

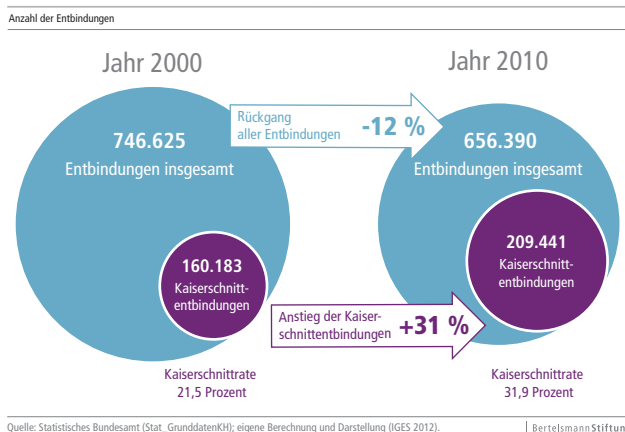
Kaiserschnittgeburten in Deutschland: Starker Anstieg und große regionale Unterschiede

Fast jedes dritte Kind wird per Kaiserschnitt geboren

Die Zahl der Kaiserschnittgeburten nimmt in Deutschland trotz rückläufiger Geburtenzahl stetig zu. 2010 lag die Kaiserschnitttrate bereits bei fast einem Drittel und damit um zehn Prozentpunkte höher als noch im Jahr 2000:

- Im Jahr 2010 wurden 31,9 % aller Kinder per Kaiserschnitt zur Welt gebracht (2000: 21,5 %).
- Deutschland gehört damit in Europa zu den Ländern mit der höchsten Kaiserschnitttrate.
- Hieraus resultiert für Deutschland jedoch keine unterdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit: Im europäischen Vergleich lässt sich kein Zusammenhang zwischen neonataler Sterblichkeit und Kaiserschnitttrate aufzeigen.

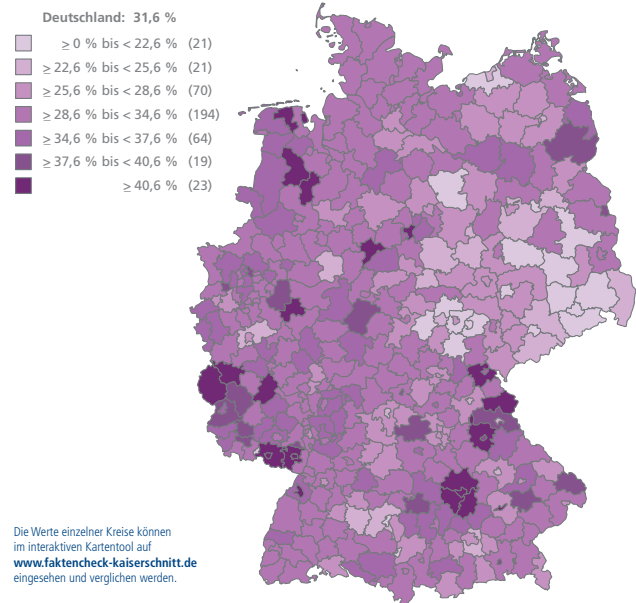
Entbindungen im Krankenhaus, 2000 und 2010



- Häufig zur Begründung für diese Unterschiede herangezogene Faktoren – wie die Altersstruktur der Mütter, der Bildungsstand, eine unterschiedliche Verteilung von Früh- oder Mehrlingsgeburten, von Kindern mit besonders hohem Geburtsgewicht oder mütterliche (Grund-)Erkrankungen – können das beobachtete Ausmaß des Anstiegs und der regionalen Variation der Kaiserschnitttrate nicht erklären.

Standardisierte Kaiserschnitttrate nach Kreisen 2010

Wohnortkreis der Mütter, nur Lebendgeborene, direkt standardisiert an den Lebendgeborenen nach den Altersgruppen der Mütter in 2010, Angaben in Prozent.



Der Faktencheck Gesundheit zeigt: Die Kaiserschnitttrate ist je nach Region sehr unterschiedlich.

- Die Kaiserschnitttrate der Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands variiert zwischen 17 % und 51 % – also um das Dreifache.
- Diese deutlichen regionalen Unterschiede sind über den Zeitverlauf hinweg weitgehend stabil.

INFO

Professorin Petra Kolip von der Universität Bielefeld hat zusammen mit dem IGES Institut in Berlin für Faktencheck Gesundheit die Entwicklung der Kaiserschnitttrate anhand von Routinedaten der BARMER GEK, Ergebnissen einer Befragung von BARMER-GEK-Versicherten jungen Müttern sowie öffentlich verfügbaren Daten untersucht.

Hintergründe

Wichtigster Einflussfaktor: Unterschiedliches Vorgehen bei relativen Indikationen

Relative Indikationen (z. B. eine Beckenendlage, eine vorangegangene Kaiserschnittgeburt) begründen 90 % aller Kaiserschnittgeburten. Sie führen nicht zwingend zur Entscheidung für einen Kaiserschnitt, sondern erfordern bei der Wahl des Geburtsweges eine sorgfältige Bewertung der Risiken für Mutter und Kind. Bei einer relativen Indikation besteht also Entscheidungsspielraum, ob eine natürliche Geburt erfolgt oder ein Kaiserschnitt durchgeführt wird.

- **Veränderungen in der Risikobewertung dieser relativen Indikationen durch die Geburtshelfer sind für den Anstieg der Kaiserschnitttrate im letzten Jahrzehnt ausschlaggebend:**

Die veränderte Risikobewertung ist unter anderem begründet durch eine defensiver ausgerichtete Geburtshilfe, haftungsrechtliche Entwicklungen, Veränderungen in der Klinikorganisation und die abnehmende Erfahrung der Geburtshelfer in der Betreuung komplizierterer Spontangeburt.

- **Diese Risikobewertung variiert und verursacht regional unterschiedliche Kaiserschnitttraten:**

Die Kaiserschnitttrate wird weniger dadurch beeinflusst, dass die für einen Kaiserschnitt relevanten Risikofaktoren regional unterschiedlich auftreten. Stattdessen wird der Entscheidungsspielraum bei den relativen Indikationen von den Geburtshelfern in den Kliniken regional unterschiedlich bewertet. Dies führt zu starken Variationen in den daraus resultierenden geburtshilflichen Vorgehensweisen.

Weitere Fakten

- **Einmal Kaiserschnitt – immer Kaiserschnitt?**

Die sogenannte Re-Sectio, also ein Kaiserschnitt als Folge einer vorangegangenen Kaiserschnittgeburt, hat einen besonders hohen Einfluss auf den Anstieg und die regionale Variation der Kaiserschnitttrate. Nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt werden weitere Kinder häufig auch per Kaiserschnitt geboren, obwohl die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) den Versuch einer vaginalen Geburt nahelegt.

- **Betreuungsmodelle in Schwangerschaft und unter der Geburt haben leichte Effekte**

Eine frühe Einbindung von Hebammen in die Vorsorge sowie eine 1:1 Betreuung unter der Geburt reduziert die Kaiserschnitttrate leicht.

- **„Wunschkaiserschnitt“ nur wenig verbreitet**

Nach Faktencheck-Ergebnissen wünschen sich ohne vorliegende medizinische Indikation nur 2 % der Schwangeren eine Kaiserschnittentbindung.

- **Häufiger geplante Kaiserschnitte in Belegabteilungen**

Geburten in Belegfachabteilungen erfolgen deutlich häufiger durch einen Kaiserschnitt als in Hauptfachabteilungen. Sie erklären etwa 9 % der Unterschiede bei allen Kaiserschnittgeburten und über 14 % der Varianz der primären Kaiserschnitttraten in den Kreisen.

- **Wirtschaftliche Aspekte**

Der Anstieg der Kaiserschnitttrate ist nicht direkt auf veränderte Anreize des Vergütungssystems zurückführbar. Bei Spontangeburt bestehen jedoch erhöhte betriebswirtschaftliche Risiken für die Krankenhäuser, da Verlauf und Dauer und damit der tatsächliche Ressourceneinsatz weniger gut vorhersehbar ist.

Weitere Zunahme in Kreisen mit geringen wie auch mit bereits hohen Kaiserschnitttraten

- Kreise, die 2007 noch eine unterdurchschnittliche Kaiserschnitttrate aufwiesen, verzeichnen 2010 häufig einen deutlich über der Entwicklung der Bundesrate liegenden Anstieg.
- Kreise, die 2007 bereits überdurchschnittliche Kaiserschnitttraten verzeichneten, erleben weiterhin einen Anstieg, allerdings etwas weniger stark.
- In den letzten Jahren ist zudem die Kaiserschnitttrate insbesondere bei den jüngeren Frauen unter 25 Jahre überdurchschnittlich stark gestiegen.

➔ *Setzen sich die Entwicklungen weiter fort, muss von einem fortwährenden Anstieg der Kaiserschnitttrate ausgegangen werden.*

Entscheidungsspielräume verantwortungsbewusst und patientenorientiert nutzen



Maßnahmen, um einem weiteren Anstieg der Kaiserschnitttrate entgegenzuwirken:

Versorgungsstrukturen

- **Hebammen Einbindung:** Die Voraussetzungen für eine hebammengeleitete Geburtshilfe sollten erhalten bzw. weiter ausgebaut werden. Neben kosten- oder vergütungsseitigen Interventionen können auch strukturelle Innovationen einen sinnvollen Beitrag leisten: Ein erfolgreiches Modell stellen z. B. die Hebammenkreißsäle dar.
- **Abstimmung und Vernetzung:** Die Kooperation bei der Schwangerenbetreuung zwischen Frauenärztinnen, -ärzten und Hebammen wird in Modellen erfolgreich erprobt. Die Förderung von multiprofessionellen Betreuungsangeboten ist verstärkt anzustreben.
- **Klinikstrukturen:** Nach Expertenmeinung finden Schwangere häufig keine Klinik (mehr), die sie bei einem Wunsch nach einer natürlichen Geburt z. B. bei Zwillingen oder nach vorangegangenem Kaiserschnitt unterstützt. Häufig fehlen praktische Erfahrungen der Geburtshelfer. Ein geeigneter Weg (in dicht besiedelten Gebieten) kann die Spezialisierung einiger Geburtskliniken auf die Beratung und Betreuung von werdenden Müttern in diesen besonderen Situationen darstellen.

Leitlinien

- Bestehende Leitlinien bieten Geburtshelfern heute nur bedingt Orientierung. Eine Weiterentwicklung der Evidenz und die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien kann zu einer Verminderung von unerwünschter Variation der geburtshilflichen Vorgehensweisen führen. Die Erarbeitung einer S3-Leitlinie für besondere Konstellationen könnte diesen Rahmen schaffen.

Patientenorientierung

- Die Inhalte einer neu erarbeiteten Leitlinie müssen in für Laien verständliche Informationsangebote eingehen. Die Vermittlung muss im Rahmen einer evidenzbasierten Beratung von Frauen in der Schwangerschaft abgesichert werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- In der akademischen Ausbildung ist auf das Pro und Contra von vaginaler Geburt und Kaiserschnitt gesondert einzugehen. Dabei sollte das praktische Vorgehen in unterschiedlichen Geburtssituationen in Szenarien und an realistischen Modellen (z.B. in sogenannten Skills Labs) trainiert werden. Bei allen Geburtshelfern muss über regelmäßige Fort- und Weiterbildungen der jeweils aktuelle Stand des Wissens verpflichtend vermittelt und geübte Praxis hinterfragt werden.



Transparenz

- **Monitoring:** Die Kliniken wissen oftmals wenig über die eigene Performanz im Vergleich zu anderen Häusern. Die regionalen geburtshilflich-klinischen Versorgungsstrukturen sollten mit kleinräumiger Auswertung der Perinatalstatistik bzw. des existierenden Datenbestandes aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser kontinuierlich analysiert werden. Bei gravierenden Auffälligkeiten sollten die für die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser auf Landesebene zuständigen Stellen eine qualifizierte Diskussion der Befunde mit den Krankenhäusern anregen.
- **Erhöhung der Anbietertransparenz:** Die Kaiserschnitt-raten sollten nach Risikoadjustierung in den Qualitätsberichten offen gelegt werden.

INFORMATIONEN ZUM FAKTENCHECK GESUNDHEIT – KAISERSCHNITTGEBURTEN

Interaktive Deutschland-Karte

Faktencheck Gesundheit zeigt anhand interaktiver Karten die Kaiserschnitt-raten der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. werdende Eltern, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und alle anderen Interessierten können die Kaiserschnitt-rate ihrer Region direkt ablesen und mit anderen Regionen vergleichen.

Faktencheck-Report

Im Auftrag von Faktencheck Gesundheit analysieren Prof. P. Kolip (Universität Bielefeld), H.- D. Nolting und K. Zich (IGES-Institut) die Versorgungslage und Hintergründe. Sie liefern Erklärungsansätze für die regionalen Unterschiede und erste Lösungsvorschläge.

Patienten-Tipps

Faktencheck Gesundheit bietet werdenden Eltern nützliche Tipps, Checklisten und praktische Informationen, damit sie mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt die individuell beste Entscheidung treffen können.

Weitere Informationen auf [› faktencheck-kaiserschnitt.de](https://faktencheck-kaiserschnitt.de) und [› faktencheck-gesundheit.de](https://faktencheck-gesundheit.de)