

Die Kaiserschnitttrate (in Prozent der Gesamtzahl der Lebendgeburten) hat im Lauf der vergangenen Jahrzehnte in allen OECD-Ländern zugenommen. Zu den Gründen für diesen Anstieg gehören u.a. die gesunkenen Risiken von Kaiserschnittgeburten, Haftungsfragen bei ärztlichen Kunstfehlern, die Bequemlichkeit der Planung sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten und Veränderungen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Dennoch führen Kaiserschnitte weiterhin zu einer erhöhten Sterberate bei den Müttern, einer erhöhten Morbidität bei Müttern und Neugeborenen sowie vermehrten Komplikationen bei den folgenden Geburten (Minkoff und Chervenak, 2003; Bewley und Cockburn, 2002; Villar et al., 2006). Diese Probleme werfen in Verbindung mit den erhöhten finanziellen Kosten die Frage auf, ob die Kosten der Kaiserschnittentbindung nicht möglicherweise höher sind als ihr Nutzen.

Im Jahr 2007 gab es bei der Kaiserschnitttrate erhebliche Abweichungen unter den OECD-Ländern (Abbildung 4.8.1), von einem Tiefstand von 14% in den Niederlanden bis zu einem Höchststand von fast 40% in Italien und Mexiko. Die Raten waren in Australien, Korea, Portugal, der Schweiz, der Türkei, Ungarn und den Vereinigten Staaten ebenfalls hoch (30% oder mehr). Der Durchschnitt der OECD-Länder betrug 26%. In den Niederlanden, wo Hausgeburten für Frauen mit Schwangerschaften ohne besondere Risiken eine übliche Wahlmöglichkeit sind, fanden im Jahr 2004 30% der Geburten zu Hause statt (Euro-Peristat, 2008).

Die Zunahme der Kaiserschnittraten hat sich in einigen OECD-Ländern im Lauf der 1990er Jahre verlangsamt oder sogar umgekehrt, was auf Veränderungen bei den geburtshilflichen Praktiken, darunter die versuchte vaginale Geburt (bei der eine Frau nach einem früheren Kaiserschnitt eine Geburt auf natürlichem Wege versucht), um die Zahl der Mehrfachkaiserschnitte zu senken (Lagrew und Adashek, 1998). Doch begann die Kaiserschnitttrate bald wieder zu steigen, was einerseits an Berichten über Komplikationen bei der versuchten vaginalen Geburt und andererseits an anhaltenden Veränderungen bei den Präferenzen der Patientinnen lag (Sachs et al., 1999). Andere Trends, wie die Zunahme der Erstgeburten bei älteren Frauen und der Anstieg der Mehrlingsgeburten in Folge von Kinderwunschbehandlung, trugen ebenso zum globalen Anstieg der Kaiserschnitte bei.

Die Zunahme der Kaiserschnittraten seit 1997 hat sich in den meisten OECD-Ländern rasch vollzogen (Abbildungen 4.8.2 und 4.8.3). Durchschnittliche Wachstumsraten von 4% oder mehr wurden in 12 OECD-Ländern verzeichnet, wobei die höchsten Anstiegsraten in Österreich, der Slowakischen Republik, Luxemburg, Dänemark, Irland und der Tschechischen Republik zu beobachten waren. Zwischen 1997 und 2007 sind die Kaiserschnittraten im Durchschnitt der OECD-Länder jährlich um 3,9% gestiegen. Finnland und Island weisen

die niedrigsten Anstiegsraten auf und gehören zu den Ländern, in denen die Kaiserschnitttrate im Jahr 2007 am niedrigsten war.

Die anhaltende Zunahme der Kaiserschnittgeburten ist nur teilweise durch Veränderungen bei den medizinischen Indikationen bedingt. Eine Untersuchung der Trends bei Kaiserschnittgeburten in den Vereinigten Staaten ergab, dass der Prozentsatz der Kaiserschnitte „ohne Risikoindikation“ von 3,7% aller Entbindungen im Jahr 1996 auf 5,5% im Jahr 2001 gestiegen ist (Declercq et al., 2005). In Frankreich ergab eine Untersuchung des französischen Krankenhausverbandes im Jahr 2008, dass die Kaiserschnittraten in privatwirtschaftlichen gewinnorientierten Einrichtungen höher lagen als in öffentlichen Einrichtungen, obwohl letztere auf kompliziertere Schwangerschaften ausgerichtet sind (FHF, 2008). Ein Überblick der Praxis bei Kaiserschnittentbindungen in Lateinamerika Ende der 1990er Jahre ergab ebenfalls eine höhere Kaiserschnitttrate in Privatkrankenhäusern als in öffentlichen oder durch die Sozialversicherung finanzierten Krankenhäusern (Belizan et al., 1999).

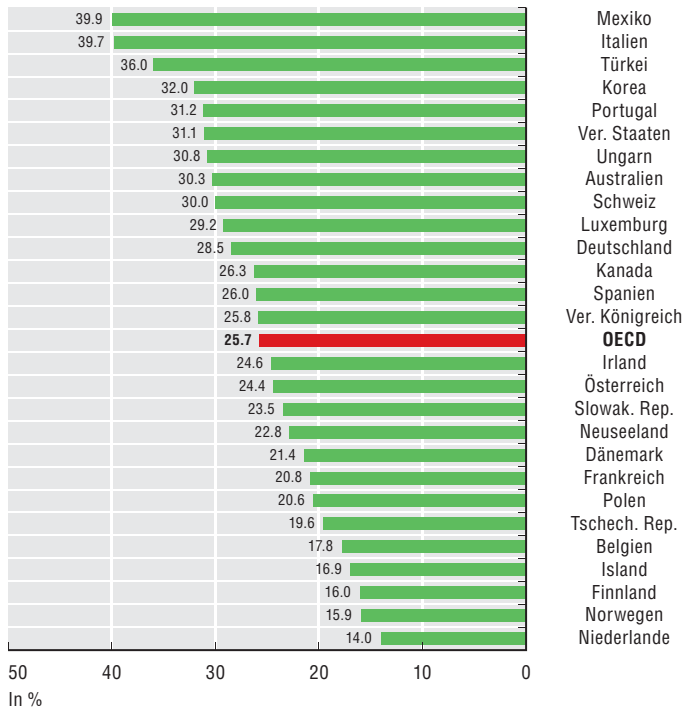
Wenngleich Kaiserschnittgeburten unter gewissen Umständen eindeutig erforderlich sind, ist die Debatte über die Vorteile des Kaiserschnitts im Verhältnis zur Normalentbindung bei komplikationsfreien Geburten noch nicht abgeschlossen. Berufsvereinigungen von Geburtshelfern und Gynäkologen in Ländern wie Kanada befürworten inzwischen die Förderung der Normalentbindung ohne Interventionen wie Kaiserschnitte (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al., 2008).

Definition und Abweichungen

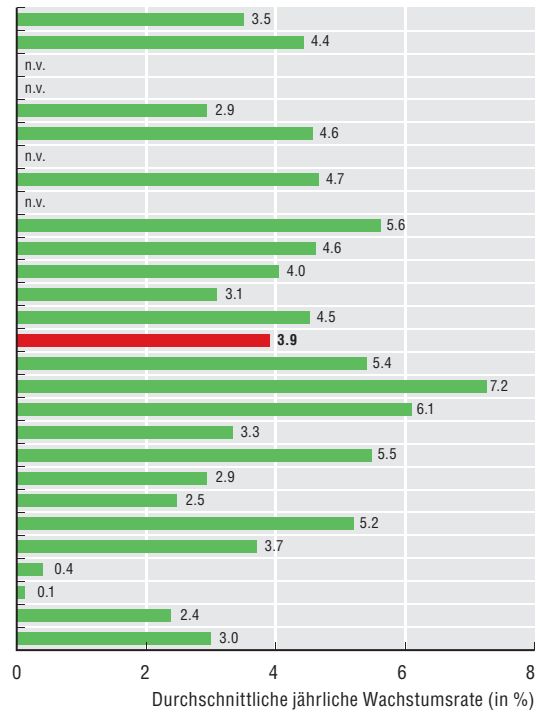
Die Kaiserschnitttrate ist die Zahl der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten.

In Portugal wird im Nenner nur die Zahl der Lebendgeburten in öffentlichen Krankenhäusern in Festland-Portugal berücksichtigt (weshalb die Kaiserschnitttrate zu hoch ausgewiesen ist). In Mexiko wird die Zahl der Kaiserschnitte auf der Basis von Meldungen der öffentlichen Krankenhäuser und Daten aus nationalen Gesundheits-erhebungen geschätzt. Es muss auf Schätzungen zurückgegriffen werden, um die Untererfassung von Kaiserschnitten in privaten Einrichtungen zu korrigieren. Die kombinierte Zahl der Kaiserschnittgeburten wird dann durch die Gesamtzahl der Lebendgeburten nach den Schätzungen des nationalen Bevölkerungsrats (Population Council) dividiert.

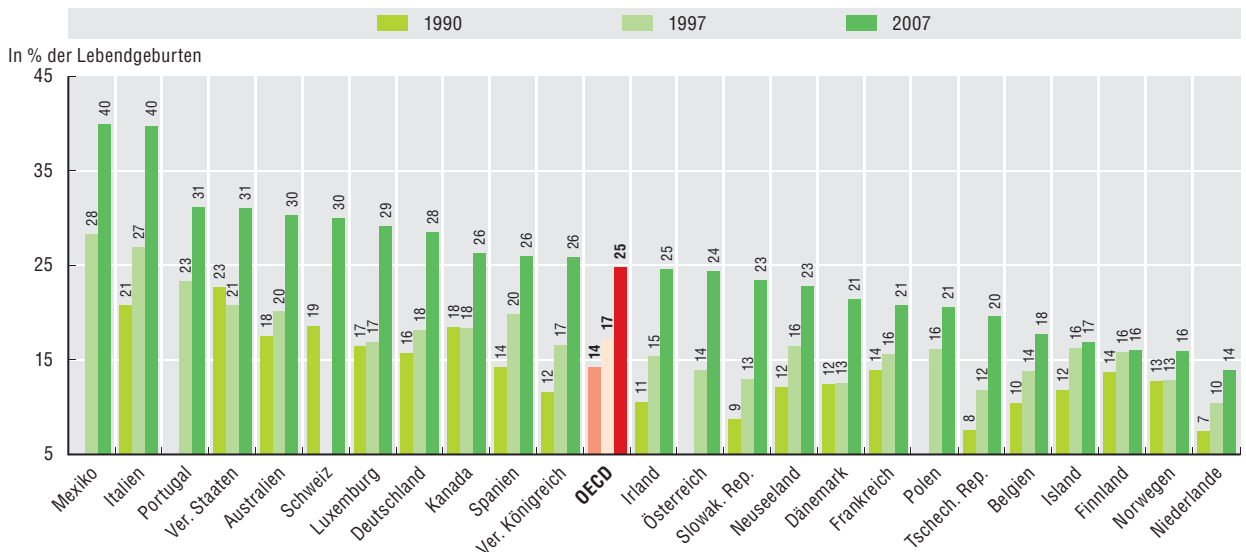
4.8.1 Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 2007 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.8.2 Zunahme der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1997-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.8.3 Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/803817022361>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Kaiserschnitte", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-44-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.