



Beatrix Zurek
Gesundheitsreferentin

An die
Stadtratsfraktion
DIE LINKE. / Die PARTEI
Marienplatz 8
80331 München

09.08.2023

Entwicklung der Kaiserschnittrate in München

Schriftliche Anfrage gemäß § 68 GeschO

Anfrage Nr. 20-26 / F 00600 von der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI
vom 23.11.2022, eingegangen am 23.11.2022

Sehr geehrter Herr Stadtrat Jagel,
Sehr geehrte Frau Stadträtin Burneleit,
Sehr geehrte Frau Stadträtin Wolf,
Sehr geehrter Herr Stadtrat Lechner,

Ihrer Anfrage liegt folgender Sachverhalt zu Grunde:

„Laut Angaben eines Zeitungsartikels im Münchner Merkur in der Wochenendausgabe vom 19./20. November 2022 liegt die Kaiserschnittrate derzeit bei 15 Prozent in der geburts-hilffichen Abteilung in Neuperlach. Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat in einer Pressemitteilung vom 26. April 2022 mitgeteilt, dass die Kaiserschnittrate bundesweit im Jahr 2020 bei 29,7 Prozent lag¹. Damit liegt die Quote bei Sectio caesarea fast um die Hälfte geringer als im bundesweiten Durchschnitt. Schaut man die Zahlen genauer an, ist festzustellen, dass es hohe regionale Unterschiede gibt. Am höchsten war der Anteil der Entbindungen per Kaiserschnitt in Schleswig-Holstein (33,3 %). Es folgte Sachsen- Anhalt mit einer Kaiserschnittrate von 32,3 %. Berlin (25,6 %) hatte hingegen die niedrigste Kaiserschnittrate, gefolgt von Sachsen (26,6 %). In der langfristigen Betrachtung ist

¹ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_N022_231.html

festzustellen, dass die Kaiserschnitttrate seit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems gestiegen ist. Dies hat aus unserer Sicht insbesondere mit der Vergütung im DRG-Fallpauschalensystems zwischen einer Geburt mit Kaiserschnitten und vaginalen Geburten zu tun.“

Herr Oberbürgermeister Reiter hat mir Ihre Anfrage zur Beantwortung zugeleitet. Zunächst bedanke ich mich für die Fristverlängerung und kann jetzt die einzelnen Punkte Ihrer Anfrage unter Berücksichtigung der Stellungnahme der München Klinik wie folgt beantworten:

Frage 1:

Wie hat sich die Kaiserschnitttrate in Münchens Kliniken seit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems 2004 entwickelt?

Antwort:

Zahlen zur Entwicklung der Kaiserschnitttrate in Münchens Kliniken seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems 2004 liegen dem Gesundheitsreferat (GSR) nicht vor.

Bundesweit hat sich die Kaiserschnitttrate seit 1991 von 15,3 % auf über 30 % verdoppelt.² Die Gründe dafür sind vielfältig und werden unter Fachleuten seit Jahren diskutiert. Auffallend sind große regionale Unterschiede bei der Betrachtung der Sectorate. Das Bundesland Bayern gehört zu den Bundesländern mit der höchsten Kaiserschnitttrate, und somit sind auch die Zahlen für die Landeshauptstadt München verhältnismäßig hoch.

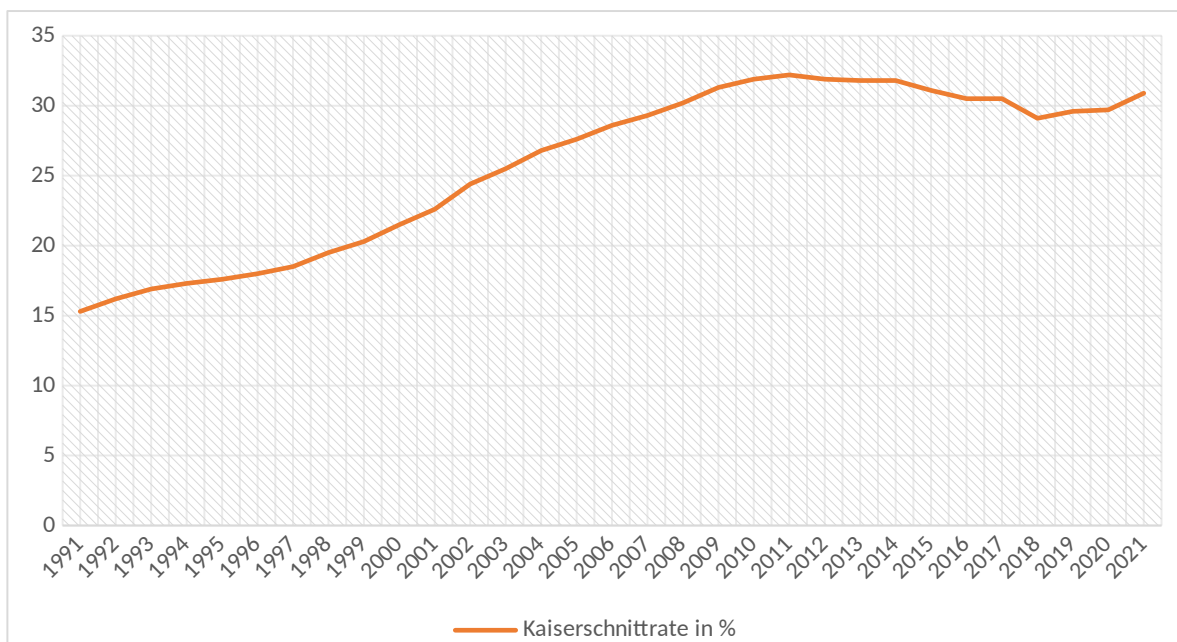


Abbildung 1: Bundesweite Entwicklung der Kaiserschnitttrate von 1991 bis 2021
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023): Krankenhausesbindungen in Deutschland³

²Statistisches Bundesamt (2017): Krankenhausesbindungen in Deutschland. <https://bit.ly/2AX38sB>

³ Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausesbindungen-kaiserschnitt.html>, Abruf: 14.04.23

Frage 2:

Wie hat sich die Kaiserschnitttrate an den unterschiedlichen Standorten der München Klinik gGmbH (Neuperlach, Harlaching und Schwabing) seit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems 2004 entwickelt?

Antwort:

Um die Qualität der Geburtshilfe an den unterschiedlichen Standorten in München (Level I Klinik mit Neonatologie versus Level IV Klinik, die low-risk-Schwangere versorgen) zu vergleichen, reicht die reine Betrachtung der Sectoraten nicht aus. Um die Werte zwischen den Kliniken vergleichbar zu machen, müssen bei den erwarteten Ereignissen unterschiedliche patientenbezogene Risiken für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – wie z. B. ein hoher Anteil an Patientinnen mit einer Mehrlingsschwangerschaft – berücksichtigt werden.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist dazu übergegangen, die Sectorate mittels einer Risikoadjustierung zu berechnen. Die Risikoadjustierung ist ein Qualitätsindikator für geburtshilfliche Abteilungen, der die beobachtete zu der erwarteten Anzahl der Kaiserschnittgeburten ins Verhältnis setzt.

Ein Wert über 1 bedeutet, dass diese Klinik mehr Kaiserschnitte durchführt, als es ihrem Risikoklientel an Schwangeren entspricht. Ein Wert unter 1 zeigt an, dass die Klinik eine vergleichsweise geringe Kaiserschnitttrate hat.

Zum besseren Vergleich wurde in der nachfolgenden Tabelle die Kaiserschnitttrate von 2021 der einzelnen Kliniken samt dem risikoadjustierten Wert recherchiert und zusammengefasst:

	Anzahl Geburten	Anzahl Kaiserschnitte	Anteil Kaiserschnitte	Risikoadjustierung*	Anmerkung
Frauenklinik München West GmbH & Co. KG	Die Geburtshilfe wurde im Jahr 2020 eingestellt.				
Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH	2.721	1.404	51,6 %	1,62*	Signifikant höher als erwartet
HELIOS Klinikum München **	1.328	448	33,7 %	1,21	Rechnerisch höher als erwartet
Klinikum der Universität München, Campus Innenstadt	2.221	554	24,9 %	0,79	Rechnerisch niedriger als erwartet
Klinikum der Universität München, Campus Großhadern	1.709	583	34,1 %	1,07	Im Toleranzbereich
Klinikum Dritter Orden	2.769	1.141	41,2 %	1,13	Im Toleranzbereich
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität M.	1.926	634	32,9 %	1,04	Im Toleranzbereich
Rotkreuzklinikum München	3.603	1.490	41,4 %	1,31**	Rechnerisch

	Anzahl Geburten	Anzahl Kaiserschnitte	Anteil Kaiserschnitte	Risikoadjustierung*	Anmerkung
gGmbH					höher als erwartet
München Klinik Harlaching	2.423	663	27,4 %	0,94	Rechnerisch niedriger als erwartet
München Klinik Neuperlach	1.419	214	15,0 %	0,60	Signifikant niedriger als erwartet
München Klinik Schwabing	2.705	848	31,3 %	1,02	Im Toleranzbereich
Gesamt München	22.824	7.979	35 %	-	Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Anzahl der Kaiserschnitte in München auffallend hoch
Bundesdurchschnitt	765.694	236.869	30,9 %		

*Die Kaiserschnittrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht.

**Aus Sicht der Fachkommission (IQTIG) sind in der Stellungnahme keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Quellen: Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2021, online verfügbar unter: <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#!/suche>, Abruf: 14.04.23

Im Jahr 2021 wurden in der Landeshauptstadt München rund 35 % aller Geburten per Kaiserschnitt beendet. Damit liegt die Rate über dem bundesweiten Durchschnitt. Eine Kaiserschnittgeburt stellt sowohl für die Mutter als auch für das Kind ein Risiko dar. Daher sollte diese Intervention nur nach dringender medizinischer Indikation durchgeführt werden. Der Anteil an Kaiserschnittgeburten variiert – ähnlich wie der bundesweite Durchschnitt - je nach Klinik innerhalb Münchens sehr stark. Die geburtshilflichen Abteilungen der München Klinik zeigen mit durchschnittlich 25 % Sectiorate einen unterdurchschnittlichen Wert. Am Klinikum Neuperlach war die Rate auffallend niedrig (Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ergebnisbericht Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt in der Landeshauptstadt München, 2018).

Die München Klinik nimmt zu dieser Frage wie folgt Stellung:

Die Differenzierung von Daten nach Jahren und Standorten ist nicht ohne Weiteres möglich.

Die Sectiorate ist in den letzten 20 Jahren auch in Deutschland kontinuierlich angestiegen, dies hat allerdings weniger monetäre Gründe, sondern ist vielmehr der Tatsache geschuldet, dass heutzutage eine schwere vaginale Geburt mit dem Risiko schwerer Geburtsverletzungen oder kindlicher Schädigungen nach Möglichkeit nicht mehr riskiert wird. Dies führt dazu, dass die Rate an sekundären Kaiserschnitten zunimmt, d. h. bei denen die Patientin zunächst die vaginale Geburt angestrebt hat und dann während der Geburt aufgrund von kindlichen oder

mütterlichen Risikofaktoren ein sekundärer Kaiserschnitt durchgeführt wird. Ein so genannter Wunschkaiserschnitt ohne medizinische Indikation wird in der München Klinik nicht durchgeführt.

In den letzten 15 Jahren ist in den Perinatalzentren Level I (Harlaching und Schwabing) die Sectiorate zwischen 28 % und 32 % konstant geblieben.

Um die Kliniken insgesamt besser vergleichen zu können, wurde das so genannte Robson Kollektiv in der Qualitätssicherung eingeführt. Hier liegt die München Klinik, insbesondere in den Perinatalzentren Schwabing und Harlaching, deutlich unter der geforderten Kaiserschnitttrate. Dieses Ergebnis ist vor allem dem hochmotivierten und engagierten Team von Hebammen und Ärzt*innen geschuldet, die nach Möglichkeit auch durchaus in schwierigen Situationen die vaginale Spontangeburt für die Patientin realisieren wollen. Das Robson Kollektiv ermöglicht einen direkteren Vergleich zwischen den unterschiedlichen Kliniken wie z. B. Neuperlach. Hier werden nur reife, gesunde Kinder ab der 37. Schwangerschaftswoche entbunden. In diesem niedrigen Risikokollektiv ist es selbstverständlich, dass die Sectiorate deutlich niedriger ausfallen muss im Vergleich zu den Perinatalzentren mit bis zu 80 % Risikogeburten. (Anmerkung GSR: Laut der risikoadjustierten Kaiserschnitttrate ist die Kaiserschnitttrate in Neuperlach signifikant niedriger als in Kliniken mit vergleichbaren Risikoklientel).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die geburtshilflichen Abteilungen der München Klinik bzgl. Ihrer Sectiorate eine exzellente Qualität bieten, deutlich unter dem Landesdurchschnitt, die sich in den letzten Jahren auch nicht verändert hat. Insbesondere spielen in der München Klinik monetäre Beweggründe zur Steigerung der Kaiserschnitttrate keinerlei Rolle.

Frage 3:

Wie hoch ist derzeit der Anteil an primären Kaiserschnitten (geplant vor oder nach Einsetzen der Wehen) im Vergleich zu sekundären Kaiserschnitten (aufgrund einer Notfallsituation oder einer spontan auftretenden medizinischen Indikation bei Mutter und/oder Kind) in Münchner Kliniken?

Antwort:

Rein medizinisch werden primäre Kaiserschnitte als Kaiserschnitte vor dem Geburtsbeginn (Wehen oder Blasensprung) definiert und sekundäre Kaiserschnitte als Kaiserschnitte nach dem Geburtsbeginn. Somit kann eine Sectio, die eigentlich primär geplant war (z.B. wegen Beckenendlage) sekundär enden, wenn die Frau beispielsweise vor dem geplanten Eingriff einen Blasensprung hat.

Laut dem Qualitätsbericht für Geburtshilfe für das Jahr 2020 des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist die Verteilung folgende: Von 100 Kaiserschnitten lassen sich 43,2 % als primäre Kaiserschnitte und 45,7 % als sekundäre Kaiserschnitte zuordnen (bei dem Rest gibt es mutmaßlich keine eindeutige Zuordnung). Allerdings lassen diese Zahlen keine Rückschlüsse auf die Kaiserschnitte zu, die zwingend medizinisch indiziert sind. Insbesondere bei den Kaiserschnitten, die sekundär durchgeführt werden, werden unterschiedliche Gründe genannt. Aufgrund der hohen Kaiserschnitttrate haben z.B. ein Drittel der Zweitgebärenden bereits ein höheres Risiko, da sie bereits einen Kaiserschnitt hatten. Das

Narbengewebe stellt ein höheres Risiko dar, wenn erneut eine Spontangeburt unter Wehen angestrebt wird. Eine hohe Kaiserschnitttrate bei Erstgebärenden impliziert somit eine höhere Rate bei Zweitgebärenden, die bereits einen Kaiserschnitt hatten.

Fachgesellschaften empfehlen allgemein eine Kaiserschnitttrate von 15 %. Bei höheren Raten wird keine Verbesserung der mütterlichen oder kindlichen Morbidität oder Mortalität erreicht (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2020).

Frage 4:

Liegen dem Gesundheitsreferat Zahlen der auf Wunsch durchgeführten Kaiserschnitte vor?

Antwort:

Nein, explizit für die Landeshauptstadt München existieren keine genauen Zahlen. Bundesweit gibt es nur wenige Untersuchungen dazu. Das IQTIG bezieht sich auf eine Studie von 2013, die bundesweit von insgesamt 10 % Wunsch-Sectios ausgeht (Schneider H (2013): Risiko-Nutzen-Verhältnis bei natürlicher Geburt und elektiver Sectio. Gynäkologe 46 (10): 709-14).

Frage 5:

Welchen Einfluss haben nach Auffassung des Gesundheitsreferats die nachfolgenden Faktoren derzeit auf die Kaiserschnitttrate:

- a. individuelle Geburtsrisiken bei Mutter und Kind
- b. Aspekte der Klinikorganisation (Personalsituation, Größe der Geburtsabteilung, Belegwesen, 1:1-Betreuung unter der Geburt)
- c. Aspekte der Vergütung (insbesondere im Vergleich zu Spontanentbindungen)
- d. Haftungsrisiken

Antwort:

Dem GSR liegen hierzu keine Angaben vor.

Frage 6:

Wie hoch war in der München Klinik gGmbH in den letzten fünf Jahren der Anteil der Geburten, die unter einer 1:1-Betreuung durch Hebammen stattfanden?

Antwort:

Die München Klinik nimmt zu dieser Frage wie folgt Stellung:

Eine Geburt kann unterschiedlich lange andauern. Zum Beispiel kann die Geburt mit einem Blasensprung beginnen und bis Wehen einsetzen, können viele Stunden vergehen. In dieser Phase und auch in der Eröffnungsphase sind die Gebärenden sehr mobil, können noch spazieren gehen, oder sich auch noch auf Station ausruhen. Hier ist es nicht nötig, kontinuierlich eine Hebamme an ihrer Seite zu haben. In der Austreibungsphase (ca. 1-2 Stunden vor der Geburt) gelingt in nahezu 100 % eine 1:1 Betreuung der Gebärenden. Zu bedenken sind dabei auch die gesetzlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, mit max. Arbeitszeit und Ruhezeiten für Arbeitnehmer*innen. Natürlich ist die Geburtshilfe nicht planbar, so gibt es Tage, an denen nur 3-4 Geburten stattfinden, an anderen 7-8 Geburten.

Der große Vorteil bei freiberuflich tätigen Hebammen wie in Harlaching und Schwabing ist, dass die Hebammengruppe bei hohem Aufkommen von Patient*innen Kolleg*innen zusätzlich hinzurufen können.

Frage 7:

Welche Erkenntnisse hat das Gesundheitsreferat über den einrichtungsbezogenen unterschiedlichen Umgang mit relativen Indikationen zum Kaiserschnitt, und inwieweit kann dies die unterschiedlich hohen Kaiserschnittsraten erklären?

Antwort:

Hierzu liegen dem GSR keine belastbaren Erkenntnisse vor.

Frage 8:

Welche Maßnahmen hat das Gesundheitsreferat in den letzten Jahren ergriffen, um Anreize für Kliniken, Kaiserschnitte durchzuführen, zu senken, und welche weiteren Maßnahmen plant das Gesundheitsreferat diesbezüglich bzw. empfiehlt es?

Seit 2018 wird sowohl die ambulante als auch die stationäre Geburtshilfe mithilfe der Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern (GebHilfR) finanziell unterstützt. Die Höhe der Zuweisung misst sich an der Zahl der Krankenhausgeburten im Vorjahr, damit stehen für die Landeshauptstadt München jährlich insgesamt rund 900.000 € für Maßnahmen und Projekte zur Verfügung. Zusätzlich beteiligt sich die Landeshauptstadt München mit einem Eigenanteil von 10 % der Fördersumme. In fast allen Münchener geburtshilflichen Abteilungen wurde durch diese Förderung eine zusätzliche Personalstelle (medizinisch fachliche Angestellte, MFA) im Kreißaal geschaffen. Diese MFA übernehmen täglich anfallende Routinearbeiten wie Terminvereinbarungen, Materialbeschaffung und organisatorische Aufgaben. Dadurch entlasten sie die Hebammen im Kreißaalalltag, um mehr Zeit für die originäre Hebammentätigkeit in der Geburtshilfe zu haben. Zusätzlich können die Hebammenteams über das Förderprogramm Fortbildungen und Supervisionssitzungen beantragen. Diese Maßnahmen tragen zur Arbeitszufriedenheit der Hebammen im Kreißaal bei und sollen die angespannte Personalsituation abmildern.

Das GSR führt derzeit eine Umfrage zu den Kapazitäten der Münchener Geburtskliniken durch. Die Ergebnisse werden zum Ende des dritten Quartals 2023 erwartet.

Frage 9:

Gibt es aus Sicht des Gesundheitsreferats einen Zusammenhang zwischen der steigenden Zahl der Kaiserschnitte und der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland?

Antwort:

Die Gründe für die Steigerung der Sectionrate sind mannigfaltig und lassen sich nicht auf eine Ursache reduzieren. Die Geburtshilfe gilt als ein unterfinanzierter Bereich des Gesundheitswesens, der unter der Einführung der DRG-Fallpauschalen gelitten hat. Ein Vergütungssystem, das aufwändige Maßnahmen und Therapien belohnt, ist für einen physiologischen Bereich wie die Geburtshilfe nicht geeignet. Dieses System kann zu Fehlanreizen im Gesundheitsbereich führen und das wird am Beispiel der Geburtshilfe deutlich.

Frage 10:

Welchen Handlungsbedarf sieht das Gesundheitsreferat hinsichtlich der Verbesserung der Möglichkeit, während der Ausbildung zur Hebamme oder zum Geburtspfleger bzw. zur Geburtsmedizinerin oder zum Geburtsmediziner in realen Geburtssituationen oder an Simulatorpuppen die Betreuung der vaginalen Geburt in Risikokonstellationen zu erlernen?

Antwort:

Das GSR hat zu dieser Frage die MüK und die Katholische Stiftungshochschule um Stellungnahme gebeten:

Die München Klinik nimmt zu dieser Frage wie folgt Stellung:

Das Simulationszentrum an der MüK ist derzeit nicht für einen solchen Einsatz im Rahmen der Ausbildung zur Hebamme oder zum Geburtspfleger bzw. zur Geburtsmedizinerin oder zum Geburtsmediziner ausgelegt. Das Simulationszentrum bzw. die Übungs- und Reflexionsräume an der MüK sind nur für die generalistische Pflegeausbildung angelegt, und zwar speziell für die Sicherstellung und effektive Gestaltung der verpflichtenden Kurzeinsätze in der Pädiatrie und Psychiatrie. In den Übungs- und Reflexionsräumen bereiten sich die Auszubildenden anhand verschiedener Arbeits- und Lernaufgaben auf den Kontakt mit den Patient*innen vor und können dort konkrete Pflegesituationen vor- und nachbereiten und Pflegehandlungen reflektieren.

Ob Handlungsbedarf hinsichtlich der Einrichtungen eines Simulationszentrums für Geburtssituationen besteht, muss konkret geprüft werden. Die KSH München bietet den Studiengang Hebammenkunde (B.Sc.) an und verfügt über ein Simulationszentrum für die Studierenden der Hebammenkunde (siehe Antwort der Hochschule).

Die KSH (Verantwortliche des Studiengangs Hebammenkunde) nimmt zu dieser Frage wie folgt Stellung:

Im Zuge der Akademisierung des Hebammenberufs wurden neue gesetzliche Regelungen bzgl. des Ablaufs des staatlichen Examens festgelegt, welche v.a. den Ablauf des praktischen Examens wesentlich verändern. Die Prüfung zum Kompetenzbereich Geburt wurde komplett aus der Praxis an den dritten Lernstandort der Hochschule, das Simulationslabor verlegt. An diesem Lernort finden mit Beginn des Studiums regelmäßige praktische Übungen für einen besseren Theorie-Praxis-Transfer statt – mit zunehmendem Kenntnisstand werden die Situationen immer komplexer und behandeln in Simulationsszenarien neben der Physiologie auch Risikosituationen, in denen ein interprofessionelles Vorgehen notwendig ist. Das Simulationslabor der KSH beherbergt Räumlichkeiten sowohl für die klinische als auch die außerklinische Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. So können zum einem in einem vollausgestatteten Kreißaal inklusive Reanimationseinheit für Neugeborene und zum anderen auch in Räumlichkeiten für die häusliche Betreuung, Notfallsituationen simuliert werden. Begleitet werden die Studierenden der Hebammenkunde dabei von einem interdisziplinären Team der Hochschule, bestehend aus Hebammen, Gynäkolog*innen und Pädiater*innen. Ein Kompetenzerwerb durch Simulationen ist bereits durch zahlreiche Studien

belegt – die Evaluation an der Hochschule zeigt vergleichbare Ergebnisse.

Für die Zukunft wünschenswert wären regelmäßige Simulationen unter Beteiligung aller fachspezifischer Studiengänge und Fachberufe. Somit könnte ein interdisziplinärer Austausch zur Selbstverständlichkeit werden und die Zusammenarbeit an den zukünftigen klinischen und außerklinischen Standorten leichter gelingen.

Das GSR sieht aktuell keinen Handlungsbedarf, weil im Rahmen des Studiengangs Hebammenkunde an der KSH eine solche Möglichkeit geschaffen wurde (siehe Stellungnahme der KSH).

Ich bitte darum, von den vorstehenden Ausführungen Kenntnis zu nehmen und gehe davon aus, dass die Angelegenheit damit abgeschlossen ist.

Das Antwortschreiben ist mit der Gleichstellungsstelle für Frauen der Landeshauptstadt München abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Zurek
berufsmäßige Stadträtin