und Auswirkungen der Kaiserschnitte in Zusammenarbeit mit Fachpersonen zu untersuchen.

Auf Basis des Berichtes soll der Bundesrat Möglichkeiten aufzeigen, wie in der Geburtshilfe die WZW-Kriterien eingehalten werden können, damit die Gesundheit von Mutter und Kind nicht durch medizinisch nicht gerechtfertigte Eingriffe gefährdet werden muss.

Der Ständerat überwies das Postulat am 18. März 2009.

Im Auftrag des Eidgenössischen Departments des Innern (EDI) hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) diesen Bericht erarbeitet.

1.2 Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichtes

Als Grundlage dieses Berichtes wurde von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Hebammen, eine Literaturanalyse zum aktuellen Forschungsstand zu Einflussfaktoren und möglichen Folgen einer Kaiserschnittgeburt erarbeitet.

Zur Abbildung der kantonalen wie regionalen Unterschiede der Kaiserschnitttrate führte zudem das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), mit Unterstützung des Bundesamtes für Statistik (BFS), eine Auswertung der statistischen Daten (Geburtsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Jahre 2001–2010) durch. Dabei wurde in einer logistischen Modellrechnung versucht, die Bedeutung einzelner Einflussfaktoren (wie Alter, Herkunft, Spitaltypologie) zur Erklärung der Unterschiede in den Kaiserschnitttraten zu berechnen. Die Kosten einer Kaiserschnittgeburt wurden mit Daten der Fallkostenstatistik (All Patient Diagnosis Related Groups, APDRG) aus dem Jahr 2010 mit den Kosten einer Vaginalgeburt verglichen.

Zudem analysierte die Abteilung Recht des BAG die haftpflicht- und strafrechtlichen Fragestellungen rund um den Kaiserschnitt.

Die Ergebnisse dieser Analysen wurden anschliessend in einem wissenschaftlichen Synthesebericht zusammengefasst.¹ Dieser bildet die Grundlage für den vorliegenden Bericht. Zudem wurden die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Analysen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitspolitik (Kantone, Versicherer, Patientenorganisationen), mit Expertinnen und Experten der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften (Gynäkologie und Geburtshilfe, Neonatologie etc.) sowie dem Schweizerischen Hebammenverband im Mai 2012 diskutiert, der Handlungsbedarf analysiert und Empfehlungen formuliert. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind unter Ziffer 3 zusammengefasst.

1.3 Aufbau des Berichtes

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der für diesen Bericht durchgeführten Analysen dargestellt (Ziff. 2). Die Kaiserschnittgeburt in der Schweiz wird ausgehend von der allgemeinen Geburtensituation und einschliesslich einem internationalen Vergleich beschrieben (Ziff. 2.1 – 2.2). Die Einflussfaktoren und Folgen einer Kaiserschnittgeburt werden anhand der deskriptiven Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser in Verbindung mit empirischen Forschungsergebnissen aus dem In- und Ausland dargestellt (Ziff. 2.3 – 2.4). Internationale Handlungsansätze im Umgang mit geplanten Kaiserschnittgeburten bilden den Abschluss des Ergebnisteils (Ziff. 2.5). Im darauffolgenden Kapitel (Ziff. 3) werden die Ergebnisse der Diskussion mit den Expertinnen und Experten zusammengefasst. Ausgehend von der allgemeinen Einschätzung der Situation der Kaiserschnittgeburten in der Schweiz (Ziff. 3.1) werden die von den Expertinnen und Experten formulierten Handlungsempfehlungen für weiterführende Massnahmen (Ziff. 3.2) beschrieben. Im Schlusskapitel (Ziff. 4) nimmt der Bundesrat Stellung zu den Ergebnissen des Berichtes sowie den Handlungsempfehlungen der Expertinnen und Experten im Umgang mit den Kaiserschnittgeburten in der Schweiz und definiert dabei auch den Beitrag des Bundes.

¹ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Zunahme von Kaiserschnittgeburten. Synthese wissenschaftlicher Analysen. Grundlagenbericht zur Beantwortung des Postulates Maury Pasquier (08.3935). 2013. Einsehbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de>

2 Ergebnisse

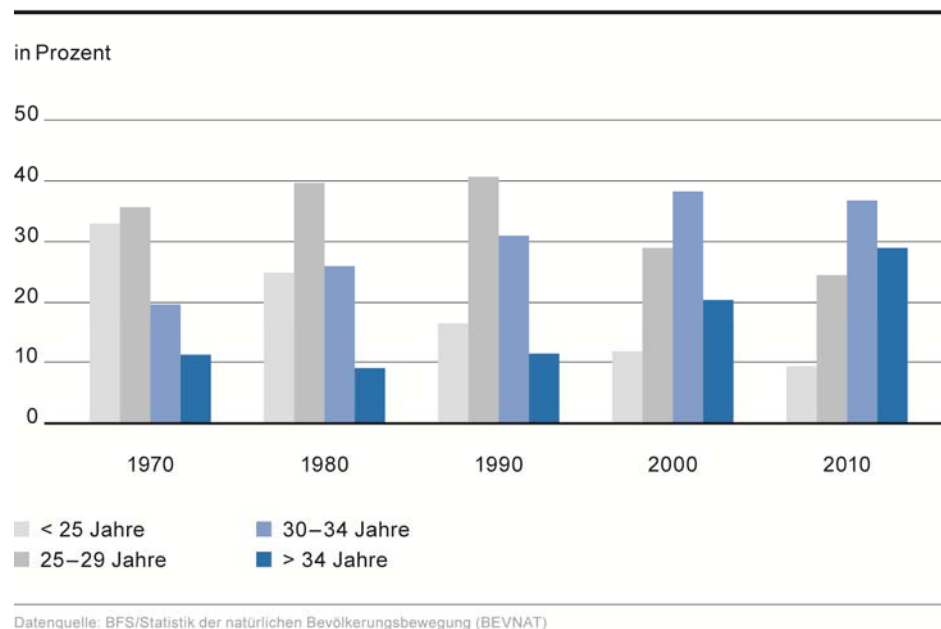
2.1 Geburten in der Schweiz

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung und Geburten

Laut Zivilstandsregister wurden im Jahre 2010 in der Schweiz 80'290 Kinder lebend geboren. Die Geburtenzahl steigt in der Schweiz seit einigen Jahren wieder an. Diese Zunahme ist insbesondere auf eine steigende Geburtenziffer (Anzahl Lebendgeborene pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) bei der ausländischen Wohnbevölkerung zurückzuführen.

Seit Beginn der 1970er-Jahre stieg der Altersdurchschnitt der Frauen bei der Geburt von 27.7 Jahren auf 31.2 Jahre im Jahr 2010 an. Wie in Abbildung 1 dargestellt, war fast jede dritte Gebärende (29,1%) 2010 über 34 Jahre alt, 1970 waren dies nur 11.3%. Gleichzeitig hat sich der Anteil der 30- bis 34-jährigen Mütter in den letzten 40 Jahren praktisch verdoppelt (Anstieg von 19.8 auf 36.9%). In der Folge ist die Zahl der jungen Mütter rückläufig: 1970 waren 33.1% der Mütter bei der Geburt ihres Kindes jünger als 25 Jahre, 2010 lediglich noch 9.4%.²

Abb. 1: Lebendgeburten und Alter der Mütter, 1970–2010



2.1.2 Entbindungsort, Entbindungsart und geburtsmedizinische Eingriffe

Im Jahr 2010 wurden 79'325 Kinder (98.8% aller lebendgeborenen Kinder) im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Spital geboren. Bei einem ambulanten Spitalaufenthalt, in einem Geburtshaus oder zu Hause kamen 965 Kinder (1.2% aller lebendgeborenen Kinder) zur Welt.

Von den insgesamt 78'040 Spitalgeburten im Jahr 2010 fanden 62'194 in öffentlichen Spitälern statt (79.7%), die restlichen in Privatspitälern. Der Anteil der Entbindungen, die in einem öffentlichen Spital stattfanden, blieb über die vergangenen 10 Jahre praktisch konstant (2001: 79.1%; 2010: 79.7%).

Nicht immer verläuft eine Geburt geplant und ohne Komplikationen, sodass geburtsmedizinische Eingriffe wie eine instrumentelle Geburt (mit Saugglocke oder Zange) oder eine Entbindung per Kaiserschnitt notwendig sind. Im Jahr 2010 waren 55.7% aller Spitalentbindungen vaginale Spontangeburt. Bei 20.1% dieser Geburten wurde ein Dammschnitt (Episiotomie) durchgeführt. Im Jahre 2001 lag der Anteil

² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>

der vaginalen Spontangeburt bei 66.7%. Diese Abnahme ist sowohl auf die Zunahme der instrumentellen Geburten (von 6.8% im Jahr 2001 auf 11.7% im Jahr 2010) als auch der Kaiserschnittgeburten (von 26.5% im Jahr 2001 auf 32.6% im Jahr 2010) zurückzuführen.

2.2 Kaiserschnittgeburten in der Schweiz

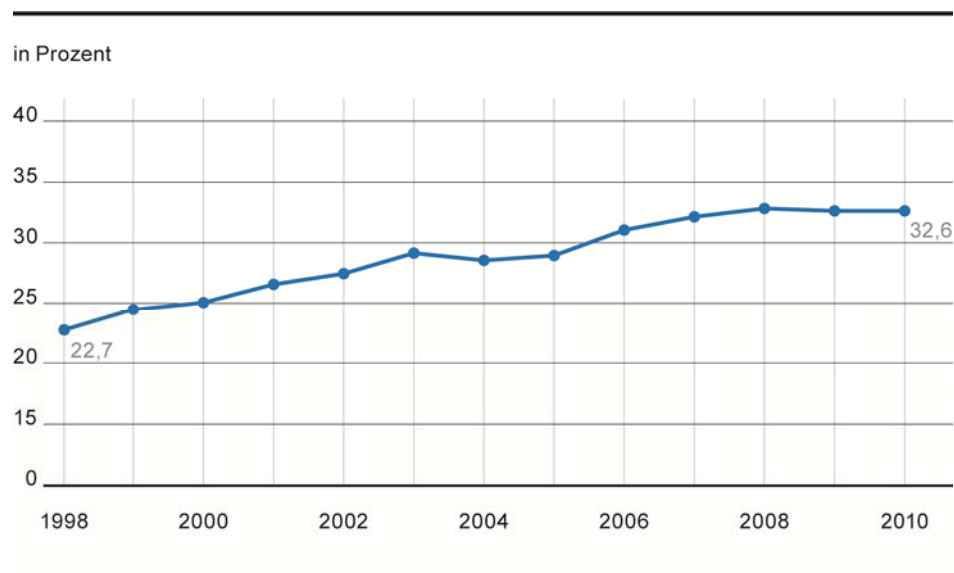
Hinweis: Seit 2009 lassen die in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS erfassten Angaben keine Unterscheidung mehr zu zwischen einer «primären Sectio», das heisst einem geplanten Kaiserschnitt, und einer «sekundären Sectio», einem nicht geplanten oder Notfallkaiserschnitt.

2.2.1 Kaiserschnittgeburten im Vergleich mit dem Ausland

Die Schweizer Daten für das Jahr 2010 zeigen, dass 25'477 Frauen ihre Kinder per Kaiserschnitt zur Welt brachten. Dies entspricht 32.6% aller Geburten von Frauen mit Wohnsitz in der Schweiz. Die Kaiserschnittquote in der Schweiz ist somit mehr als doppelt so hoch wie die von der WHO³ empfohlene Obergrenze an Kaiserschnittgeburten von 10% bis 15%.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, ist die Kaiserschnittquote von 1998 bis 2008 kontinuierlich angestiegen und bleibt seither konstant (vgl. Abb.2).

Abb. 2: Entwicklung der Kaiserschnittquote in der Schweiz, 1998–2010



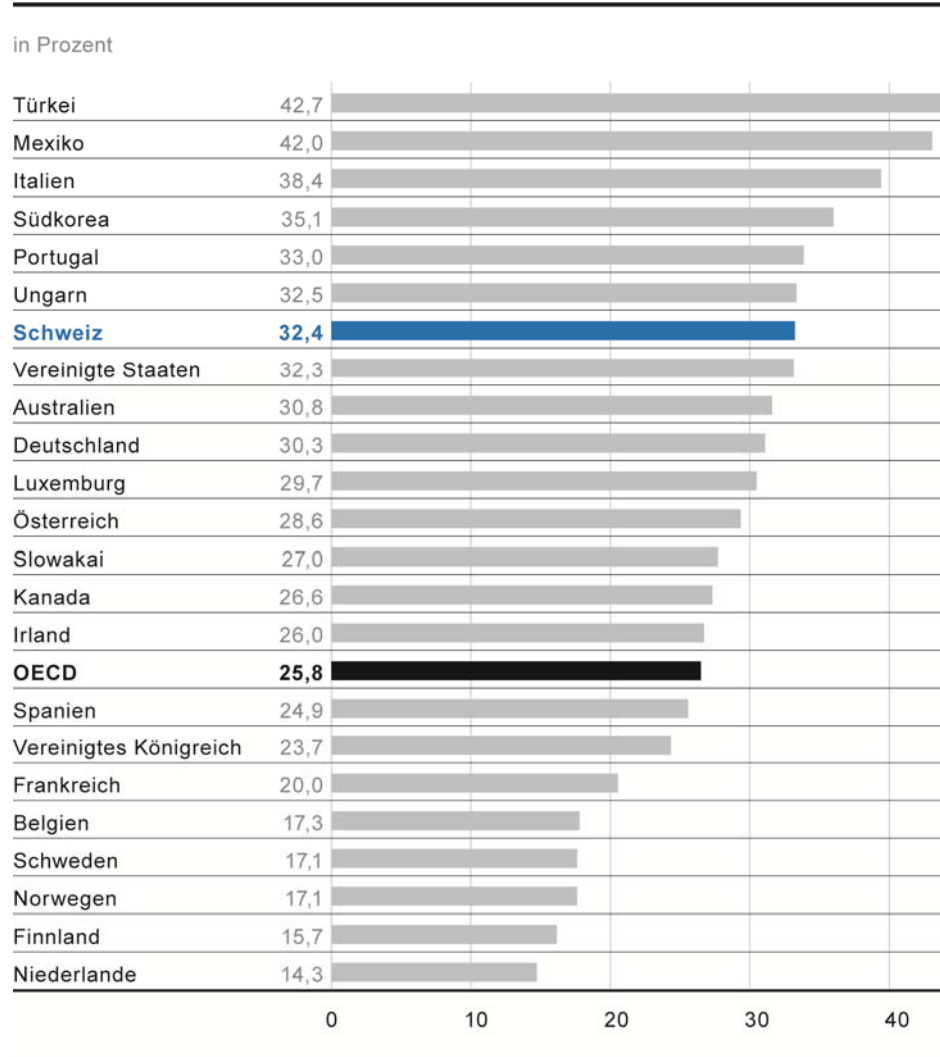
Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Während 1990 in Ländern der OECD (Mitgliedstaaten und Partnerländer) noch 14 von 100 Frauen ihre Kinder mit einem Kaiserschnitt zur Welt brachten, betrug der Anteil an Kaiserschnittgeburten im Jahr 2009 25.8%. Abbildung 3 zeigt, dass die Schweiz im internationalen Vergleich einen der vorderen Plätze belegt.⁴

Vergleicht man die Entwicklung der Kaiserschnittquote in der Schweiz mit derjenigen der Nachbarländer, stellt man fest, dass die Rate 2009 – ausser in Italien (38.4%) – in allen Ländern unter der Schweizer Rate lag. Eine deutlich niedrigere Rate als die in der Schweiz war für Frankreich mit 20% zu verzeichnen.

³ Lauer J.A., Betràn A.P., Meriardi M. & Woidyla D.: Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. Background Paper 29. World Health Report. 2010.

⁴ <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>

Abb. 3: Kaiserschnittraten in ausgewählten OECD-Mitgliedstaaten, 2009

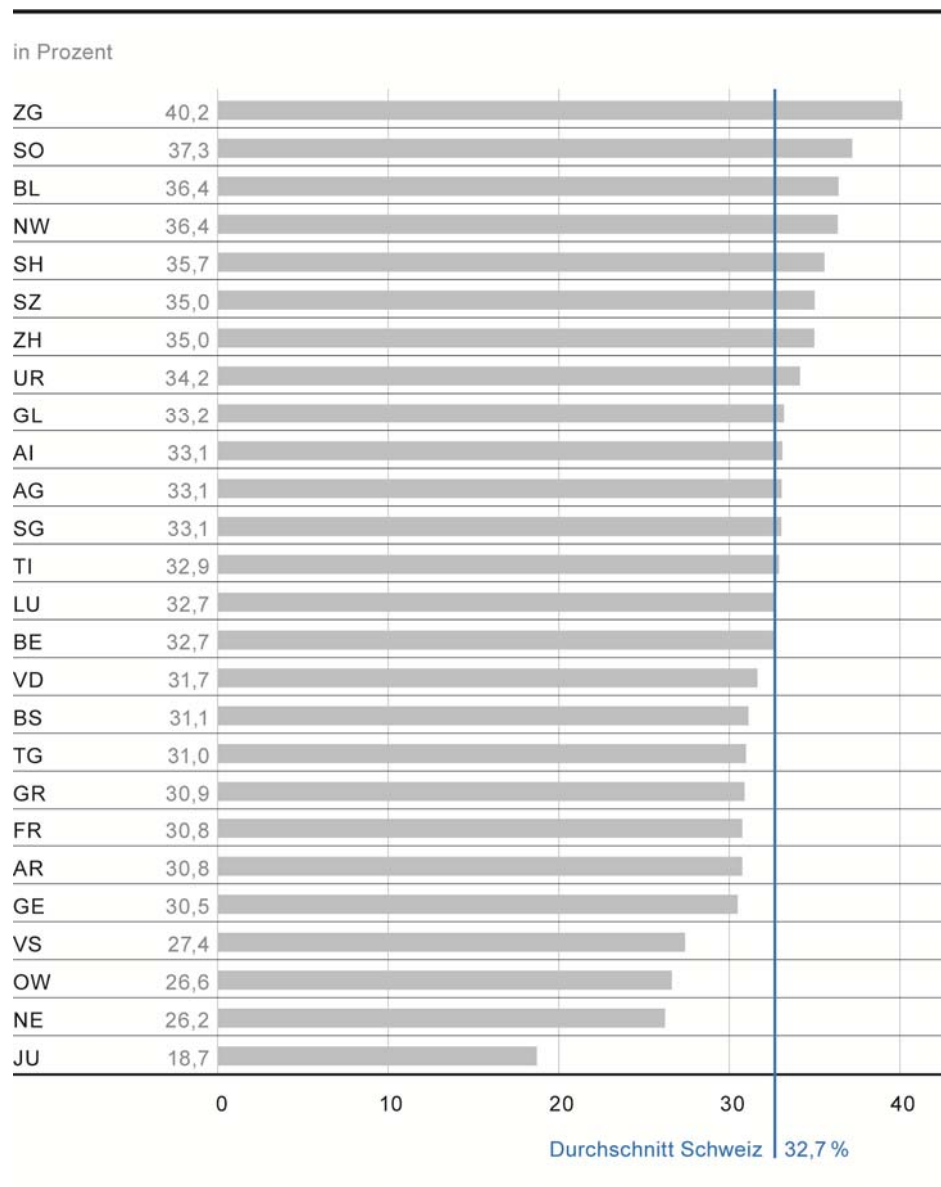
Quelle: OECD Health at a Glance 2011. Bearbeitung durch BAG

2.2.2 Kaiserschnittgeburten im kantonalen und regionalen Vergleich

Die Kaiserschnittrate weist grosse kantonale Unterschiede auf (Abbildung 4): Die weitaus höchste Rate an Kaiserschnittgeburten (>35%) im Zeitraum 2008 bis 2010 hatten Frauen aus den Kantonen Zug, Solothurn, Basel-Landschaft, Nidwalden und Schaffhausen⁵. Hingegen hatten Frauen in den Kantonen Jura, Neuenburg, Obwalden und Wallis die tiefsten Raten (<28%). Im Jahr 2010 war die Kaiserschnitttrate bei im Kanton Zug wohnhaften Frauen mehr als doppelt so hoch als bei Frauen aus dem Kanton Jura (42.7% zu 19.2%). Die kantonalen Unterschiede in der Kaiserschnitttrate stehen weder in einem Zusammenhang zur Anzahl Geburten noch zur Anzahl Entbindungskliniken pro Kanton.

⁵ Diese Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS beziehen sich auf den Wohn- und nicht den Behandlungs-ort.

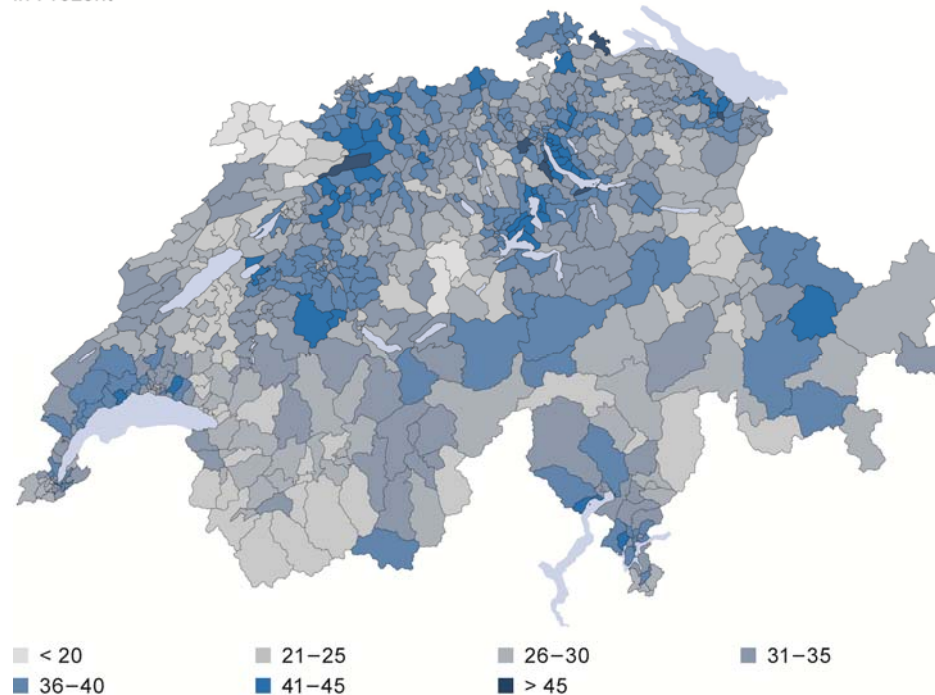
Abb. 4: Kaiserschnitttrate nach Wohnkanton, Durchschnitt 2008–2010



Auch bei der regionalen Verteilung der Kaiserschnitttraten zeigt sich ein heterogenes Bild (Abbildung 5): Die Unterschiede innerhalb eines Kantons können dabei genau so gross sein, wie diejenigen zwischen den Kantonen. Tendenziell ist in den städtischen Wohnregionen der Kantone Zürich, Luzern, Bern der Anteil Frauen, die mittels Kaiserschnitt gebären, über die Jahre hinweg hoch. Dagegen ist die Kaiserschnitttrate bei Frauen aus ländlichen Wohnregionen (Wallis, Jura, Graubünden) in grossen Teilen der Kantone tief. Im Jahr 2010 bewegte sich die Kaiserschnitttrate zwischen 4.9% (MedStat-Region JU 05, bei insgesamt 41 Entbindungen) und 58.0% (MedStat-Region ZG 04, bei insgesamt 88 Entbindungen).

Abb. 5: Regionale Kaiserschnitttrate (MedStat-Regionen), Durchschnitt 2008–2010

in Prozent



Datenquelle: BFS/OBSAN, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

2.3 Einflussfaktoren auf Kaiserschnittgeburten

Jedem Kaiserschnitt geht ein Entscheidungsprozess voraus, bei dem stets mehrere Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Dabei sind nebst medizinischen (absolute und relative Indikationen) auch nicht-medizinische Faktoren (u.a. spitalinterne Abläufe, soziodemografische Faktoren) ausschlaggebend.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS und die Ergebnisse der Literaturanalyse lassen weder eine Gewichtung der einzelnen Faktoren noch eine Ableitung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu. Nachfolgend können deshalb nur einige eher summarische Aussagen zu den in der Literatur genannten Einflussfaktoren gemacht werden. Für die Schweiz sind insbesondere die Ergebnisse der Obsan-Modellrechnung von Bedeutung. Sie zeigen, dass gewisse Einflussfaktoren auf Seiten der Spitäler und der Gebärenden – die auch bereits aus der Literatur und den deskriptiven Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser hervorgingen – die Häufigkeit einer Kaiserschnittgeburt stark beeinflussen.⁶

Damit ist ein gewisser Vergleich der literaturbezogenen Erkenntnisse, die fast ausschliesslich auf ausländischen Studien beruht, auf die Schweiz möglich, obwohl keine weiteren empirischen Untersuchungen für die Schweiz vorliegen.

2.3.1 Soziodemografische und -ökonomische Faktoren

Kaiserschnitttrate und Gebäralter

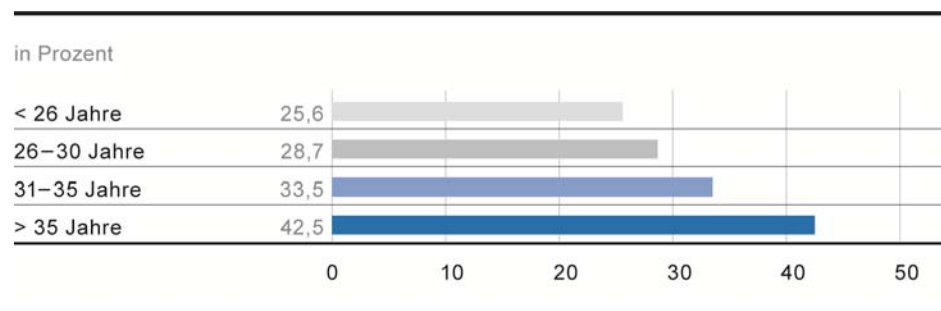
Wie unter Ziffer 2.1.1 dargestellt, nimmt der Anteil gebärender Frauen, die älter als 30 Jahre sind, stetig zu. Gleichzeitig steigt auch die Kaiserschnitttrate mit zunehmendem Alter an (Abbildung 6). Gemäss der

⁶ Die Ergebnisse der Modellrechnung sind mit allen Co-Faktoren sowohl auf Seiten der Frauen als auch auf Seiten der Spitäler kontrolliert.

Modellrechnung des Obsan ist für Frauen über 35 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt 1.7-mal grösser als für Frauen unter 26 Jahren. Aus medizinischer Sicht ist diese Zunahme unter anderem darauf zurückzuführen, dass mit höherem Alter das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen – insbesondere Schwangerschaftsdiabetes, Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie und Eklampsie –, aber auch die Möglichkeit von Mehrlingsschwangerschaften (u.a. aufgrund des Einsatzes von modernen Reproduktionstechnologien) steigt. Zudem nimmt der Anteil Frauen, die bei einer früheren Geburt bereits mit Kaiserschnitt entbunden haben, zu. Die Anzahl bereits erfolgter Schwangerschaften (Parität) wird in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS bei den Daten zu den Müttern nicht abgebildet.

Sowohl Schwangerschaftskomplikationen als auch ein Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt können medizinische Indikationen für eine (geplante) Kaiserschnittgeburt sein. Nach vorausgegangenen Kaiserschnittgeburten sind gewisse Geburtsrisiken (z.B. Plazentastörungen, Risiko eines Gebärmutterrisses) erhöht (vgl. Ziff. 2.4.1).

Abb. 6: Kaiserschnittrate pro Altersgruppe, 2010



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

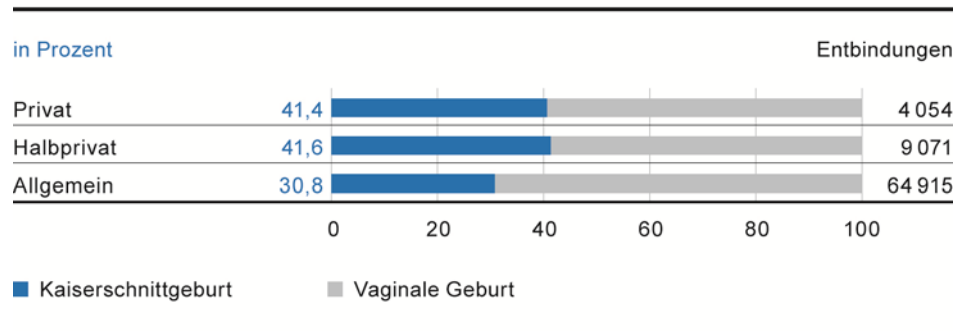
Die oben erwähnten regionalen Unterschiede in der Kaiserschnittrate können jedoch nur zu einem kleinen Teil durch regionale Unterschiede im Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt erklärt werden.

Kaiserschnittrate und sozialer Status

Wie Abbildung 7 zeigt, lag im Jahre 2010 die Kaiserschnittrate bei Frauen der Versicherungsklassen⁷ «halbprivat» oder «privat» mit 41.6% deutlich höher als bei allgemein versicherten Frauen (30.8%). Gemäss Modellrechnung des Obsan ist für Frauen mit einer Zusatzversicherung die Wahrscheinlichkeit 1.2-mal (halbprivat) bzw. 1.3-mal (privat) grösser mittels Kaiserschnitt zu gebären als für Frauen ohne Zusatzversicherung.

Angaben zum Einfluss von Bildungsstand oder Haushaltseinkommen auf die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt liegen für die Schweiz keine vor. Studien aus Deutschland zeigen, dass Frauen mit mittlerem bis höherem Haushaltseinkommen, Frauen mit einem schlechteren Gesundheitszustand (wie starkes Übergewicht) und Frauen ohne Berufsausbildung häufiger per Kaiserschnitt entbinden. Der letztere Befund wird unter anderem mit der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft und dem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand sozial benachteiligter Frauen erklärt.

⁷ Dabei handelt es sich um die im Rahmen des Spitalaufenthaltes belegte Liegeklasse und nicht die Versicherungskategorie.

Abb. 7: Anteil der Kaiserschnitte nach Versicherungsklasse und im Vergleich zur vaginalen Geburt, 2010

Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Ein weiterer Einflussfaktor stellt der Migrationshintergrund der in der Schweiz gebärenden Frauen dar. Von allen Frauen, die im Jahr 2010 im Spital geboren haben, waren 35.1% ausländischer Herkunft (27'400 Frauen). Ihre Kaiserschnittgeburtenrate betrug 31.5%, während die Rate bei den Schweizerinnen bei 33.2% lag.

Die Ergebnisse der Modellrechnung des Obsan zeigen grosse Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts in Abhängigkeit vom Herkunftsland: die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt ist für Frauen aus Südamerika 1.5-mal und für Frauen aus Afrika und Italien 1.2-mal grösser als für Schweizerinnen.

Die Unterschiede je nach Herkunftsland sind allerdings nur zu einem gewissen Teil durch die Höhe der Kaiserschnitttrate im Herkunftsland selbst zu erklären. Internationale und nationale Forschungsergebnisse zeigen, dass weitere Faktoren wie zum Beispiel der Integrationsstatus oder die interkulturelle Verständigung in der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung eine Rolle spielen.

2.3.2 Entwicklung von der Geburtshilfe hin zur Geburtsmedizin

In allen OECD-Staaten konnte in den vergangenen Jahrzehnten die Mütter- und Säuglingssterblichkeit während der Geburt gesenkt werden. Einen wesentlichen Beitrag dazu haben medizinische Entwicklungen in der Geburtshilfe geleistet:

- Die Kaiserschnittgeburt war bis Mitte des 20. Jahrhunderts eine risikobehaftete Operation und diente nur der Rettung des Lebens der Mutter.
- Die Weiterentwicklung von Operations- und Narkosetechnik und Infektionsvorbeugung (Antibiotika) verringerten für die Frau das mit einem Kaiserschnitt verbundene Komplikationsrisiko und es rückte die Indikation «Kaiserschnittgeburt zum Wohl des noch ungeborenen Kindes» stärker in den Fokus des medizinischen Interesses.
- Dank medizintechnischer Methoden konnte der Zustand des ungeborenen Kindes überwacht werden und erste Kaiserschnitte zur Rettung des Kindes wurden unternommen.

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte führten dazu, dass Schwangerschaft und Geburt planbarer, später im Lebensverlauf realisierbar und stärker durch medizinische Massnahmen (z.B. Fortpflanzungsmedizin) beeinflussbar wurden. In internationalen Studien zu Frauengesundheit und/oder Kaiserschnitt wird deshalb oft auf den Zusammenhang zwischen der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt und dem Anstieg der Kaiserschnitttrate hingewiesen.

2.3.3 Medizinische Faktoren und Indikationen

Medizinische Leitlinien für die Geburtshilfe

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Dokumente, die medizinische Fachpersonen in spezifischen klinischen Situationen bei der Entscheidungsfindung unterstützen und die Transparenz medizinischer Entscheide fördern. Sie sind für eine evidenzbasierte und qualitätsorientierte Medizin unerlässlich, da sie im Idealfall die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Risi-

ken der möglichen medizinischen Massnahmen in kritisch geprüfter Form abbilden. Leitlinien haben Empfehlungscharakter und sind nicht mit verbindlichen Richtlinien gleichzusetzen.

Zur Kaiserschnittgeburt und zur Förderung der vaginalen Geburt liegen verschiedene internationale Leitlinien vor.⁸ Spezifische Leitlinien zur Unterstützung der Entscheidungsfindung bei der Wahl der Entbindungsart wurden in der Schweiz bislang nicht erarbeitet. Für Gynäkologinnen und Gynäkologen liegen von Seiten der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) jedoch «Expertenbriefe» zu spezifischen Themen wie «Schwangerschaft und HIV» oder «Beckenbodenprophylaxe in der Geburtshilfe» vor.⁹ Zudem wurden generelle Empfehlungen zur «Patientinnensicherheit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe»¹⁰ sowie in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Schweizerischen Stiftung Patientenschutz (SPO) ein Leitfaden für Aufklärungsgespräche erarbeitet.¹¹

Absolute und relative Indikationen für eine Kaiserschnittgeburt

Der medizinische Entscheid, einen Kaiserschnitt durchzuführen, um damit das Leben des Kindes und/oder der Mutter zu retten oder schwerwiegende gesundheitliche Schäden zu vermeiden, gilt als «absolute Indikation». Solche Indikationen liegen gemäss einer Schätzung für Deutschland bei ca. 10% aller Entbindungen per Kaiserschnitt vor und werden in Fachkreisen nicht in Frage gestellt. Als «absolute Indikationen» werden unter anderem die Querlage des Kindes, ein Nabelschnurvorfall, ein drohender Gebärmutterriss oder eine Fehllage der Plazenta eingestuft. Somit geht bei ca. 90% aller Kaiserschnittgeburten eine Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken einer Vaginalgeburt im Vergleich mit einer Entbindung per Kaiserschnitt voran. In diesen Fällen wird von sogenannten «relativen Indikationen» gesprochen. Dazu zählen unter anderem ein verzögerter Geburtsverlauf, ein pathologisches Herztonmuster des Kindes oder eine Mehrlingsschwangerschaft. In der internationalen Diskussion wird der starke Anstieg der Kaiserschnitttrate der letzten 20 Jahren unter anderem auf eine Ausweitung der sogenannten «relativen Indikationen» für eine Entbindung per Kaiserschnitt zurückgeführt. Internationale Forschungsergebnisse zeigen eine deutliche Zunahme geburtsmedizinischer Interventionen bei unproblematisch verlaufenden Schwangerschaften von insbesondere älteren Gebärenden, ohne dass gleichzeitig eine Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind messbar war. Für die Schweiz liegen keine ähnlichen Forschungsergebnisse vor. Zudem gibt es weder Leitlinien zur Definition von «absoluten» und «relativen» Indikationen, noch eine Einschätzung zu deren Anwendung bei einem Kaiserschnitt.

Begleitdiagnosen einer Kaiserschnittgeburt in der Schweiz

Die Auswertung der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Jahre 2001 bis 2010 gibt einige Anhaltspunkte über Art und Häufigkeit der Begleitdiagnosen, die bei vaginalen Geburten und bei Kaiserschnittgeburten vorliegen. Allerdings wurden in 24% der Kaiserschnittgeburten und 29% der vaginalen Geburten keine Begleitdiagnosen angegeben.

Gemäss den Daten der Medizinischen Statistik waren im Durchschnitt der Jahre 2001–2010 die Diagnosen «Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetaler Gefahrenzustand)» (19.1%), «Geburthindernis durch Lageanomalie des Feten (Querlage, Beckenendlage)» (14.4%) «Festgestellte oder vermutete Anomalie des mütterlichen Beckens» (12.3%) und «Uterusnarbe» (11.2%; meist Folge eines Kaiserschnitts bei einer früheren Geburt) die häufigsten erfassten Begleitdiagnosen bei einer Kaiserschnittgeburt. Deutlich seltener erfasst wurden die Begleitdiagnosen «Misslungene Geburtseinleitung» (2.6%), «Mehrlingsschwangerschaft» (2.5%) und «Übertragene Schwangerschaft» (1.2%).

⁸ Zu ihnen zählen jene des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Grossbritannien, der DGGG in Deutschland, des Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) in Frankreich und der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

⁹ vgl. <http://sggg.ch/files/Expertenbrief%20No%2029.pdf> sowie <http://sggg.ch/files/Expertenbrief%20No%2020.pdf> http://sggg.ch/de/members_news/1005

¹⁰ vgl. http://sggg.ch/files/Empfehlung_zur_Patientinnensicherheit_in_der_operativen_Gynaekologie_und_Geburtshilfe.pdf

¹¹ vgl. http://sggg.ch/files/Leitfaden_zum_aerztlichen_Aufklaerungsprotokoll.pdf

Im Vergleich mit den vaginalen Geburten wurden die folgenden Begleitdiagnosen bei Kaiserschnittgeburten häufiger erfasst: «Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens» (bei Kaiserschnittgeburten 72.6-mal häufiger als bei Vaginalgeburten), «Mislungene Geburtseinleitung» (20.7-mal häufiger), «Festgestellte oder vermutete Lageanomalie des Feten (Querlage, Beckenendlage)» (17.0-mal häufiger). Die Begleitdiagnose «Mehrlingsschwangerschaft» wurde bei Kaiserschnittgeburten 7.7-mal häufiger erfasst. Keine grösseren Unterschiede zeigen sich unter anderem bei folgenden Begleitdiagnosen: «Geburtsdauer von mehr als 18 (Erstgebärende) bzw. mehr als 12 Stunden (Mehrfachgebärende)» (bei 7.4% aller Vaginalgeburten und 8.5% bei Kaiserschnittgeburten), «Übertragene Schwangerschaft» (bei 1.6% aller Vaginalgeburten und 1.2% bei Kaiserschnittgeburten), «Diabetes in der Schwangerschaft» (bei 1.3% aller Vaginalgeburten und 2.2% bei Kaiserschnittgeburten).

Die Ergebnisse der statistischen Modellrechnung des Obsan weisen – unter Berücksichtigung aller anderen Einflussfaktoren – auf eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt für folgende Begleitdiagnosen hin: «Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens», «Uterusnarbe», «Hindernis durch Lage der Plazenta» sowie «Geburtshindernis durch Lageanomalie des Feten (Querlage, Beckenendlage)».

«Wunschkaiserschnitt» – Mythos oder Realität?

Als «Wunschkaiserschnitt» versteht man einen Kaiserschnitt, der ohne medizinische Notwendigkeit, allein aus persönlichen oder beruflichen Gründen der werdenden Eltern, zu einem bestimmten und vorher vereinbarten Termin durchgeführt wird. Im Unterschied dazu erfolgt ein geplanter Kaiserschnitt, für den ebenfalls oft mehrere Tage oder gar Wochen vor der Geburt ein Termin festgelegt wird, aus medizinischen Gründen. Der «Wunschkaiserschnitt» ist abzugrenzen von einem Wunsch nach einer Kaiserschnittgeburt aufgrund einer starken Geburtsangst. Hierbei handelt es sich um eine psychisch motivierte medizinische Indikation für einen geplanten Kaiserschnitt, wenn die Angst auch nach einer psychologischen Beratung vor der Geburt und dem Angebot psychologischer Unterstützung unter der Geburt weiterbesteht.

Schätzungen im Rahmen der deutschen Kaiserschnittstudie¹² gehen davon aus, dass ca. 2% aller Kaiserschnittgeburten als «Wunschkaiserschnitte» einzustufen sind. Wird diese Schätzung auf die Schweiz übertragen, wären im Jahr 2010 von allen Kaiserschnittgeburten rund 500 als «Wunschkaiserschnitt» einzustufen. Diese Studie zeigt zudem auf, dass der weitaus grösste Teil der Frauen die Kaiserschnittgeburt in erster Linie als Notfalllösung sieht und hofft bei einer späteren Geburt vaginal gebären zu können. Vergleichbare Daten oder Schätzungen für die Schweiz liegen keine vor.

2.3.4 Bedeutung der Versorgungsstrukturen

Kaiserschnitttrate nach Spitalstatus

Seit 2001 nahm die durchschnittliche Kaiserschnitttrate sowohl in den öffentlichen (von 25.0% auf 30.5%) als auch in den privaten Kliniken (von 31.9% auf 41.0%) zu. Gleichzeitig ist in privaten Kliniken der Anteil an Kaiserschnittgeburten markant höher ist als in öffentlichen Spitälern. Dieses Ergebnis widerspiegelt sich auch im Bericht zu den Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler.¹³ Die Ergebnisse der Modellrechnung des Obsan zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts in einem öffentlichen Spital halb so gross ist wie in einem Privatspital.

Kaiserschnitttrate nach Spitalstatus und Alter der Gebärenden

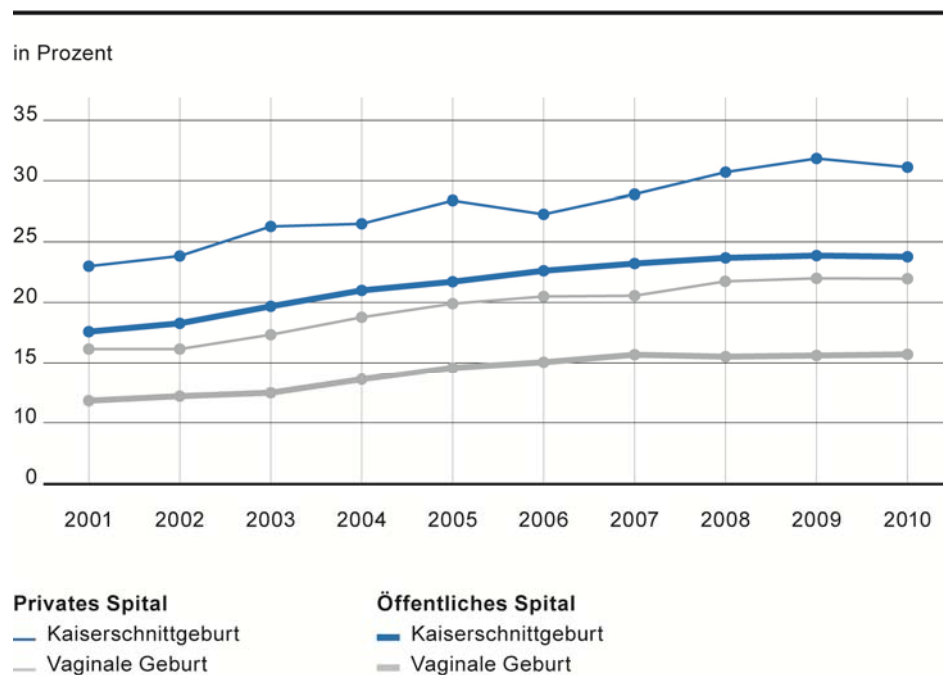
Abbildung 8 zeigt, dass die Kaiserschnitttrate bei Frauen ab 35 Jahren in Privatkliniken höher ist als in öffentlichen Spitälern. Gleichzeitig liegt der Anteil von Frauen über 35 Jahren auch bei einer Vaginalgeburt in Privatkliniken über jenem in öffentlichen Kliniken. Dieses Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass

¹² http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf

¹³ Bundesamt für Gesundheit. Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2010. Bern

Frauen ab einem höheren Alter – unabhängig vom Geburtsmodus – zur Entbindung eher eine Privatklinik wählen. Empirische Belege für diesen Zusammenhang gibt es nicht.

Abb. 8: Spitalstatus, Entbindungsart und Anteil der über 35-jährigen Frauen, Schweiz 2001–2010



Datenquelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Kaiserschnitttrate nach Spitaltyp

Die Ergebnisse der Obsan-Modellrechnung zeigen beim Vergleich von Regional- und Kantonsspitalern mit Universitätsspitalern keinen Unterschied in der Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt auf. Die um 1.2-mal bzw. 1.3-mal grössere Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt in den Universitätskliniken lässt sich durch die grössere Zahl von Risikogeburten, die an diese Kliniken überwiesen werden, erklären.

Kaiserschnitttrate nach Sprachregion

Die Ergebnisse der Obsan-Modellrechnung zeigen aber auch, dass die Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt in einem Spital in der deutschsprachigen Schweiz nicht signifikant höher ist als in einem Spital der französisch- oder italienischsprachigen Schweiz.

Rollenteilung in der Geburtshilfe

Die OECD sieht einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Medizinorientierung in der Geburtshilfe und der Rollenverteilung zwischen ärztlichen Geburtshelfer/-innen und Hebammen. In der Schweiz besitzen frei praktizierende Hebammen grosse Autonomie und Handlungskompetenz in der Betreuung normal verlaufender Schwangerschaften und Geburten (vgl. Geburtshäuser, Geburten mit Beleghebammen, von Hebammenteams geleitete Geburten). Bei der Betreuung einer Risikoschwangeren arbeitet die Hebamme unter ärztlicher Leitung. In der Schweiz findet der weitaus grösste Teil der Entbindungen in Spitälern statt. Ärztliche Geburtshelfer/-innen tragen auch aufgrund der haftpflichtrechtlichen Situation die Letztverantwortung bei einer Spitalgeburt (Ziff. 2.3.5). Ergebnisse einer Befragung von deutschschweizer Hebammen mit einer Anstellung in einem Spital aus dem Jahr 2008 zeigen, dass die Eigenständigkeit der Hebammen respektiert wird, die Rollen- und Kompetenzverteilung jedoch in vielen Spitälern nicht ausreichend klar formuliert ist.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser lassen keine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Medizinorientierung in der Geburtshilfe, der Rollenverteilung und deren Einfluss auf die Kaiserschnitttrate zu, da die Daten zu den spitalseitigen Angaben keine diesbezüglichen Indikatoren

(z.B. Stellung der Hebammen) enthalten. Die Ergebnisse der Modellrechnung des Obsan weisen jedoch darauf hin, dass auf Ebene der Spitäler rund 16% der Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit einer Kaiserschnittgeburt weder durch soziodemographische Merkmale der Mutter noch durch medizinische Begleitdiagnosen oder weitere verfügbaren Informationen über die Spitäler (Typologie, Rechtsform) zu erklären sind

2.3.5 Haftpflicht- und strafrechtlicher Kontext

In medizinischen Fachzeitschriften (Schweiz und Deutschland) werden im Zusammenhang mit der Zunahme der Kaiserschnittgeburten auch gestiegene Sicherheitsbedürfnisse von Seiten der Patientinnen und der Ärzteschaft diskutiert sowie auch haftpflichtrechtliche Fragen aufgeworfen.

Wie bei allen wirtschaftlichen Aktivitäten kommt heute der Identifizierung, Bewertung und Bewältigung der Risiken mit Blick auf das Haftpflichtrecht auch bei der ärztlichen Tätigkeit deutlich mehr Bedeutung zu als dies früher der Fall war. Exemplarisch für diese Entwicklung im Bereich des Haftpflichtrechts in der Geburtshilfe steht der einschlägige Bundesgerichtsentscheid vom 9. Juli 2010¹⁴, durch welchen ein Spital aufgrund der schweren Hirnschädigung eines neugeborenen Kindes als haftpflichtig erklärt und somit zur Zahlung von Schadenersatz und Genugtuung verpflichtet wurde. Grundsätzlich unterscheidet sich die Aktivität einer Gynäkologin bzw. eines Gynäkologen unter haftpflicht- und strafrechtlichen Gesichtspunkten nicht von jenen von Ärztinnen und Ärzten in anderen Fachgebieten: Generell haftet die Ärztin bzw. der Arzt nur bei einer Pflichtverletzung. Diese ist nur dann gegeben, wenn ein ärztliches Vorgehen nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und damit ausserhalb der objektivierten ärztlichen Kunst steht. Medizinische Fachpersonen haben für jene Risiken, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung (und auch mit der Krankheit) an sich verbunden sind, nicht einzustehen. Im Zusammenhang mit den steigenden Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht kommen nicht nur der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit (Anamnese, Diagnose und Behandlung), sondern auch der Pflicht zur umfassenden Aufklärung der Patientinnen und Patienten und der Pflicht zur Sicherstellung der notwendigen organisatorischen Massnahmen (gerade in einem Spital) grosse Bedeutung zu. Zudem muss es gelingen, diese Aktivitäten möglichst lückenlos dokumentieren zu können.

Als Besonderheit ist bei der Gynäkologie mit Geburtshilfe zu beachten, dass sich eine bei der Geburt des Kindes eintretende Schädigung auf dessen gesamte Lebensspanne auswirkt. Hinzu kommt zudem, dass bei einer Geburt auch für die Mutter ein Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko besteht und somit letztlich die Gesundheit und das Leben zweier Menschen betroffen sein kann. Als Folge davon haben geburtshilfeleistende Gynäkologinnen und Gynäkologen heute innerhalb der Ärzteschaft in der Schweiz die höchsten Prämien für ihre Haftpflichtversicherung zu entrichten.¹⁵

Bei einer Verletzung der Sorgfaltspflicht im Rahmen einer Geburt haben medizinische Geburtshelfer/-innen und Hebammen gegebenenfalls auch mit strafrechtlichen Sanktionen zu rechnen.

Die weitere Entwicklung der Anwendung des Haftpflichtrechts in der geburtshilflichen Praxis ist nur schwer voraussehbar. Das Bundesgericht hat in seinen bisherigen Urteilen regelmässig betont, dass die Besonderheit der ärztlichen Kunst darin liegt, durch Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken, ohne diesen garantieren zu müssen. In der Gesellschaft ist tendenziell eine Anspruchshaltung feststellbar, die auf den garantierten Erfolg der medizinischen Behandlung ausgerichtet ist. Nicht auszuschliessen ist zudem, dass die stetig zunehmenden Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik auch in der Geburtshilfe zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Haftpflichtrechts führen. Der Einfluss entsprechender Gerichtsurteile auf die Praxis der Geburtshilfe wurde bislang nicht untersucht. Somit bleibt die Frage offen, ob Gerichtsurteile mit Haftpflichtfolgen tendenziell eine Geburtshilfe mit zunehmenden geburtsmedizinischen Eingriffen – inklusive Kaiserschnittgeburt – fördern.

¹⁴ <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>

¹⁵ Gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) Art. 40 gehört der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung zur Berufspflicht aller Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben.

2.4 Folgen von Kaiserschnittgeburten

Forschungsinstitutionen in Grossbritannien (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) und den USA (National Institute of Health, NIH) haben die wissenschaftliche Beweislage (empirische Evidenz) der gesundheitlichen Folgen eines geplanten Kaiserschnitts im Vergleich mit einer geplanten vaginalen Geburt beurteilt.¹⁶ Eine auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge basierende Beurteilung ist dabei jedoch nicht möglich. Die dafür notwendigen Forschungsprojekte (z.B. umfassende randomisierte Kontrollstudien) fehlen sowohl in der Schweiz als auch im Ausland.

2.4.1 Mütterliche Morbidität und Mortalität

In der Schweiz treten lediglich nach 2 von 100 Geburten so grosse gesundheitliche Probleme bei der Mutter auf, dass eine Rehospitalisation notwendig wird. Bei einer Kaiserschnittgeburt ist diese Rate leicht höher (2.13% im Vergleich zu 1.93% bei einer Vaginalgeburt). Die häufigste Diagnose bei einer Rehospitalisation sind Brustentzündungen und Wochenbettfieber, gefolgt von Nachblutungen bei Vaginalgeburten und Infektionen der Wunde bei einer Kaiserschnittentbindung. Die Unterschiede zwischen den beiden Entbindungsarten sind gering.

Gemäss Leitlinien zur Kaiserschnittgeburt zeigen sich die längerfristigen Folgen einer Kaiserschnittgeburt bei erhöhten Risiken in Folgeschwangerschaften und -geburten (v.a. Plazentastörungen, Plazenta vor dem Muttermund, Gebärmutterriss bei der Geburt). In den meisten Fällen ist deshalb eine engmaschigere Überwachung notwendig und das Risiko einer weiteren Kaiserschnittgeburt steigt. Gemäss der Obsan-Modellrechnung ist nach einer Kaiserschnittgeburt – unter Berücksichtigung aller weiteren Einflussfaktoren – die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Kaiserschnittgeburt 20-mal grösser als nach einer vaginalen Geburt. Weitere Forschungsdaten zu erhöhten gesundheitlichen Risiken bei Folgeschwangerschaften und Geburten nach einem Kaiserschnitt liegen in der Schweiz nicht vor.

Bezüglich der Sterblichkeit der Mutter infolge einer Geburt weisen die Studien aus Ländern mit hochentwickelten Gesundheitssystemen keine Unterschiede zwischen den Entbindungsarten auf. In der Schweiz beträgt die Müttersterblichkeit im Jahr 2010 weniger als 4 Todesfälle pro 100'000 Geburten.

2.4.2 Kindliche Morbidität und Mortalität

In der Schweiz mussten im Zeitraum von 2001 bis 2010 durchschnittlich 3 von 100 Neugeborenen innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt rehospitalisiert werden. Dabei zeigen sich deutliche kantonale Unterschiede: bei knapp 5% lag die Rehospitalisationsrate in den Wohnkantonen Basel-Landschaft (5.2%) und Basel-Stadt (4.9%). In den Wohnkantonen Zug und Uri lag die durchschnittliche Rate bei je 1.5%. Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser lassen dabei jedoch keine Verbindung zur Entbindungsart herstellen. Im Datensatz der Neugeborenen wird die Geburtsart nicht erfasst und die beiden Datensätze «Mutter» bzw. «Kind» lassen sich nicht verknüpfen.

Lungenfunktionsstörungen (Atemnotsyndrom) sind die wichtigsten gesundheitlichen Folgen einer Kaiserschnittgeburt für das Neugeborene. Sie führen kurzfristig zu erhöhtem medizinischem Behandlungsbedarf (z.B. Brutkasten), sind aber in den allermeisten Fällen nicht lebensbedrohend.

Ungeachtet der Geburtsart treten Atemnotsyndrome in der Schweiz bei etwa 4 (3.8%) von 100 lebendgeborenen Kindern auf und sind für etwas mehr als 50% aller Hospitalisationen von Neugeborenen verantwortlich. Das Risiko eines Atemnotsyndroms nimmt mit zunehmender Schwangerschaftsdauer ab. Die Daten internationaler Studien zum erhöhten Risiko bei einem geplanten Kaiserschnitt im Vergleich zu einer geplanten Vaginalgeburt sind widersprüchlich, da nicht in allen Fällen bezüglich der Schwangerschaftsdauer (Gestationsalter) korrigiert wurde. Bei geplanten Kaiserschnitten nach der 39. Schwangerschaftswoche sind in den meisten Studien keine signifikanten Unterschiede zu einer Vaginalgeburt mehr feststellbar. Dies zeigen auch die bisher einzigen Forschungsergebnisse aus der Schweiz.¹⁷ Bei geplanten Kaiserschnittgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche waren die Risiken des Atemnot-

¹⁶ Vgl. <http://guidance.nice.org.uk/CG132/Guidance/pdf/English> und <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf>

¹⁷ <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/6/e1064.full.pdf>

syndroms und der Verlegung auf die Neonatologie im Vergleich zu einer geplanten vaginalen Geburt signifikant erhöht. Bei den termingeborenen Säuglingen nach der vollendeten 39. Schwangerschaftswoche waren die beschriebenen Risiken statistisch nicht mehr nachweisbar. Leitlinien der Geburtshilfe empfehlen deshalb, geplante Kaiserschnittgeburten erst nach der 39. Schwangerschaftswoche durchzuführen.

Resultate internationaler Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko verschiedener gesundheitlicher Langzeitfolgen für Kinder, die mit einem Kaiserschnitt geboren wurden. So haben diese Kinder eine um 20% erhöhte Risiko an einem kindlichen Diabetes Typ 1 zu erkranken. Dies wird mit der Hypothese einer verzögerten Reifung des Immunsystems (weniger Kontakt mit mütterlichen Keimen als bei einer vaginalen Geburt) sowie einer unterschiedlichen Stressbelastung bei einer Kaiserschnittgeburt (plötzlicher Stress) als bei einer vaginalen Geburt (langsam sich aufbauender Stress) diskutiert. Zudem besteht ein bis zu 50% erhöhtes Risiko an Asthma zu erkranken. Dabei sind Kleinkinder asthmatischer Mütter aufgrund der bestehenden genetischen Vorbelastung besonders gefährdet.

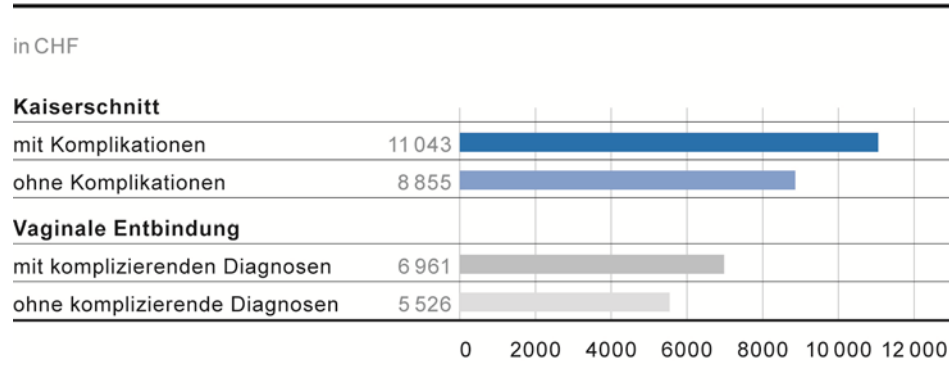
Die Ergebnisse internationaler Studien zur *Mortalität*¹⁸ von Neugeborenen in Abhängigkeit vom geplanten Geburtsmodus sind widersprüchlich. In der Schweiz lag die perinatale Mortalität im Jahr 2010 bei 7 pro 1000 Tot- und Lebendgeburten und jene der neonatalen Mortalität im Durchschnitt bei 3.1 pro 1000 Lebendgeburten. Die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit betrug 2010 3.8 pro 1000 Lebendgeburten. Die Forschungsergebnisse aus der Schweiz deuten darauf hin, dass ein unterschiedliches Mortalitätsrisiko bei geplanten Kaiserschnittgeburten im Vergleich zu geplanten Vaginalgeburten nach der vollendeten 39. Schwangerschaftswoche nicht mehr signifikant messbar ist. Die Forschungsergebnisse aus der Schweiz zeigen jedoch bei einer geplanten Kaiserschnittgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche eine erhöhte Mortalität im Vergleich zur geplanten Vaginalgeburt. In diese Studie wurden keine bestehenden Schwangerschaftskomplikationen und Indikationen einer Kaiserschnittgeburt berücksichtigt

2.4.3 Geburtskosten

Die Kosten einer Geburt sind stark von der Entbindungsart abhängig. In den in den Statistiken ausgewiesenen Kosten sind auch die Kosten für den anschliessenden stationären Aufenthalt im Spital enthalten. Gemäss Angaben der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser betrug 2010 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach einer Vaginalgeburt 5.4 Tage (2001 5.9 Tage) und nach einer Kaiserschnittgeburt 7.4 Tage (2001 9.0 Tage). Bei beiden Entbindungsarten konnte in den letzten zehn Jahren ein leichter Rückgang bei der Aufenthaltsdauer festgestellt werden. Ob die Entbindung in einem öffentlich-rechtlichen Spital oder in einem Privatspital stattfand, hatte keinen nennenswerten Einfluss auf die Aufenthaltsdauer.

Während eine Geburt mittels Kaiserschnitt 2010 im Durchschnitt rund 9'900 Franken kostete, betragen die durchschnittlichen Kosten für eine Vaginalgeburt im Spital knapp 6'200 Franken (Abbildung 9). Die Kostendifferenz ist in den letzten Jahren mehr oder weniger unverändert geblieben. Zum aktuellen Zeitpunkt (Herbst 2012) kann aufgrund fehlender Daten keine Aussage darüber gemacht werden, wie die Kostenunterschiede nach Einführung der neuen Fallpauschalen gemäss SwissDRG per 1. Januar 2012 ausfallen werden.

¹⁸ Die Mortalität wird in Abhängigkeit zum Lebensalter definiert. Mit der perinatalen Mortalität wird der Anteil Totgeburten und Todesfällen in den ersten sechs Lebenstagen je 1000 Lebend- und Totgeburten gemessen. Die neonatale Mortalität ist die Zahl Todesfälle bis 28 Tage nach Geburt je 1000 Lebendgeburten. Die Säuglingssterblichkeit ist die Zahl Todesfälle im ersten Lebensjahr pro 1000 Lebendgeburten. Vgl. auch <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.html>

Abb. 9: Mittlere Kosten in Schweizer Franken pro Geburt nach APDRG, 2010

Die Qualität der zur Verfügung stehenden Daten der Fallkostenstatistik (geringe Fallzahlen, fehlende Repräsentativität) erlauben insgesamt keine weiteren Kostenberechnungen. Dies bedeutet, dass im vorliegenden Bericht weder Kosten in Zusammenhang mit Einflussgrössen einer Geburt (z.B. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen) noch eine Schätzung der gesamten Spitalkosten einer Geburt abgebildet werden können.

Ein wesentlicher Kostenfaktor kann auch die Verlegung des Neugeborenen auf die Intensivstation der Neonatologie sein. Allerdings besteht heute keine Möglichkeit diese Kosten im Rahmen einer statistischen Auswertung mit der Entbindungsart und den Kosten der Geburt selbst zu verknüpfen.

2.5 Handlungsansätze im Umgang mit geplanten Kaiserschnittgeburten

Verschiedene Organisationen auf internationaler sowie nationaler Ebene, wie die WHO und die OECD aber auch Berufs- und Fachverbände im Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie, weisen auf die Notwendigkeit hin, geplante Kaiserschnitte hinsichtlich ihrer Indikation zu überprüfen, dabei jedoch der Gesundheit von Mutter und Kind oberste Priorität einzuräumen.

Auf verschiedenen Ebenen werden daher Überlegungen zu wirksamen Handlungsansätzen im Umgang mit geplanten Kaiserschnittgeburten unternommen und entsprechende Empfehlungen formuliert. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Beratung und Begleitung von Schwangeren und Information der Öffentlichkeit

- Die Beratung von Schwangeren auf wissenschaftliche Evidenz basieren sowie die Begleitung auf die Bedürfnisse der Patientinnen zentrieren (u.a. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE).
- Die Öffentlichkeit verstärkt über die Vorteile der vaginalen Geburt informieren.

Leitlinien und Qualitätssicherung

- Geburtsbezogene Diagnosekriterien in Anlehnung an Leitlinien standardisieren und regelmässig deren Anwendbarkeit überprüfen (u.a. NICE).
- Monitoring und Audits bei Indikationen einer geplanten Kaiserschnittgeburt einführen.
- Zweitmeinungen (Second Opinion) bei einer geplanten Kaiserschnittgeburt sowie Fallbesprechungen (Qualitätszirkel) zum Qualitätsstandard erklären (u.a. WHO, NICE).

Interprofessionalität und Aufgabenteilung

- Interprofessionelle Zusammenarbeit der bei Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung tätigen Berufsgruppen fördern (u.a. OECD, NICE).
- Aktive und kontinuierliche Geburtenbegleitung durch ein Hebammenteam.
- Delegation vermehrter Verantwortung an Hebammen für die Betreuung risikoarmer Schwangerschaften und Geburten (u.a. OECD).

Aus- und Weiterbildung von Berufsfachleuten der Geburtshilfe

- Die Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen medizinisch nicht indizierter Kaiserschnittgeburten vermehrt in die Aus- und Weiterbildung von ärztlichen Geburtshelferinnen aufnehmen (WHO).

3 Einschätzung der Expertinnen und Experten

Der wissenschaftliche Grundlagenbericht wurde Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen (vgl. Ziff. 1.2) zur Stellungnahme unterbreitet. Im Nachgang wurden die Expertinnen und Experten zu einer Gesprächsrunde eingeladen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Diskussion dargestellt.

3.1 Einschätzung der aktuellen Situation

In den schriftlichen Stellungnahmen und der Grundsatzdiskussion mit den Expertinnen und Experten bestand fachübergreifende Einigkeit darin, dass in der Debatte zu Handlungsbedarf und Massnahmen rund um die Kaiserschnitttrate die Gesundheit von Mutter und Kind und die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Kaiserschnittgeburten im Zentrum stehen müssen. Das Ziel sämtlicher Handlungsempfehlungen sollte nicht primär die Senkung der Kaiserschnitttrate, sondern die Senkung der neonatalen Mortalität und Morbidität – ungeachtet der Geburtsart – sein.

In der Einschätzung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Analyse zeigten sich jedoch die unterschiedlichen Positionen der verschiedenen Berufsgruppen deutlich, wie die folgende Zusammenfassung zeigt.

Einschätzung durch medizinische Fachpersonen der Gynäkologie

Die Vertreter/-innen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) weisen auf die steigende Kaiserschnitttrate als ein weltweites Phänomen hin. Eine evidenzbasierte Erklärung der Zunahme der Kaiserschnitttrate in der Schweiz kann aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht gegeben werden. Zudem fehlt aus Sicht der befragten Fachpersonen der wissenschaftliche Nachweis, dass eine Kaiserschnittgeburt tatsächlich schädigender ist als eine vaginale Geburt. Aus fachärztlicher Sicht im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe besteht deshalb kein Handlungsbedarf zur Senkung der Kaiserschnitttrate.

Zur Erklärung der Situation in der Schweiz weisen die befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen vor allem auf Einflussfaktoren auf Seite der Frauen, die miteinander in Verbindung gebracht werden müssen, hin. Dazu zählen unter anderem das steigende mütterliche Alter und die damit einhergehende Zunahme von Risiken unter der Schwangerschaft und Geburt (z.B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, Übergewicht) sowie die Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften und -geburten. Auch das gesteigerte Bedürfnis der Frauen nach einer selbstbestimmten Geburt und eine erkennbare abnehmende Risikobereitschaft sowie die Erwartungshaltung, dass ein gesundes Kind garantiert werden könne, sind als wichtige Einflussfaktoren zu werten. Zudem sind spezifische kindliche Risiken, zum Beispiel bei einer Geburt nach vorgängigen Kaiserschnittgeburten oder bei einer Beckenendlage, wissenschaftlich belegt. Auch spitalseitige Faktoren wie die regionalen und kantonalen Unterschiede oder jene zwischen öffentlichen und privaten Spitälern müssten genauer untersucht werden.

Einschätzung durch Hebammen

Aus Sicht des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) liefern die Ergebnisse der wissenschaftlichen Analysen wichtige Hinweise zur Einordnung der Situation für die Schweiz. In Abgrenzung zur Haltung der SGGG (s.o.) betont der SHV, dass die hohe Kaiserschnitttrate nach einer eingehenden Betrachtung und Beantwortung offener Fragen verlangt. Dazu zählt unter anderem die Frage der teilweise grossen kantonalen Unterschiede, die nicht hinreichend durch Merkmale der Frauen (z.B. Alter) erklärt werden können. Der internationale Vergleich wirft die Frage auf, ob die Schweiz mit ihrer im Vergleich zu nordeuropäischen Ländern hohen Kaiserschnitttrate eine bessere perinatale Gesundheit von Mutter und Kind erzielt. Ein Kaiserschnitt ist aus Sicht des SHV ein invasiver Geburtseingriff, der zur Anwendung kommt wenn ein besseres Resultat zu erwarten ist als bei einer vaginalen Geburt. Die Statistik der Säuglingssterblichkeit der OECD weist keinen Zusammenhang zwischen einer hohen Kaiserschnitttrate und einer tiefen Mortalität auf. Zudem ist in den letzten 10 Jahren bei stark steigender Kaiserschnitttrate keine Abnahme der Säuglingssterblichkeit zu beobachten.

Der SHV bedauert, dass diese Fragen aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht abschliessend beantwortet werden können. Eine systematische Erfassung gesundheitspezifischer Daten zu Mutter und Kind ist daher dringend notwendig. Des Weiteren braucht es u.a. weiterführende Forschungen, um eine evidenzbasierte Informationsarbeit leisten zu können. Zudem sollten die Kosten der verschiedenen Geburtsformen eingehender untersucht und Fehl-

anreize beseitigt werden. Die Stärkung der Interdisziplinarität und das Überdenken der Rollenverteilung zugunsten der Frau und des Kindes ist ein weiterer wichtiger Handlungsansatz aus Sicht des SHV.

3.2 Einschätzung des Handlungsbedarfs und Empfehlungen für weiterführende Massnahmen

Wie bereits dargelegt (Ziff. 3.1) sehen die Expertinnen und Experten den Handlungsbedarf v.a. in der Wahrung der Gesundheit von Mutter und Kind, der Senkung der Mortalität und der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Kaiserschnitte. Die Sicherstellung der Qualität in der Geburtshilfe und die dazu notwendige Verbesserung der Datenlage (Statistik, Monitoring und Forschung) stehen somit im Zentrum der Diskussion zum Handlungsbedarf. Die Interdisziplinarität wird als Querschnittsaufgabe und Grundhaltung des professionellen Handelns verstanden. Die folgenden Schwerpunkte des Handlungsbedarfs und der Massnahmen geben die Sicht der Expertinnen und Experten wieder und entsprechen nicht zwangsläufig der Meinung des Bundesrates. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

Statistik/Monitoring/Grundlagenforschung

Bedarf nach qualitativ hochwertiger Datengrundlage (Statistik, Monitoring) für die Schweiz zu den Themen «Lebensanfang» und «Neantologie»

Massnahmen

- Minimaldatensatz für den Aufbau einer Nationalen Perinatalstatistik erarbeiten.
- Möglichkeiten zur Verknüpfung der Datensätze zu Mutter und Kind, die im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erfasst werden, prüfen.
- Möglichkeiten zur Verpflichtung der Spitäler (öffentlich und privat) prüfen, die Indikationsdaten für Kaiserschnittgeburten während einer definierten Dauer zu erfassen. In diese Erfassung ist auch die Unterscheidung nach geplantem und Notfall-Kaiserschnitt aufzunehmen.
- Monitorings in den Geburtskliniken zum Zeitpunkt eines geplanten Kaiserschnitts aufbauen, um damit die Umsetzung der Empfehlung «geplante Kaiserschnittgeburt und Vermeidung Atemnotsyndrom», zu prüfen.

Bedarf nach Begleitforschung DRG und interdisziplinärer Forschung zu verschiedenen Themen von Schwangerschaft und Geburt

Massnahmen

- Das Thema «Geburt» in die Begleitforschung zur Umstellung auf SwissDRG aufnehmen und zudem die Wirkung (Anreizfunktion) von Tarifsystemen für die eine oder andere Geburtsform untersuchen.
- Interdisziplinär ausgerichtete Grundlagenforschung und klinische Forschung zum Lebensanfang, den unterschiedlichen Geburtsorten (Spital, Geburtshaus, zu Hause) fördern. Insbesondere Förderung von Forschungsprojekten, die den Einfluss der unterschiedlichen Organisationsformen und Abläufe in den Spitälern auf die Wahl des Geburtsmodus untersuchen.

Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und Guidelines

Bedarf an evidenzbasierten Empfehlungen und Sicherstellung des Wissenstransfers zwischen Forschung und Praxis

Massnahmen

- Fachgesellschaften erarbeiten in einem interdisziplinären Prozess Leitlinien zur Kaiserschnittgeburt.
- Fachgesellschaften aktualisieren bestehende Leitlinien auf der Grundlage evidenzbasierter Daten (u.a. prospektive Studien, Audits) und stellen somit den Wissenstransfer von Forschung zu Praxis sicher.

Versorgung und Tarifstrukturen

Bedarf nach Prüfung der Versorgungsabläufe und der Tarifsysteme

Massnahmen

- Die GDK hat Richtlinien zu den Versorgungsabläufen einer Notfallentbindung erlassen, in denen die Geburtshäuser nicht berücksichtigt sind. Diese Richtlinien sollten jedoch auch für die Geburtshäuser gelten.
- Es gilt zu prüfen, inwiefern die Fallkosten einer vaginalen Geburt im Rahmen von SwissDRG die effektiven Vollkosten (d.h. inkl. den Leistungen zur Aufrechterhaltung der krankenhausbasierten Notfallbereitschaft (Vorhalteleistung) berücksichtigen. Die Einführung eines Einheitstarifs «Geburt» im Rahmen des SwissDRG wäre zu prüfen.
- Qualitätsanforderungen für Geburtsabteilungen festlegen (z.B. Mindestfallzahlen von Geburten pro Jahr (Strukturqualität)).

Interdisziplinarität und Bildung

Bedarf nach verstärkter Zusammenarbeit der Fachgesellschaften

Massnahmen

- Kommunikation und teamorientierte Zusammenarbeit der Fachpersonen im Bereich der Geburtshilfe stärken und Transparenz fördern. Die in Geburtshäusern tätigen Hebammen in diesen Prozess einbeziehen.
- Ein ganzheitliches Rollenverständnis bei allen Beteiligten im Rahmen der Geburtshilfe fördern und eine strikte Trennung der Zuständigkeiten von medizinischen Geburtshelfer/-innen und Hebammen vermeiden.
- Das Thema «Geburt» ist bereits in diversen Lehrplänen und Weiterbildungslehrgängen der Humanmedizin eingebunden. Zudem gibt es Lehrgänge für Hebammen an Fachhochschulen. In den Weiterbildungsangeboten wäre jedoch die Möglichkeit der Vertiefung des Themas «Geburt» auch unter dem Aspekt der Interdisziplinarität zu prüfen.

Information und Gesundheitsförderung

Bedarf nach verstärkter Information und Aufklärung zur Kaiserschnittgeburt und Unterstützung der Frauen im Entscheidungsprozess

Massnahmen

- Transparente Informationstätigkeit auf der Basis wissenschaftlich fundierter Daten zu allen Geburtsformen verstärken.
- Frauen in Entscheidungsfindungsprozessen unterstützen, ihre Bedürfnisse besser wahrnehmen.
- Fachgesellschaften informieren Frauen umfassend zu verschiedenen Entbindungsmethoden und klären die Öffentlichkeit über die Faktenlage zum Thema «Wunschkaiserschnitt» auf.

Bedarf nach umfassender Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung

Massnahmen

- In der Schwangerschaftsbegleitung, Themen einer breiter gefassten Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Adipositas, Diabetes, Alkohol- und Tabakkonsum) frühzeitig aufnehmen und ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) im Rahmen der Grundversorgung etablieren.
- Das Thema «Lebensanfang» in die nationalen Präventionsprogramme aufnehmen.

4 Fazit aus Sicht des Bundesrates

Der Bericht weist klar darauf hin, dass der Anteil der Kaiserschnittrate in der Schweiz und deren Folgen von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und deshalb nicht mit einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen erklärt werden kann. Der Bundesrat kann deshalb keine abschliessende Antwort zu den Ursachen und Auswirkungen der Kaiserschnittrate in der Schweiz geben.

Es ist unbestritten, dass die medizintechnologische Entwicklung in der Geburtshilfe wesentlich dazu beigetragen hat, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit während einer Geburt zu senken. Der Bundesrat teilt die Einschätzung der Expertinnen und Experten der Geburtshilfe, dass das Ziel sämtlicher Handlungsansätze im Umgang mit dem Kaiserschnitt dahin gehen muss, die Morbidität und Mortalität des Kindes und der Mutter weiter zu senken und die Qualität in der Geburtshilfe weiter zu fördern. Der Bundesrat erachtet es zudem als wichtig, die unmittelbaren gesundheitlichen Risiken einer Kaiserschnittgeburt für das Kind sowie die längerfristigen Folgen für Mutter und Kind nicht zu unterschätzen. Er fordert daher die Berufs- und Fachverbände der Geburtshilfe auf, die medizinische Indikation geplanter Kaiserschnittgeburten hinsichtlich ihrer Notwendigkeit zu überprüfen und die hierfür notwendigen Daten zu sammeln.

Ein Kaiserschnitt ist ein geburtsmedizinischer Eingriff und liegt damit in der Verantwortung der medizinischen Fachpersonen in der Geburtshilfe. Die von den Expertinnen und Experten formulierten Handlungsempfehlungen zeigen, dass diese Verantwortung wahrgenommen wird und in einigen Bereichen verstärkt werden soll. Als besonders wichtige Aufgaben der Fachgesellschaften, die im Bereich der Geburtshilfe tätig sind, erachtet der Bundesrat folgende Massnahmen:

- die Ausarbeitung interdisziplinärer Empfehlungen zur Kaiserschnittgeburt, die auf evidenzbasiertem Wissen gründen und regelmässig aktualisiert werden;
- den Aufbau spitalinterner Monitorings zu den medizinischen Indikationen geplanter Kaiserschnittgeburten. Dabei soll auch die Umsetzung der Empfehlung, geplante Kaiserschnitte erst nach der 39. Schwangerschaftswoche durchzuführen, geprüft werden;
- die umfassende Information der Schwangeren, aber auch der Öffentlichkeit zu den Vor- und Nachteilen einer Kaiserschnittgeburt im Vergleich mit einer vaginalen Spontangeburt;
- die Aufnahme des Themas «Geburt» in die Begleitforschung des SwissDRG mit den hierfür verantwortlichen Stellen prüfen und die Relevanz sowie die Überprüfbarkeit bestimmter Forschungsfragen klären.

In den Handlungsempfehlungen der Expertinnen und Experten wird eine Ausdehnung der Datenerhebung im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser angeregt. Im Rahmen dieser Statistik werden aktuell die Daten für die Erstellung der SwissDRG Fallgruppen erhoben. Der Bundesrat erachtet es als zwingend, diesen Erhebungsprozess ungehindert von äusseren Faktoren (zum Beispiel eine Erweiterung oder Veränderung der medizinischen Klassifikation) umzusetzen.

Der Beitrag des Bundes zur Umsetzung der von den Expertinnen und Experten vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen besteht darin:

- die Verbindungsmöglichkeit der Daten, die zu den Neugeborenen und den Müttern im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erhoben werden, zu prüfen;
- die Schwangerschafts- und Geburtsthematik bei der geplanten Verlängerung des nationalen Programms »Migration und Gesundheit 2014–2017« zu berücksichtigen;
- den Lebensabschnitt «Schwangerschaft und Geburt» mittelfristig in die Ziele und Massnahmen der nationalen Präventionsprogramme aufzunehmen.