

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Cornelia Möhring, Harald Petzold (Havelland), Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Entwicklung der Kaiserschnitttrate

Die Entbindung durch Kaiserschnitt erhält vielen Frauen und Kindern Leben und Gesundheit. Allerdings sollten Kaiserschnitte aus medizinischen Gründen vorgenommen werden. Denn – auch wenn die Risiken des Kaiserschnitts in den letzten Jahrzehnten weiter gesunken sind – eine Geburt per Kaiserschnitt bleibt im Vergleich zur Vaginalgeburt mit gesundheitlichen Belastungen und Risiken für Mutter und Kind verbunden und kann sich negativ auf mögliche weitere Geburten der betreffenden Frau auswirken (<https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/>).

Mit einer Kaiserschnitttrate von aktuell circa 31,9 Prozent nimmt Deutschland international einen vorderen Platz ein, während die skandinavischen Länder Finnland und Schweden lediglich eine Quote von 16,2 Prozent aufweisen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE., „Wirtschaftliche Lage der Hebammen und Entbindungspfleger“, Bundestagsdrucksache 18/900, S. 10).

Zudem gibt es innerhalb Deutschlands starke regionale Unterschiede bei der Höhe der Kaiserschnitttrate, die medizinisch nicht erklärbar sind. In Dresden liegt die Kaiserschnitttrate bei 16,9 Prozent, im Kreis Landau in der Pfalz bei 50,7 Prozent (<https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/interaktive-karten/>; www.welt.de/gesundheit/article112807960/Wann-Babys-per-OP-zur-Welt-kommen-sollten.html). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) geht sogar davon aus, dass „nur zehn Prozent der Kaiserschnitte“ aufgrund „einer tatsächlichen Gefährdung von Mutter oder Kind“ erfolgen (www.welt.de/gesundheit/article123432872/Wo-die-Spontangeburt-zur-exotischen-Ausnahme-wird.html).

Handlungsbedarf sehe Prof. Dr. Petra Kolip u. a. bei den medizinischen Leitlinien, die „häufig keine ausreichende Orientierung für die Geburtshelferinnen und -helfer bieten, da sie entweder veraltet, zu unkonkret oder gar nicht vorhanden sind“ (https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf). Um dem Trend in der Versorgungsrealität hin zu mehr Kaiserschnitten entgegenzusteuern, werden „eine Weiterentwicklung der Evidenz und die konsequente Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien“ und die „Erarbeitung einer S3-Leitlinie für besondere Konstellationen wie bspw. Beckenendlagen“ etc. empfohlen (ebd., S. 88).

Wir fragen die Bundesregierung:

Internationale Situation

1. Wie hoch waren die Geburtenrate, die Säuglingssterblichkeit sowie die Lebenserwartung in Deutschland und nach Kenntnis der Bundesregierung in den EU-Ländern sowie Norwegen, den USA und Neuseeland in den Jahren 1995, 2000, 2005, 2010 und 2012?
2. Wie hoch waren nach Kenntnis der Bundesregierung die Kaiserschnittraten in den EU-Ländern sowie in Norwegen, den USA und Neuseeland in den Jahren 1995, 2000, 2005, 2010 und 2012?
3. Welche Gründe sieht die Bundesregierung für die niedrigeren Kaiserschnittraten in den skandinavischen Ländern?
4. Welche Kenntnisse aus anderen Ländern über ähnlich regionale Differenzen bei den Kaiserschnittraten wie in Deutschland und gegebenenfalls auch über deren Gründe liegen der Bundesregierung vor?
5. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung die von der World Health Organization (WHO) im Jahr 1985 formulierte Empfehlung, der zufolge es „keinerlei Rechtfertigung für eine Kaiserschnittrate über 10 bis 15 Prozent“ gibt (www.hebammenfuerdeutschland.de, WHO-Empfehlungen zur normalen Geburt – 1995), derzeit noch im Kraft?

Falls nein, wann und aus welchen Gründen hat nach Kenntnis der Bundesregierung die WHO von dieser Aussage Abstand genommen?

Situation in Deutschland

6. Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gründe für die höhere Kaiserschnittrate in Deutschland, und kann die Bundesregierung ausschließen, dass sie mit durch die Fallpauschalen in Krankenhäusern gegebenenfalls gesetzten Anreize zur Mengenausweitung zu tun hat?
7. Liegen der Bundesregierung Zahlen der auf Wunsch durchgeführten Kaiserschnitte vor?
8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass „nur zehn Prozent der Kaiserschnitte“ aufgrund „einer tatsächlichen Gefährdung von Mutter oder Kind“ vorgenommen werden?
Wenn nein, aufgrund welcher wissenschaftlicher Untersuchungen kommt sie zu ihrer Einschätzung?
9. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Kaiserschnittrate Resultat des regional unterschiedlichen und teilweise großzügigen Ausschöpfens der „Entscheidungsspielräume bei ‚weichen‘ Kaiserschnitt-Indikationen“ ist (wenn nein, bitte mit Bezug auf wissenschaftliche Untersuchungen begründen)?
10. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung folgende Passage zu verstehen, die Punkt 2.2 der Leitlinie „Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) vom August 2010 entnommen ist: „Als Sectio auf Wunsch (auch ‚Sectio kraft Vereinbarung‘ oder ‚Gefälligkeitssectio‘ genannt) bleibt hiernach begrifflich nur der Fall, in dem keine medizinische Indikation ersichtlich ist. In Betracht kommen die Fälle, in denen aus beruflichen oder terminlichen Gründen Zeit und Ort der Entbindung im Voraus fest bestimmbar sein sollen (z. B. Tag der Jahrtausendwende oder Geburt unter einem günstigen Horoskop) oder die Teilnahme des Partners gewünscht wird, der zeitlich nicht frei verfügbar ist“ (www.awmf.org/uploads/)?

11. Seit wann und warum überarbeitet nach Kenntnis der Bundesregierung die DGGG die Leitlinie „Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea“ vom August 2010?
Wann wird nach Kenntnis der Bundesregierung die genannte Leitlinie der DGGG in überarbeiteter Form wieder zur Verfügung stehen?
12. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung eine Alternative zur in Frage 10 genannten Leitlinie?
Falls eine solche existiert, enthält diese ebenfalls zu prüfende Voraussetzungen (wie sie die genannte und in Überarbeitung befindliche Leitlinie in Punkt 3.5.1 enthält), unter denen eine Sectio auf Wunsch durchzuführen ist?
Falls keine solche alternative Leitlinie existiert, woran können oder sollten sich Gynäkologinnen und Gynäkologen bei der Entscheidung über die Art der Geburt nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell orientieren?
13. Sind die Leitlinien in ihrer aktuellen Fassung nach Einschätzung der Bundesregierung geeignet, die Kaiserschnittrate zu senken?
14. Welche juristischen Aspekte bzw. welche juristischen Entwicklungen in der „Rechtsprechung und Rechtslehre“ haben nach Kenntnis der Bundesregierung die DGGG nach dem Jahr 1996 dazu veranlasst, ihren bis dahin eingenommenen Standpunkt zu ändern, dass jede Sectio „neben der Einwilligung der Schwangeren einer ausreichenden medizinischen Indikation“ bedarf (DGGG: Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea, Stand: August 2010, S. 9, siehe dazu auch Prof. Dr. Petra Kolip, S. 94)?
15. Verfügt die Bundesregierung über Hinweise oder Erkenntnisse, dass sich die von Prof. Dr. Petra Kolip u. a. beschriebene Situation, dass „die Nachfrage der Schwangeren nach einer individuellen 1:1-Betreuung während Schwangerschaft und Geburt das derzeitige Angebot der Hebammen übersteigt“ (ebd., S. 85), inzwischen verbessert hat?
Wenn ja, welche?
16. Wie hoch war nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren der Anteil der Geburten die unter einer 1:1-Betreuung durch Hebammen stattfanden (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
17. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass „eine früh einsetzende Betreuung durch Hebammen die Kaiserschnitt-rate leicht verringert“ (ebd., S. 89)?
Wenn nein, worauf basiert die Einschätzung der Bundesregierung?
18. Teilt die Bundesregierung die Erkenntnis von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass bei „Frauen, die eine Beleghebamme vor der Geburt wählen und von dieser bei der Geburt ausschließlich in einem 1:1-Verhältnis betreut werden“, „eine um zwei Prozentpunkte geringere Kaiserschnitt-rate zu beobachten“ ist (ebd., S. 85), wenn nein, bitte begründen?

Handlungsbedarf in Deutschland

19. Sieht die Bundesregierung in Deutschland generell Forschungsbedarf zum Thema Kaiserschnittraten?
Wenn ja, welchen Fragen sollte die Forschung nachgehen?
20. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für notwendig, um in Deutschland die Kaiserschnitt-rate zu senken?
Welche Akteure sollten nach Ansicht der Bundesregierung auf welche Weise tätig werden?

21. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung in Deutschland mit Blick auf die niedrigeren Kaiserschnittraten in skandinavischen Ländern?
Welche Akteure sollten nach Ansicht der Bundesregierung auf welche Weise tätig werden?
22. Sieht die Bundesregierung in Deutschland einen Handlungsbedarf, wie er von Prof. Dr. Petra Kolip und anderen an der Studie Beteiligten formuliert wurde, denen zufolge Maßnahmen erforderlich sind, um „die Zahl der Kaiserschnittgeburten zukünftig auf das medizinisch notwendige Maß zu beschränken“ (ebd., S. 87)?
Falls nein, warum nicht?
23. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass die „Leitlinien dringend (weiter-)entwickelt werden müssen“, um Geburtshelferinnen und -helfern mehr Sicherheit zu geben (ebd., S. 88)?
24. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der derzeitige Stand der Leitlinienentwicklung?
Wen sieht die Bundesregierung hier als verantwortliche Akteure?
Welche Schritte haben die Bundesregierung oder nach Kenntnis der Bundesregierung andere Akteure seit Erscheinen der Studie unternommen, damit die Empfehlungen der Studie umgesetzt werden?
25. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a. zu, dass „eine Stabilisierung der Rolle der Hebammen in der Geburtsbegleitung“ eine sinnvolle Maßnahme ist (ebd., S. 8)?
Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der derzeitige Stand in dieser Frage?
Wen sieht die Bundesregierung hier als verantwortliche Akteure?
Welche Schritte haben die Bundesregierung oder nach Kenntnis der Bundesregierung andere Akteure seit Erscheinen der Studie unternommen, damit die Empfehlungen der Studie umgesetzt werden?
26. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung 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?
Welche Schritte haben die Bundesregierung oder nach Kenntnis der Bundesregierung andere Akteure seit Erscheinen der Studie unternommen, damit die Empfehlungen der Studie umgesetzt werden?

Berlin, den 30. Juli 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion