

Könnte die Kaiserschnitttrate gesenkt werden?

CLAUDIA KÖTTER,
ELKE MASSING

Claudia Kötter und Elke Maßing sind Mitarbeiterinnen in der Abteilung Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband in Berlin

Im Jahr 1990 wurde in Deutschland jedes sechste Kind per Kaiserschnitt geboren; 2010 war es bereits jedes dritte Kind. Die Kaiserschnitttrate übersteigt inzwischen mit rund 32 Prozent (2010) die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1985 postulierte Obergrenze um das Doppelte. Daher werden selbst vereinzelte Stimmen mit Interesse registriert, nach denen sich die hohe Kaiserschnitttrate auch durch mehr außerklinische Entbindungen reduzieren ließe. Derzeit werden weniger als zwei Prozent aller Kinder außerklinisch (zu Hause oder im Geburtshaus) geboren. Der Beitrag diskutiert Vorschläge, die die Rate reduzieren sollen. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Frage, ob mehr außerklinische Geburten die Kaiserschnitttrate insgesamt senken könnten.

A. Kaiserschnitttrate: Höhe, Gründe, Konsequenzen, Verbesserungsvorschläge

Höhe der Kaiserschnitttrate

Landläufig wird der allgemeine Anstieg der Kaiserschnitttrate in den letzten Jahren/Jahrzehnten mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt in Verbindung gebracht; dieses Durchschnittsalter hat sich allerdings vergleichsweise moderat erhöht. Es betrug bei der Erst-Entbindung in Deutschland im Jahr 2000 noch 29 Jahre, im Jahr 2009 30,2 Jahre; das Durchschnittsalter der Frauen - über alle Entbindungen gerechnet - betrug bundesweit 30,4 Jahre. Bekannt ist, dass die Anzahl der Kaiserschnittgeburten stark nach Bundesländern variiert. Die niedrigste Rate verzeichnete dabei in 2009 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Sachsen mit 22,6 Prozent; die höchste das Saarland mit 38,4 Prozent. Ein hierfür in den Medien häufig

gebrachtes Argument, dass die saarländischen Frauen im Durchschnitt bei der Entbindung älter sind, trifft nicht zu. Das Durchschnittsalter der saarländischen Frauen bei den Geburten betrug im Jahr 2009 unter 30 Jahre und lag somit unter dem Bundesdurchschnitt.

Zudem variiert die Kaiserschnitttrate zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten sehr stark zwischen 17 Prozent und 51 Prozent. Das ist eines von vielen Ergebnissen der kürzlich erschienenen Studie zum Kaiserschnitt (Bertelsmann Stiftung vom Nov. 2012). Demzufolge liegen die Kreise mit einer sehr hohen Kaiserschnitttrate überwiegend in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Die Kreise mit den niedrigsten Kaiserschnitttraten befinden sich fast ausschließlich in den neuen Bundesländern. Dass die in der Studie aufgezeigten regionalen Unterschiede über die Zeit stabil sind, zeigte eine weitergehende Untersuchung der kreisbezogenen Kaiserschnitttraten in den Jah-

ren 2007-2010 durch die Bertelsmann Stiftung.

Der Anteil von 15,4 Prozent sekundärer Kaiserschnitte in 2010 (AQUA Qualitätsreport 2010) an der o.g. rd. 32-prozentigen Gesamtkaiserschnitt-rate zeigt, dass es bei etwa jeder sechsten Entbindung zu nicht vorhergesehenen Komplikationen kommt, die statt einer geplanten vaginalen Entbindung eine Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt erforderlich machen.

Gründe für die Entwicklung der Kaiserschnitt-rate

Das o.g. gestiegene Alter von Frauen bei der Entbindung kann nur ein möglicher Begründungsansatz von vielen sein. Nachfolgend sind die von den medizinisch-wissenschaftlichen Experten zitierten Gründe, aber auch die vielfältigen gesellschaftlichen, epidemiologischen und psychosozialen Gründe für diese Entwicklung einmal unkommentiert und ungewichtet aufgeführt.

- Höheres Geburtsgewicht von Säuglingen
- Wachsender Anteil an Zwillingsgeburten
- Persönliche Einstellung der Mutter/Eltern zur Geburt
- Niedrigschwelliger Zugang zu High-Tech-Geburten
- Zunahme der Einleitung der Geburten und Frühgeburten
- Präferenz von Kaiserschnitten bei kleineren Kliniken wegen eingeschränkter Dienstbereitschaft nachts u. am Wochenende
- Umfassendere Kontrollen in der Schwangerschaft
- Steigendes Wissen um spezielle Geburtsrisiken
- Haftungsrisiko der Ärzte, Krankenhäuser und Hebammen/Geburtshäuser
- Mehr Erkrankungen wie z.B. Schwangerschafts-Diabetes
- Erstkaiserschnitt führt bei Nachfolgegeburt eher wieder zu einem Kaiserschnitt
- Risiken bei den Kaiserschnitt-Operationen sind weiter gesunken
- Negatives erstes Geburtserlebnis
- Höhere Nachfrage von Schwangeren nach Kaiserschnittentbindungen wegen Bagatellisierung des operativen Eingriffs durch die Medien
- Wunschgeburtstermin (z.B. 11.11.11)

- Angst der Schwangeren vor Schmerzen
- Kontinenzprobleme nach vaginaler Entbindung
- Höhere Vergütung in den Kliniken für Kaiserschnitte als für vaginale Entbindungen
- Mögliche fehlende Kenntnisse bei Ärzten insbesondere bei physiologischen Geburtsverläufen und Hebammen, die unnötige Kaiserschnitte verhindern können.

Der o.g. Bertelsmann-Studie zufolge zeigt sich, dass die Altersstruktur der Mütter, soziodemographische Faktoren oder der Versichertenstatus der Frau ebenso wie eine unterschiedliche Verteilung von Frühgeburten oder mütterlichen Erkrankungen zumindest hinsichtlich der regionalen Unterschiede gerade keinen relevanten Einfluss auf die Höhe der Kaiserschnitt-rate haben. So sei z.B. die Kaiserschnitt-rate gerade bei den Müttern unter 25 Jahren stark angestiegen.

Vielmehr seien die sog. relativen Indikationen (z. B. eine Beckenendlage, eine vorangegangene Kaiserschnittgeburt) für 90 Prozent aller Kaiserschnittgeburten ursächlich. Diese relativen Indikatoren - im Gegensatz zu den absoluten Indikationen für Kaiserschnittentbindungen, wie z.B. Fehllage der Plazenta oder deren Ablösung - würden nicht zwingend zur Entscheidung für einen Kaiserschnitt führen. Sie erfordern vielmehr bei der Wahl des Geburtsweges eine sorgfältige Bewertung der Risiken für Mutter und Kind. Bei einer relativen Indikation bestünde also Entscheidungsspielraum, ob eine natürliche Geburt erfolgt oder ein Kaiserschnitt durchgeführt wird. Diese Risikobewertung variere und verursache die oben genannten regional unterschiedlichen Kaiserschnitt-raten.

Konsequenzen der stetig steigenden Kaiserschnitt-rate

Kaiserschnitte sind langfristig mit einer erhöhten mütterlichen Mortalität bei weiteren Schwangerschaften verbunden (vgl. ZGN, S. 10). Zudem ist belegt, dass Säuglinge nach Kaiserschnitten vermehrt von längerfristigen Atemwegserkrankungen betroffen sind.

Neben den gesundheitlichen Konsequenzen für Mütter und Kinder sind auch die finanziellen Konsequenzen in Hinblick auf die Entwicklung der hohen

Kaiserschnitt-rate zu beachten. Nach dem bundesweiten Fallpauschalenkatalog 2012 kostet eine Geburt im Krankenhaus

- bei vaginaler Entbindung im Durchschnitt aller hierfür möglichen DRGs (vaginale Entbindung mit/ohne Komplikation/OR-Prozeduren, bis/mehr als 33 vollendete Wochen, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Fallzahl je DRG usw.) ca. 1.500 Euro,
- bei Kaiserschnitt im Durchschnitt aller möglichen DRGs (Sectio primär/sekundär, ohne/mit einer oder mehreren Diagnosen, bis/mehr als 33 vollendete Wochen, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Fallzahl je DRG usw.) ca. 3.000 Euro.

Eine fiktive Musterberechnung/Überschlagsrechnung soll im Folgenden aufzeigen, welches finanzielle Einsparpotential realisierbar wäre, würde die bundesdeutsche Kaiserschnitt-rate auf die von der WHO empfohlene Kaiserschnitt-rate gesenkt werden könnte (Abb. 1).

Demzufolge ließen sich die jährlichen GKV-Ausgaben für die Geburtshilfe in den Kliniken um rund 13 Prozent senken. Wie sich die Einsparpotentiale in der Zukunft - und dabei mit Sicherheit nicht kurz- oder mittelfristig realisieren ließen - wird nachfolgend beschrieben.

Verbesserungsvorschläge

Im Folgenden sollen mögliche Verbesserungsvorschläge aufgezeigt und andiskutiert werden: Relevant sind allein schon das Vorgehen und die Durchführung des sog. Aufklärungsgesprächs mit der Schwangeren über die möglichen Risiken und gesundheitlichen Konsequenzen, Schmerzbehandlungen usw. bei einer vaginalen Entbindung und im Vergleich dazu bei einem Kaiserschnitt. Dieses Aufklärungsgespräch ist zwar bereits verbindlich von den Ärzten zu führen. Besonderen Einfluss auf ein „Umdenken“ mit Präferenz für die vaginale Entbindung, insbesondere wenn eher „weiche“, also relative Indikationen oder sogar der „Wunsch“ zu einem primären Kaiserschnitt besteht (vgl. oben, nach der Studie der Bertelsmann Stiftung machen die relativen Indikationen rd. 90 Prozent aus), hat jedoch die Motivation der Klinik. Sie stützt den nicht zu unterschätzende Zuspruch des Personals zu Gunsten einer natürlichen Geburt. Transparente

Abb. 1: Berechnung des Einsparpotentials der GKV bei Reduzierung der Sectiorate auf die Obergrenze der WHO

| Basis Klinikgeburten 2010 | Prozent Sectio an Klinikgeburten | Klinikgeburten gesamt | Sectio-Anzahl | Ausgaben Geburten ohne Sectio in € | Ausgaben für Sectio in € | Gesamtausgaben in € | Einsparpotential in € |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| IST | 31,9 % | 656.390 | 209.441 | 670.423.500 | 628.323.000 | 1.298.746.500 | |
| WHO (medizinisch indizierte Rate) | 15 % | 656.390 | 98.459 | 836.897.250 | 295.375.500 | 1.132.272.750 | 166.473.750 |

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes, Klinikgeburten: Krankenhausstatistik 2010, Kaiserschnittrate IST: Gesundheitsberichterstattung 2011

verständliche Informationen sind dafür zwingend notwendig. Frauen-, Ärzte- und Hebammenverbände sollten sich hier mit Unterstützung der Krankenkassen gemeinsam engagieren.

Um ein Umdenken zu erreichen, ist es ggf. sinnvoll, der Schwangeren vor der Entbindung die Räumlichkeiten und den Kaiserschnitt-OP zur Besichtigung auch zugänglich zu machen. Eine „vertrauensvolle“ Umgebung im Kreißsaal zu schaffen durch Veränderung der Ausstattung des Kreißsaals und diese den Schwangeren zu präsentieren, könnte als „äußerer Zuspruch“ ein Umdenken unterstützen. Mindestens genauso wichtig scheint auch eine Empathie der Menschen zu sein, die die Schwangere begleiten und der Frau im Vorfeld die Gewissheit geben, dass ihre „Wünsche“ zu einer möglichst nicht invasiven Medizin unter der Geburt weitestgehend berücksichtigt werden. Dies sollte das ethische Ziel des Handelns der Geburtshelfer sein. Das hat selbstverständlich seine Grenzen immer dann, wenn doch absolute Indikationen für einen Kaiserschnitt zu Tage treten.

Das „Umdenken“ der Frauen wird zudem sicherlich auch durch den Blick auf den Umgang der Ärzte und Hebammen untereinander beeinflusst. Verfestigt sich bei der Schwangeren der Eindruck, dass in der Klinik eine respektvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen - mit dem Ziel einer „minimal-invasiven“ Geburtsbetreuung bei physiologisch normalen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen, aber auch bei weichen, relativen Indikationen, die die Option zu einem Kaiserschnitt beinhalten würde – gepflegt wird, wird das Sicherheitsgefühl und das Vertrauen in sich selbst, sein Kind auf „normalen“ Wege zur Welt zu bringen, sicherlich gestärkt werden können. Wenn dann noch eine intensive Hebammen-Betreuung unter der Geburt gewährleistet wird, wäre

ein erster Schritt zur Reduzierung der Kaiserschnittrate gemacht.

Werden den Frauen zusätzlich – z.B. in größeren Krankenhäusern – vermehrt hebammengeleitete Kreißsäle angeboten (mehr als 15 sind bereits bundesweit eingerichtet), die im Notfall auch eine schnellstmögliche ärztliche Behandlung garantieren, wäre ebenfalls ein Schritt in die richtige Richtung getan.

Ein weiterer Vorschlag ist die Verbesserung der Ausbildung und des Trainings der Ärzte aber auch der Hebammen in der Geburtshilfe insbesondere der vaginalen Entbindungen bei Frauen, die eine relative Indikation zum Kaiserschnitt mitbringen. Diese Maßnahmen könnten die Indikationen zu vaginalen Entbindungen ggf. erleichtern oder gar Kaiserschnitte verhindern, die ggf. aus der Angst und Unsicherheit des Personals resultieren und sich diese auf die Entbindende schlechten Falls überträgt.

Unumgänglich scheinen aber auch die Notwendigkeit der Überarbeitung/ Weiterentwicklung der Leitlinien der Fachgesellschaften und auch die Fokussierung auf die physiologisch „normale“ Geburt unter Hinzuziehung von Hebammenexpertinnen-Wissen zu sein. Das vorhandene Stufenklassifikationssystem berücksichtigt eine Einteilung aller Leit-

linien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) in Stufe S1 (Empfehlungen nach informellem Konsens einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe) bis S3 (evidenzbasiert). Die bestehenden Leitlinien wurden allesamt von Medizinern/Juristen der entsprechenden Fachgesellschaften erarbeitet. Der Großteil aller Leitlinien zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Leitlinien nach Stufe 1; Leitlinien nach Stufe 2 oder 3 sind kaum vorhanden sind. Die Beibehaltung der Stufe 1 der Leitlinien in diesem Themenbereich nach Erstfassung über viele Jahre hinweg soll anhand der nachfolgend aufgeführten Leitlinien verdeutlicht werden (Abb. 2).

Evidenzbasierte Leitlinien in der Geburtshilfe fehlen. Diese Lücke ist dringend zu schließen, wenn die überhöhte Sectiorate nach medizinischen Kriterien zurückgeführt werden soll. Mögliche ökonomische Anreize einiger Kliniken, die in Zielvereinbarungen mit den geburtshilflich tätigen Ärzten ihren Ausdruck finden könnten, dürften nicht ohne evidenzbasierte medizinische Anforderungen wirksam bleiben.

Ein weiterer Vorschlag geht dahin, die Mutterschafts-Richtlinie des Ge-

Abb. 2: Übersicht der AWMF zu einigen medizinischen Leitlinien in der Geburtshilfe

| Titel der Leitlinie | Entwicklungsstufe | Erstfassung | Letzte Fassung |
|--|-------------------|-------------|----------------|
| Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch | 1 | 2001 | 07/2008 |
| Empfehlung zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung | 1 | 2001 | 06/2006 |
| Schwangerenbetreuung und Geburtsleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt | 1 | 1998 | 11/2007 |
| Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe | 1 | 1999 | 05/2008 |

Quelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF) <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>.

meinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 SGB V grundlegend zu überarbeiten. In der Richtlinie könnten Bedingungen zur Hebammen- und ärztlichen Hilfe – unabhängig wo diese stattfindet – bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft über den Gemeinsamen Bundesausschuss z.B. über ein Mitberatungsrecht mit den Berufsverbänden der Hebammen festgelegt werden. Hierin sollte die Rolle der Hebammen auch bei der Geburtshilfe (außerklinisch und klinisch) für regelgerechte Geburten definiert werden. Denn derzeit umfasst die Richtlinie eine umfassende Auflistung der Tätigkeiten des Arztes im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Einige Punkte hinsichtlich der Wochenbettbetreuung lassen sich dort auch noch finden. Ausführungen zu den Geburten fehlen jedoch gänzlich.

B. Vergleich der Kaiserschnitttrate nach begonnenen außerklinischen Entbindungen mit denen in den Kliniken

Hintergrund der Fragestellung

Der GKV-Spitzenverband hatte Ende 2011 – mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) – gemeinsam mit den Verbänden der Hebammen, die Ergebnisse aus dem „Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“ veröffentlicht (Quelle: GKV-Spitzenverband). Das Pilotprojekt hatte das Ziel, den zeitgleichen Vergleich der klinischen Datensätze der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen im Bundesland Hessen (Hessische Perinatale Erhebung) mit den bundesweiten Datensätzen der von Hebammen geleiteten Einrichtungen (i. F. auch HgE genannt) der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) zu ermöglichen.

Konkret stellte die Studie anhand von über 90.000 unkomplizierten Geburten aus den Jahren 2005 bis 2009 fest: Bei den außerklinischen Geburten in den HgE müssen vergleichsweise weniger Medikamente eingesetzt werden (6,6 Prozent gegenüber 19 Prozent in der Klinik). Geringfügig mehr Mütter und

Kinder (+ 0,7 Prozent) können die außerklinischen Einrichtungen zusammen verlassen, da eine Nachbehandlung von Kindern und/oder Müttern unnötig ist. Es werden bedeutend mehr Gebärpositionen genutzt (neben der klassischen horizontalen Lage auch die vertikale und die Wassergeburt). Deutlich öfter wird der Damm der Mutter bei der Geburt nicht verletzt (41,2 Prozent gegenüber 29,8 Prozent in der Klinik). Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder weicht zehn Minuten nach der Geburt nicht von den Werten ab, die bei einer Krankenhausgeburt ermittelt werden. Für diese sogenannten Apgarwerte misst man z. B. Herzfrequenz, Atmung, Reflexe, Farbe und Muskelspannung der Kinder. Schwangere, die zur Entbindung in ein Geburtshaus, eine Hebammenpraxis oder ein Entbindungsheim gehen, sind im Schnitt etwas älter (31,6 Jahre zu 30,5 Jahre in der Klinik). Die Neugeborenen, die außerhalb der Klinik zur Welt kommen, sind eher etwas schwerer. In beiden Vergleichsgruppen gibt es gleich viele Frauen, die zum ersten, zweiten und dritten Mal ein Kind bekommen. Der Anteil Schwangerer, die ihr zweites Kind normal entbinden konnten, obwohl das erste Kind per Kaiserschnitt auf die Welt kam, war im Krankenhaus etwas größer (3,1 Prozent im Vergleich zu 2,3 Prozent in der HgE).

Das Pilotprojekt wird abgerundet von einer detaillierten Auseinandersetzung mit nationalen sowie internationalen Studienergebnissen über Vergleiche klinischer mit außerklinischen Geburten und kommt zu folgendem Ergebnis: Erfolgsentscheidend für die deutsche außerklinische Geburtshilfe ist im Vergleich zu internationalen Ergebnissen offensichtlich der Einsatz qualifizierter Hebammen mit sorgfältiger Risikoselektion. Dies zeigt sich insbesondere bei der perinatalen Mortalität in Deutschland im Studienvergleich mit anderen Nationen.

Untersuchungsgegenstand

In der Pilotstudie konnten aufgrund fehlender Daten die Geburtsmodi in der Klinik nach erfolgter Verlegung aus den HgE leider nicht verglichen werden. Dies ist jedoch von besonderem Interesse, da aktuell Aussagen in Politik und Medien getroffen werden, wonach sich die hohe Kaiserschnitttrate durch mehr außerklinische Entbindungen vermeiden ließe.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband – aus weitergehenden QUAG-Auswertungen zu den HgE und einer Zusatzauswertung der für die Pilotstudie benutzten Klinikdaten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen – für die Fragestellung (wie hoch die Kaiserschnitttrate von Müttern bei Verlegungen nach begonnenen außerklinischen Geburten aus den Geburtshäusern in die Kliniken im Vergleich zur Kaiserschnitttrate, der primär in den Kliniken begonnenen Geburten, ist) relevante Daten der HgE in Deutschland mit den (risikoadjustierten!) Daten der hessischen Kliniken verglichen.

Auswertungsergebnisse

Im Jahr 2010 wurden in den ca. 135 HgE in Deutschland 6.996 außerklinische Geburten durchgeführt. Hiervon mussten 1.292 Frauen in eine Geburtsklinik verlegt werden. Das entspricht einem Prozentanteil von 18,5 Prozent. Die Daten aus dem Jahr 2010 zu den Geburtsmodi, also die Angaben darüber wie viele der verlegten Frauen aus den HgE spontan vaginal, vaginal-operativ (Zange, Saugglocke o. ä.) bzw. per sectio in den Kliniken entbunden haben, ergibt sich aus nachfolgender Tabelle (Abb. 3):

Werden die Frauen aus der HgE in eine Klinik verlegt, haben demzufolge ca.

- 46 Prozent der Frauen eine Spontangeburt,
- 15 Prozent eine vaginal-operative Geburt und
- 40 Prozent einen Kaiserschnitt.

Bezogen auf das Gesamtkollektiv der 6.996 aus HgE begonnenen Geburten im Jahr 2010 betrug die Rate der in der Klinik durchgeführten Kaiserschnitte 7,3 Prozent.

Die folgenden Daten zu den Geburtsmodi des risikoadjustierten Klientel in den hessischen Kliniken (somit mit dem Klientel der HgE vergleichbar) aus den Jahren 2005 bis 2009 zeigen hingegen ein ganz anderes Bild (Abb. 4):

Entbinden die Frauen in einer Klinik, haben demzufolge ca.

- 69 Prozent der Frauen eine Spontangeburt,
- 6 Prozent eine vaginal-operative Geburt (Zange, Saugglocke o. ä.) und
- 25 Prozent einen Kaiserschnitt.

Abb. 3: Geburtsmodi in der Klinik nach Verlegung aus Geburtshäusern bundesweit in 2010

| Geburtsmodi in der Klinik nach erfolgter Verlegung aus HgE | Anzahl der Geburten | in Prozent | in Prozent am Gesamtkollektiv der in HgE begonnenen Geburten (in Höhe von 6.996) |
|--|---------------------|----------------|--|
| spontan (klinisch) | 589 | 45,6 % | 8,4 % |
| vaginal-operativ (klinisch) | 188 | 14,6 % | 2,7 % |
| Sectio (klinisch) | 514 | 39,8 % | 7,3 % |
| keine Angaben bezüglich Zeilen | 1 | 0,1 % | 0,1 % |
| Gesamt | 1.292 | 100,0 % | 18,5 % |

Quelle: GKV-Spitzenverband nach Daten aus QUAG: unveröffentlichte Anlage zum Gesamtbericht über in Deutschland betreute außerklinische Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) im Jahr 2010

Bezogen auf das risikoadjustierte Kollektiv der 146.332 in den hessischen Kliniken durchgeführten Geburten betrug die Rate der in der Klinik durchgeführten Kaiserschnitte 24,8 Prozent. In Hessen betrug die Kaiserschnittquote über alle Geburten (nicht risikoadjustiert!) im Jahr 2009 insgesamt 34 Prozent.

- abzüglich der risikoadjustierten vergleichbaren Geburten in Höhe von 146.332 (60 Prozent),
- 98.998 Geburten mit bestimmten Risiken und entsprechenden Sectio-Indikationen (40 Prozent) waren.

der Klinik gegenüber dem Klientel aus den HgE.

Die starken Abweichungen der Befunde hinsichtlich der Sectioraten zwischen der Entbindung in HgE und Klinik lassen vermuten, dass z. B. die

Abb. 4: Geburtsmodi in den hessischen Kliniken 2005 bis 2009

| Geburtsmodi in der Klinik | Anzahl der Geburten | in Prozent |
|-----------------------------|---------------------|----------------|
| spontan (klinisch) | 100.952 | 69,0 % |
| vaginal-operativ (klinisch) | 8.597 | 5,9 % |
| Sectio (klinisch) | 36.231 | 24,8 % |
| nicht zuordenbar | 451 | 0,3 % |
| Gesamt | 146.332 | 100,0 % |

Quelle: GKV-Spitzenverband nach Daten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen; unveröffentlichte Zusatzauswertung aus dem im Dezember 2011 veröffentlichten „Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“)

Schlussfolgerung

An dieser Stelle sei der Vollständigkeit darauf hingewiesen, dass die Daten aus unterschiedlichen Jahren stammen und eine stark abweichende Anzahl von klinischen und außerklinischen Geburten berücksichtigen. Zudem wurden die bundesweiten HgE-Geburten mit den klinischen Geburten in Hessen verglichen. Unter der Prämisse, dass die bundesweiten klinischen Daten nur geringfügig abweichen (siehe bundesweite Sectiorate in Höhe von rd. 32 Prozent), lässt sich nach Ansicht der Autorinnen folgendes Fazit ziehen:

Die o. g. Ergebnisse bedeuten, dass von den

- gesamten 245.330 zu Grunde gelegten klinischen Geburten (100 Prozent),

Das heißt, die Sectiorate für Geburten mit bestimmten Risiken liegt bei fast 48 Prozent. Im Gegensatz liegt die Sectiorate bei den risikoadjustierten Geburten bei 24,8 Prozent.

Der Vergleich der beiden Tabellen zeigt insbesondere, dass die Befunde hinsichtlich der durchgeführten Sectio von in der HgE begonnenen Geburten in Höhe von 7,3 Prozent erheblich besser war als das des risikoadjustierten vergleichbaren Kollektivs der Klinikgeburten; dort lag die Sectiorate bei 24,8 Prozent.

Das bedeutet, dass die Befunde hinsichtlich der Sectiorate der klinischen Geburten im Vergleich zu der aus der HgE in die Klinik verlegten Geburten eindeutig sind: Mehr als dreimal so hoch ist die Sectiorate bei dem risikoselektierten (also vergleichbaren) Klientel aus

Frauen

- aus nicht medizinischen Gründen eine Wunschsectio durchzusetzen versuchen (z. B. ungünstiges Horoskop, Abwesenheit des Vaters zum errechneten Geburtstermin, Angst um die Figur, Auswahl des Geburtsdatums usw.),
- über die Konsequenzen eines Kaiserschnittes (insbesondere bei primärer also geplanter Sectio) zu wenig Informationen haben (einer Sectio folgt wesentlich häufiger eine weitere Sectio beim nächsten Kind, längerfristige Atemwegserkrankungen des Kindes usw.),
- aus dem gesellschaftlichen Druck heraus ein „hübsches“ und „gesundes“ Kind entbinden zu müssen/wollen und dies auf normalen Wege kaum möglich erscheint,
- der Meinung sind, dass die Hebammen ihre Entscheidungszuständigkeit als Mutter mehr respektieren (hinsichtlich der freien Wahl des Geburtsortes),
- im Rahmen der 1:1-Betreuung unter einer außerklinischen Geburt eine stärkere Zuwendung von Seiten der Hebamme erhalten, was im klinischen Setting manchmal nicht gelingen kann.

Hebammen

- in den HgE eine qualitativ hochwertige Geburtsversorgung mit einer insgesamt erheblich geringeren Interventionsrate als in den Kliniken ermöglichen sowie

- die in den Kliniken angestellten Hebammen weisungsgebunden sind (Vorgabe des Arztes).

Wäre eine Übertragbarkeit der guten Ergebnisse hinsichtlich der Sectiorate vom außerklinischen in den klinischen Bereich möglich, würde die Sectiorate rechnerisch insgesamt wesentlich geringer ausfallen. Denn die Übertragbarkeit der 7,3 %-igen Sectiorate der von außerklinisch verlegten Frauen (s. o.) auf die „risikoadjustierten“ klinischen Entbindungen in Höhe von 60 Prozent führt – bei einer festen konstanten Sectiorate in Höhe von 48 Prozent der verbleibenden klinischen Geburten mit bestimmten Risiken (für 40 Prozent, s. o.) – zu einer rechnerisch ermittelte Sectiorate für das gesamte Klientel in Höhe von 23,7 Prozent. Eine Reduzierung der Sectiorate in dieser Größenordnung wird grundsätzlich dadurch erschwert, dass insbesondere in den kommenden Jahren wesentlich häufiger eine Sectio aufgrund einer vorangegangenen Sectio notwendig werden wird.

Die o.g. Ergebnisse können darüber hinaus auch nicht zu dem Schluss führen, dass bei einer Verlagerung der Anzahl der Entbindungen weg von den Kliniken hin zu den HgE die o.g. geringe Sectiorate in Höhe von 7,3 Prozent dort weiterhin zu Stande kommen würde. Hintergrund hierfür ist, dass sich nur eine bestimmte Klientel bewusst und individuell für eine außerklinische Entbindungsform entscheidet und diese unbedingt gewollt sein muss (bestimmte Einflussfaktoren hierfür notwendig: gut vorbereitete Frauen aus intakten Familien, gut eingestellt auf die Geburt usw.).

Dass Frauen zu über 98 Prozent der Fälle eine klinische Entbindung einer außerklinischen vorziehen, scheint wie folgt begründet zu sein:

Die Frauen

- suchen aus Angst vor Schmerzen eher eine Klinik auf (kaum Schmerzbehandlung in den HgE),
- haben keine Instrumente an der Hand, die klinische mit der außerklinischen Entbindung zu vergleichen (vorher keine „Probegeburten“ möglich) und
- gehen aus dem Sicherheitsbedürfnis für sich und das Kind heraus (OP-Saal und Kinderabteilung schnellstmöglich erreichbar) eher in eine Geburtsklinik.

Das mögen auch die Gründe dafür sein, dass die Anzahl der außerklinischen Geburten in den HgE insgesamt im Zeitablauf nicht in dem Maße gestiegen ist, wie es nach dem Inkrafttreten des Ergänzungsvertrages über Betriebskostenpauschalen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen nach § 134a SGB V im Juli 2008 und damit verbundenen Sicherung der Finanzierung dieser Geburten auch über die Krankenkassen zu erwarten gewesen wäre. Es ist aber auch bekannt, dass sich wesentlich mehr Frauen in den HgE anmelden und es im Verlauf der letzten Schwangerschaftswochen aus den verschiedensten persönlichen oder medizinischen Gründen (z.B. Entwicklung von Befunden am Ende der Schwangerschaft; eine größere Terminüberschreitung) zu einer Umentscheidung und Geburt in einer Klinik kommt.

Fazit

Die Auswertungsergebnisse hinsichtlich der Kaiserschnitttrate von außerklinisch begonnenen Geburten zeigen auf, dass diese um ein mehrfaches besser sind als die des vergleichbaren Klinik Klientel.

Einen routinemäßigen Vergleich im o. g. Sinne kann es unter den jetzigen gesetzlichen Rahmenbedingungen leider nicht geben. Eine Änderung hinsichtlich der Datenzusammenführung bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wäre notwendig, um die Ergebnisqualität sämtlicher außerklinischer Geburten (also auch die der Hausgeburten usw.) mit den Klinikgeburten künftig vergleichen zu können. Änderungen hinsichtlich der Aufnahme von Hebammen und deren Einrichtungen in den Regelungen zu § 137 Abs. 1, 2 ff. i. V. m. § 135a SGB V wären hierfür erforderlich.

Zudem wäre es sinnvoll, die Ergebnisse hinsichtlich des Outcomes der Mütter inkl. deren Kinder, die bei „risikoarmer Geburt“ außerklinisch in die Klinik verlegt werden mussten, zu dem risikoadjustierten Krankenhaus Klientel zu vergleichen.

Es ist viel zu tun für eine Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung im Sinne der Frauen.

Würde sich nach der Auswertung der Autorinnen die Ergebnisse der außerklinischen auf die klinische Klientel übertragen lassen, wäre eine Reduzierung der Kaiserschnitttrate in Deutschland von derzeit rd. 32 Prozent auf unter 24 Prozent realisierbar und der Abstand zur WHO-Empfehlung in Höhe von 15 Prozent wäre deutlich geringer. Umso notwendiger wird die zügige Umsetzung der o.g. Vorschläge, um die abschließend präsentierten Einsparpotentiale zu realisieren (Abb. 5).

Es ist viel zu tun für eine Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung im Sinne der Frauen. Strukturelle Änderungen, wie Änderungen der gesetzlichen Regelungen oder die Überarbeitung der Leitlinien der Fachgesellschaften alleine scheinen die Kaiserschnitttrate nicht zu reduzieren. Einheitliche Vorgaben über den G-BA sowie evidenzbasierte Leitlinien, z.B. zur Risikobewertung, würden zumindest die Varianz in den regionalen Kaiserschnitttraten reduzieren können. Ein Umdenken des Personals, die die Schwangere betreuen, und ein Umdenken der Frauen/Eltern selbst erscheint zudem notwendig. Somit ließen sich auch Einsparpotentiale realisieren, die

Abb. 5: Berechnung des Einsparpotentials der GKV bei Reduzierung der Sectiorate

| Basis Klinik-geburten 2010 | Prozent Sectio an Klinikgeburten | Einsparpotential |
|---|----------------------------------|------------------|
| IST | 31,9 % | |
| WHO (medizinisch indizierte Rate) | 15 % | 166.473.750 € |
| Mögliche Klinik-Rate nach Übertragbarkeit der Ergebnisse der außerklinischen Rate | 24 % | 89.860.200 € |

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes, Klinikgeburten: Krankenhausstatistik 2010, Kaiserschnitttrate IST: Gesundheitsberichterstattung 2011

nicht zu Lasten der qualitativen Versorgung der Versicherten gehen.

Ärzterschaft und Hebammenverbände sollten sich gemeinsam über eine bessere Zusammenarbeit der Berufsgruppen untereinander bemühen, damit die Versorgungsqualität nicht wegen etwaiger fehlender professioneller Zusammenarbeit zum Nachteil der Mütter und Kinder in Deutschland leidet und künftig den Blick verstärkt auf das Ziel richten, physiologisch „normale“ Geburten zu fördern. ■

Dank an UnterstützerInnen:

Herr Dr. B. Misselwitz (MPH, Leiter der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen)

Frau Dr. S. Bauer (M. San., Frauenärztin, Sozialmedizin, Fachgebietsleiterin „klinische Anwendung“ im Fachbereich Evidenzbasierte Medizin, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS))

Frau A. Wiemer (Hebamme, Leiterin der Geschäftsstelle QUAG e. V. - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V.)

Literatur

Arabin, B., Chervenak, F.A., McCullough, L.B. Die geplante Hausgeburt in industrialisierten Ländern: Bürokratische Traumvorstellung vs. Professionelle Verantwortlichkeit, in: ZGN – Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie 1/2013, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, (S. 3-13)

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Qualitätsreport 2011 (Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss) 2012, S. 122-127

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF). Leitlinien (<http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>)

Bauer, S., Kötter, C. Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung?, in: ZGN – Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie 1/2013, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart (S. 14-23),

Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit Kaiserschnitt (<https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/>), Gütersloh 2012

Bertelsmann Stiftung. Gesundheitsmonitor 3/12; Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK

GKV-Spitzenverband. Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit (Initiatoren: GKV-Spitzenverband mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und Verbände der Hebammen mit Unterstützung von QUAG-Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe), Berlin 21. November 2011

Widmann-Mauz, A. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen“. BT-Drs. 17/8862. Berlin 20.3.2012



Wissenschaftliches Forum für Sozialwirtschaft und Sozialmanagement 1/2013

Herausgegeben von
Herbert Bassarak, Werner Heister, Sigrid Leitner, Michael Mroß, Armin Schneider, Herbert Schubert und Wolf Rainer Wendt

2013, 154 S., brosch., 29,- €
ISBN 978-3-8487-0447-7
(Kölner Journal, Bd. 1/2013)

Die Autoren widmen sich grundlegenden Fragen des Theoriediskurses, besonders dem wissenschaftlichen Begriff und dem Gegenstandsbereich Sozialwirtschaft. Die grundlegenden Begrifflichkeiten sowie deren Einordnung, die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, Alternativen für die Wirtschaft, Social Entrepreneurship und Nachhaltigkeit stehen dabei im Vordergrund.

www.nomos-shop.de/20845



Nomos