

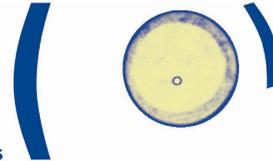
Jedes dritte Kind kommt in der Schweiz per Kaiserschnitt zur Welt – das gefährdet Mutter und Kind und belastet das Gesundheitswesen!

Informations- und Positionspapier
Schweizerischer Hebammenverband SHV zur hohen
Kaiserschnitttrate in der Schweiz

2. Dezember 2008

Inhalt

1. Daten und Fakten zu Kaiserschnitt-Geburten in der Schweiz	2
2. Kaiserschnitt ist nicht risikolos: Forschungsergebnisse zu Folgen für Mutter und Kind	5
3. Hebammenbetreuung senkt die Kaiserschnitttrate	7
4. Das darf nicht so weitergehen! Forderungen des Schweizerischen Hebammenverbandes	9
5. Das wird so nicht weitergehen! Aktionen des Schweizerischen Hebammenverbandes	11



1. Daten und Fakten zu Kaiserschnitt-Geburten in der Schweiz

Daten und Fakten in Kürze

- Die Kaiserschnitttrate steigt 2007 erneut an und liegt schweizweit bei 32.2 Prozent. Jedes dritte Kind kommt in der Schweiz im Operationssaal auf die Welt.
- Das ist eine Steigerung um 10 Prozentpunkte seit 1998 und bis zu 20 Prozentpunkten höher als in anderen europäischen Ländern.
- Die Rate ist je nach Kanton, Versicherungsstatus und Spital sehr unterschiedlich.
- Es gibt viele Anreize für einen Kaiserschnitt: Finanzierung, Planbarkeit, Verhinderung von Nacht- und Wochenendarbeit sowie Pikettdiensten, begrenzte Dauer.
- Trotzdem sieht das künftige DRG-System eine höhere Fallpauschale für den Kaiserschnitt im Vergleich zur natürlichen Geburt vor.

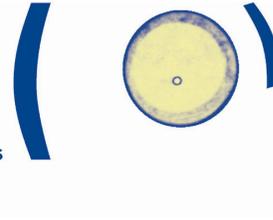
Die Kaiserschnitttrate

Die Kaiserschnitttrate steigt 2007 erneut an und liegt bei 32.2%: Jedes dritte Kind in der Schweiz wird per Operation geboren.

Tabelle 1: Kaiserschnitttrate Schweiz 98-07

Jahr	Kaiserschnitttrate in %
1998	22.7
1999	24.4
2000	25.0
2001	26.5
2002	27.5
2003	29.4
2004	29.2
2005	29.4
2006	31.1
2007	32.2

Quelle: Bundesamt für Statistik BfS



Die Unterschiede nach Kantonen sind enorm: Zug hat beispielsweise eine doppelt so hohe Kaiserschnitttrate wie der Kanton Jura.

Tabelle 2: Kaiserschnitttrate nach Kantonen

Wohnkanton Patientinnen	Kaiserschnitttrate (%)
ZG	39.98
SO	36.93
BL	36.10
SZ	35.35
ZH	34.30
AR	34.24
SH	34.05
TI	34.04
UR	33.33
GR	33.14
AG	32.93
BE	32.61
FR	32.29
VD	32.09
LU	31.29
SG	30.46
NW	29.82
GE	29.73
TG	29.55
AI	29.55
BS	29.31
GL	27.74
VS	25.95
NE	25.62
OW	21.88
JU	18.98

Quelle: Bundesamt für Statistik

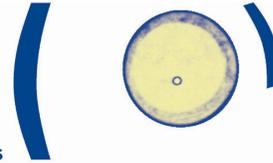
Indizien für mögliche Ursachen

Eine Frage des Gesundheitswesens, des Versicherungsstatus, der Region und des Spitals

- Die Kaiserschnitttrate ist bis zu 20 Prozentpunkte höher als in anderen europäischen Ländern (Frankreich 2002: 19.6, Schweden 2003: 13,6, England 2004: 23%, Österreich 2004: 23,6, Belgien 2004: 18.5, Norwegen 2002: 15.1, Quelle: Statistiken der einzelnen Länder)
- Bei Frauen, die auf der privaten Abteilung liegen, beträgt die Kaiserschnitttrate 44.8%.
- Die regionalen Unterschiede sind enorm: Kanton Jura: 19%, Kanton Zug: 40.%
- In Privatspitalern ist sie seit Jahren rund 10 Prozentpunkte höher als in öffentlichen Spitalern (BfS, 2007)

Die Wochenendgeburten nehmen ab

- Während die Geburten unter der Woche seit 1970 zunehmen, nehmen die Geburten an den Wochenenden stark ab. Dies ist nicht nur auf Grund



geplanter Kaiserschnitte so, die nachvollziehbar an Wochentagen durchgeführt werden, sondern auch auf Grund sekundärer Kaiserschnitte die während dem Geburtsverlauf angesetzt werden und ebenfalls nachweisbar Wochenendgeburten verhindern. (Naturwissenschaften, Lerchl 2007)

Wir haben ein falsches Anreizsystem.

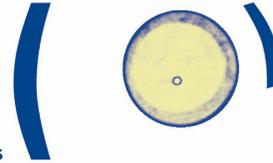
- Ein Kaiserschnitt ist planbar, zeitlich klar begrenzt und garantiert dem Spital somit eine Vergütung, die garantiert rentiert. Eine vaginale Geburt findet je nachdem in der Nacht oder am Wochenende statt und zieht sich unter Umständen über mehrere Stunden hin. Ob die vaginale Geburt rentiert, ist darum nie sicher.
- Die vaginale Geburt rentiert insbesondere für die Gynäkologen (vor allem Belegärzte) viel weniger. Sie sind nur in der letzten Phase der Geburt anwesend und erhalten eine tiefere Entschädigung als bei Kaiserschnitt-Operation.

Das DRG-System zementiert das falsche Anreizsystem

- Das künftige Schweizer DRG-System basiert auf dem deutschen DRG-Modell: In Deutschland erhalten die Spitäler für einen Kaiserschnitt 1000 Euro mehr als für eine vaginale Geburt. Der Deutsche Hebammenbund geht auf Grund von Aussagen der Spitäler davon aus, dass geburtshilfliche Abteilungen rund 30% Kaiserschnitte haben müssen, um zu rentieren (Auskunft Bund Deutscher Hebammen).
- Eine natürliche Geburt bedingt eine Bereitschaft rund um die Uhr, auch in der Nacht und an Wochenenden, von mehreren Akteuren (Hebammen, Gynäkologe, Neonatologe etc). Sie bedingt auch genügend Räumlichkeiten, damit die Frauen nicht aus Platzgründen zu einem Geburtsabschluss gedrängt werden müssen. Dies verursacht Kosten, die mindestens so hoch sind wie die Kosten der Operation bei einem Kaiserschnitt, umso mehr weil der Kaiserschnitt die am häufigsten ausgeführte Operation in der Schweiz ist und daher die Grenzkosten tief sind. Es gibt keinen Grund für eine bessere Bezahlung des Kaiserschnittes.

Basierend auf diesen Daten und Fakten und den Erfahrungen der über 2'500 Hebammen kommt der Schweizerische Hebammenverband zum Schluss:

Es können nicht nur medizinische Gründe sein, die für die hohe Kaiserschnitttrate verantwortlich sind. Wesentliche Ursachen sind bessere Planbarkeit, weniger zeitintensive Durchführung und falsche finanzielle Anreize sowie damit zusammenhängend leichtfertige Anweisungen und Empfehlungen einiger Spitäler und Ärzte. Insbesondere das Finanzierungssystem muss so angesetzt sein, dass es die gegebenen betriebswirtschaftlichen Nachteile der natürlichen Geburt (Unplanbarkeit, Bereitschaftsdienst) kompensiert.



2. Kaiserschnitt ist nicht risikolos: Forschungsergebnisse zu Folgen für Mutter und Kind

Forschungsergebnisse in Kürze

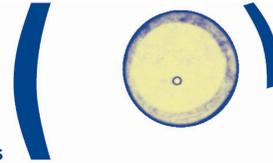
- Nur rund 2% der Frauen wünschten sich einen Kaiserschnitt. Die hohe Kaiserschnitttrate ist nicht Ausdruck der Wahlfreiheit der Frauen!
- Frauen mit Kaiserschnitt haben doppelt so viele Folgeprobleme und Wiedereintritte in Spitäler. Sie haben Schmerzen, Infektionen, können Alltagsaufgaben nicht bewältigen, können das Kind nicht hochheben und nur anfangs nur unter erschwerten Umständen stillen.
- Kaiserschnitt-Kinder 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.

Kaiserschnitt als Ausdruck der Wahlfreiheit der Frau? Nein!

- Nur 2% der Frauen haben sich vor der Geburt für einen Kaiserschnitt entschieden, 60% erklärten hingegen, dass ihnen von ärztlicher Seite dazu geraten wurde (Lutz 2007, Universität Bremen).

Kaiserschnitt als einfache, schmerzfreie Geburt für die Mutter? Nein!

- **Frauen mit Kaiserschnitt** haben ein fast **verdoppeltes Risiko für Folgeprobleme** nach der Geburt, sogar ein **fünffaches Risiko für eine Infektion** (British Medical Journal 2007, Villary et al.).
- Die **Wahrscheinlichkeit für eine Rehospitalisation** der Mutter nach einem Kaiserschnitt ist doppelt so hoch verglichen mit einer vaginalen Geburt (Obstetrics & Gynecology 2007, Declercq et al. Studie mit über 470'000 Geburten in Massachusetts, USA).
- Die **Frauen äussern sich nach dem Kaiserschnitt** in den ersten Tagen **negativer über ihren Gesundheitszustand** als Frauen mit vaginalen Geburten: Sie haben Schmerzen, können den Alltag nicht selbständig bewältigen, können den sozialen Kontakt zu Familie und Freunden nicht pflegen. Wundschmerzen treten bis sechs Monate nach der Operation auf (**Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Lyndon-Rochelle 2001).
- Die **Frauen können erst deutlich später aus dem Spital entlassen werden** und in den selbständigen Alltag mit dem Kind starten (durchschnittlich 8,4 Tage statt 5,6 Tage) (Bundesamt für Statistik, 2007).
- Während über 90% der Frauen mit vaginalen Geburten sagen, sie möchten wieder so gebären, sagen **nur 33% der Frauen mit Kaiserschnitt, dass sie wieder mit Kaiserschnitt gebären möchten** (Journal of Perinatal Medicine 1997, Geary et al.).

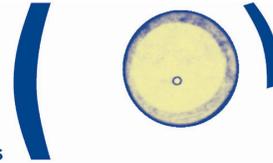


Kaiserschnitt als sichere Geburt für das Kind? Nein!

- Bei einem geplanten Kaiserschnitt **verdoppelt sich das Risiko einer Überweisung des Neugeborenen auf die Neonatologie-Abteilung** (American Journal of Obstetrics & Gynecology's 2006, Kolas et al).
- Die Kinder haben nach Kaiserschnitt ein erhöhtes **Risiko an Folgeproblemen als nach vaginalen Geburten**, ausser es liegt eine Steisslage vor (British Medical Journal 2007, Villary et al.).
- Das **Immunsystem von Kaiserschnitt-Geborenen ist schwächer** als bei vaginal geborenen Kindern (Pediatric allergy and immunology 2007, Yekatei-Karin Elham et al).
- Auch die **folgenden Geschwister sind betroffen**: Die Folgeschwangerschaften nach einer Kaiserschnittgeburt haben ein erhöhtes Risiko für Plazentaprobleme, Totgeburten und Bauchhöhlenschwangerschaften (Hemmiki 1996, American Journal of Obstetrics & Gynecology; Getahun 2006, Obstetrics & Gynecology).
- Die natürliche Geburt für das Kind ist der Weg durch den Geburtskanal zu einem Zeitpunkt, an dem die Reife des Kindes und der Bereitschaft des mütterlichen Körpers zusammenspielen. Bei einem Entscheid für Kaiserschnitt **wird dem Kind die Möglichkeit genommen, dann zur Welt zu kommen, wenn es dazu bereit ist.**

Basierend auf diesen Daten und Fakten und den Erfahrungen der über 2'500 Hebammen kommt der Schweizerische Hebammenverband zum Schluss:

Der Kaiserschnitt ist nicht die einfache, sichere, schmerzfreie Geburt, sondern ein umsichtig einzusetzendes Mittel bei eng definierten Komplikationen. Der Kaiserschnitt ist ein sehr wichtiges Instrument, um in bestimmten, klar definierten Situationen Leben zu retten. Wird er ausserhalb dieser medizinisch notwendigen Situationen angewendet, gefährdet er Mutter und Kind. Auf Grund der Forschungsergebnisse ist davon auszugehen, dass ein wesentlicher Teil der heute in der Schweiz durchgeführten Sectios Mutter und Kind schaden.



3. Hebammenbetreuung senkt die Kaiserschnitttrate

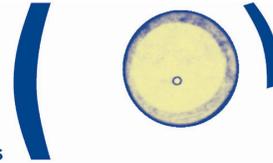
In Kürze

- Hebammenbetreute Frauen sowohl bei Hausgeburten, im Geburtshaus als auch im Spital haben eine deutlich tiefere Kaiserschnitttrate.
- Studien in unterschiedlichen Ländern weisen nach, dass Hebammen Kaiserschnitte nur in medizinisch notwendigen Situationen einleiten und damit bei tieferer Kaiserschnitttrate gleichbleibende oder gar bessere Resultate bei Mutter und Kind erzielen.
- Die aktuelle Bezahlung der Hebammen in der Schweiz entspricht in keiner Art und Weise der qualitativ hochstehenden und präventiv wertvollen Arbeit, die diese leisten.

Studien und internationale Vergleiche zeigen, dass durch eine Hebammenbetreuung bereits in der Schwangerschaft die Kaiserschnitttrate massiv gesenkt werden kann, bei gleich bleibendem oder gar besserem Gesundheitszustand der Frauen.

Studien

- „Von Hebammen betreute [Frauen] benötigen **weniger Interventionen** (...) als ärztlich Betreute und schneiden beim **Gesundheitszustand** von Mutter und Kind **nicht schlechter** ab“ (Bericht Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan 2007).
- Eine **Begleitung durch die Hebamme senkt das Risiko, per Kaiserschnitt zu** entbinden und führt zudem zu einer **besseren Zufriedenheit der Gebärenden** mit dem Geburtsverlauf (WHO Cochrane Database of Systematic Reviews, Hodnett et al., 2003).
- Hebammen sind **deutlich zurückhaltender mit der Empfehlung eines Kaiserschnittes** als Ärzte (Lutz 2007, Universität Bremen).
- Während Hebammen **Schwangerschaft und Geburt eher als natürliche Prozesse wahrnehmen**, die von ihnen unterstützt werden, sehen Geburtshelfer Schwangerschaft und Geburt als potenziell pathologische Prozesse, die mit medizinischen Interventionen korrigiert werden müssen (Lutz 2007, Universität Bremen).



Zahlen

Anmerkung: Die folgenden Zahlen sind nur bedingt vergleichbar, da die Auswahl der Frauen nicht randomisiert geschieht, sondern diese sich selber entscheiden, zu einer Hebamme zu gehen. Trotzdem sind die Zahlen so deutlich tiefer, dass sie den in Studien gefundenen Zusammenhang zwischen Hebammenbetreuung und tiefer Interventionsrate bestätigen.

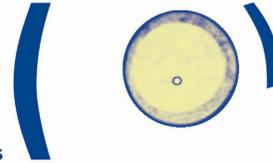
- Die Kaiserschnitttrate bei Frauen, deren Geburt unter der Leitung einer Hebamme stattfand, lag 2007 bei 6.8% (hierbei nicht berücksichtigt sind Frauen, bei denen schon vor Geburtsbeginn entschieden wurde, einen Kaiserschnitt zu tätigen) (Statistik des Schweizerischen Hebammenverbandes)
- Die Kaiserschnitttrate in den Geburtshäusern liegt ebenfalls deutlich tiefer: z.Bsp. Delphys Zürich 13.9%, Terra Alta Sursee 9.3%, Arco Stans 10.7% (Zahlen 2007 gemäss Auskunft Geburtshäuser).
- Auch in den Spitälern wird die Kaiserschnitt-Rate merklich reduziert, wenn die Begleitung durch Schwangerschaft und Geburt von einer Hebamme geschieht: So zeigen dem Hebammenverband vorliegende Zahlen, dass die Kaiserschnitttrate grosse Unterschiede aufweist innerhalb eines Spitals, das sowohl eine 'normale' Geburtsabteilung und als auch hebammengeführte Geburten anbietet: Hebammengeleitete Geburten enden signifikant weniger oft mit einem Kaiserschnitt.

Die Situation der Hebamme heute

- Heute verdient eine Hebamme für eine Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft, die oft eine Stunde und mehr dauert, zum Beispiel im Kanton Baselland rund CHF 51.- inkl. Infrastrukturkosten (in den anderen Kantonen vergleichbar). Dies wird der hohen Komplexität der Aufgabe und der absolvierten Fachhochschulausbildung nicht gerecht.
- Ein Beratungsgespräch über die unterschiedlichen Formen der Geburt wird in der Schweiz nicht bezahlt. Ein Hebammenbesuch wird nur vergütet, wenn die Hebamme eine Untersuchung macht oder sonstige medizinische Leistungen erbringt. Die Information hat aber gerade bei der Geburtsvorbereitung einen sehr hohen Stellenwert. Deutschland hat ein solches Beratungsgespräch aus diesem Grunde neu in die Versicherung aufgenommen (seit Juli 2007).
- Der Bereitschaftsdienst ist bei den frei praktizierenden Hebammen nicht Teil ihrer Entschädigung. Sie müsste auf freiwilliger Basis zusätzlich von den Gemeinden oder Kantonen bezahlt werden, was diese in vielen Fällen nicht tun.

Basierend auf diesen Daten und Fakten und den Erfahrungen der über 2'500 Hebammen kommt der Schweizerische Hebammenverband zum Schluss:

Um die Kaiserschnitttrate zu senken und trotzdem das Wohl von Mutter und Kind nicht zu gefährden, muss wieder vermehrt auf das fundierte Wissen der Hebammen zurückgegriffen werden. Um dies zu erreichen, muss für die schwangeren Frauen eine Hebammenbetreuung zum Normalfall werden und die Hebammenarbeit entsprechend gefördert und besser entlohnt werden.



4. Das darf nicht so weitergehen! Forderungen des Schweizerischen Hebammenverbandes

Der Hebammenverband fordert Bund, Kantone, Krankenkassen, Spitalleitungen und SwissDRG auf, der Gefährdung von Mutter und Kind durch nicht angebrachte Kaiserschnitte entschieden entgegen zu stehen und die im Krankenversicherungsgesetz verankerten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) im Bereich der Geburtshilfe endlich anzuwenden.

Kaiserschnitte werden getätigt, als ob sie eine gleichwertige Option wären zur vaginalen Geburt. Das stimmt nicht: Sie sind gefährlicher für Mutter, Kind und Geschwister-Kinder und erzeugen zudem höhere Kosten.

Der Schweizerische Hebammenverband fordert darum von

Bund

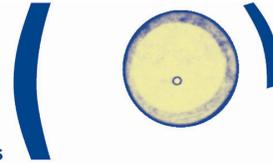
Der Bund muss überprüfen, wie er die Hebammenarbeit fördern kann, zB. durch:

- Berücksichtigung der Hebammenarbeit in den **laufenden KVG-Revisionen**: Die **Hebamme** muss als qualitativ hochstehende und gleichzeitig kostenhemmende **Leistungserbringerin von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett** gefördert werden.
- Aufklärung der Frauen und Evaluation der Folgen der hohen Kaiserschnitttrate im Rahmen eines **nationalen Programms zur Gesundheit von Mutter und Kind**
- **Aufnahme eines Beratungsgesprächs** bei einer Hebamme **in den KVG-Leistungskatalog** der Grundversicherung.

Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen sicherstellen, dass die WZW-Kriterien im Bereich der Geburtshilfe angewendet werden:

- **Interventionen bei überdurchschnittlichen** und auf Grund der medizinischen Indikationen nicht belegbaren **Kaiserschnitttraten einzelner Ärzte und Spitäler**. Die Krankenkassen müssen sich auf die Seite der Prämienzahler und der Mütter und Kinder stellen - und nicht die Verdienstmöglichkeiten von Ärzten und Spitalern sichern.
- **Faire Tarifverhandlungen mit den Geburtshäusern**, die eine nachhaltige Institutionalisierung der Geburtshäuser im Gesundheitswesen ermöglicht.
- **Neuverhandlungen der Hebammenverträge für eine gerechte Entlohnung der Hebammenarbeit**



Spitalleitungen

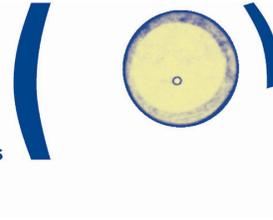
- Starke Positionierung der Hebammen in den Spitälern zum Beispiel durch **hebammengeleitete Geburtsabteilungen**.

Kantone

- Rasche und gute Umsetzung der **Anerkennung der Geburtshäuser**.
- Anreize für **hebammengeführte Geburtsstationen in den öffentlichen Spitälern**.

Swiss DRG

- Ausgestaltung der DRGs (Fallpauschalen) so, dass **unnötige Kaiserschnitte nicht finanziell attraktiv** sind.



5. Das wird so nicht weitergehen! Aktionen des Schweizerischen Hebammenverbandes

Der **Hebammenverband** unternimmt die folgenden Schritte:

- **Parlamentarische Vorstösse** werden noch in der laufenden Winteression eingereicht.
- Ein **Brief wurde an den Krankenkassenverband santésuisse** gesendet mit der Aufforderung, die WZW-Kriterien im Bereich der Geburtshilfe endlich anzuwenden und Bereitschaft zu signalisieren, um die Arbeitsbedingungen der Hebammen in neuen Vertragsverhandlungen zu verbessern.
- Die **Arbeit der SwissDRG wird kritisch beobachtet**, Erfahrungen aus Deutschland sowie der Schweizer Netzwerkspitäler, die DRGs bereits anwenden, evaluiert und bei ähnlichen Entwicklungen wie in Deutschland interveniert.

Zudem wird **die Interessengemeinschaft der Geburtshäuser IGGH** bzw. die einzelnen Geburtshäuser

- einen **Tarifstruktur-Vorschlag für die Geburtshäuser** den Krankenkassen vorlegen und die Tarifpartner auffordern, auf Basis dieses Vorschlages Verhandlungen zu führen.
- in diversen **Kantonen** Anträge zur **Aufnahme der Geburtshäuser auf die Spitalliste** bei den Kantonen einreichen.