

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Maria Klein-Schmeink, Dr. Tobias Lindner, Lisa Paus, Brigitte Pothmer, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen

In Deutschland steigt der Anteil von Geburten mit Kaiserschnitt stetig an. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 28 Prozent aller Entbindungen im Jahr 2005 Kaiserschnittentbindungen, im Jahre 2009 bereits 31,3 Prozent. Dabei variiert die Zahl der Kaiserschnittgeburten stark nach Bundesländern: Die höchste Kaiserschnitttrate im Jahr 2009 hatte das Saarland (38,4 Prozent), die niedrigste hatte Sachsen (22,6 Prozent). Die Kaiserschnittstudie der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus dem Jahr 2006 zeigt, dass Ärzte und Ärztinnen einen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt haben und bei 60 Prozent aller Kaiserschnitte sie diesen Schritt empfehlen. Auf der anderen Seite empfehlen Hebammen Kaiserschnitte deutlich seltener (27 Prozent). Die steigende Tendenz zu Kaiserschnitten ist laut GEK-Studie mit einer geringeren Intensität der Hebammenbetreuung verbunden.

Nach der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte ein Kaiserschnitt nur dann durchgeführt werden, wenn eine natürliche Geburt die Gesundheit oder das Leben von Mutter oder Kind gefährdet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Anwendung dieser Empfehlung bei etwa 15 Prozent der Geburten Kaiserschnitte medizinisch indiziert sind.

Kaiserschnitte werden häufig als eine sichere Alternative zur vaginalen Geburt dargestellt. Dabei werden laut GEK-Kaiserschnittstudie die langfristigen gesundheitlichen Risiken des Kaiserschnitts bei weiteren Schwangerschaften und Entbindungen in der Öffentlichkeit bagatellisiert und die Schwangeren darüber nicht ausreichend informiert. Als Nachteile des Kaiserschnitts werden von den in der GEK-Studie befragten Frauen mit Schnittentbindungen insbesondere Narben- oder Wundschmerzen (52,6 Prozent), Operations- und Infektionsrisiko (26,5 Prozent), längere Rekonvaleszenz (40,4 Prozent) und damit verbunden die eingeschränkte Versorgung des Säuglings (23 Prozent) und eine gestörte Mutter-Kind-Bindung (24,9 Prozent) benannt.

Die Abgrenzung zwischen Wunsch-Kaiserschnitten, relativer und eindeutiger medizinischer Indikation wird unklarer. Dazu trägt auch die im August 2010 veröffentlichte Kaiserschnitt-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bei. Diese sieht vor, dass ein Kaiserschnitt auch in nicht medizinischen Fällen durchgeführt werden kann (z. B. aus Gründen der Klinikorganisation und Personalbesetzung, aus beruflichen oder terminlichen Gründen oder wegen des Wunsches, das Kind unter einem günstigen Horoskop zu gebären). Beispielsweise berichtet die Techniker Krankenkasse, dass bei ihren Versicherten am 11. November 2011 mehr als doppelt so viele Kaiserschnitte durchgeführt wurden wie an anderen Tagen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie bewertet die Bundesregierung die steigenden Zahlen der Kaiserschnitte in Deutschland?
2. Welche Rolle spielen nach Einschätzung der Bundesregierung die folgenden Faktoren für die im internationalen Vergleich hohen und steigenden Kaiserschnitttraten in Deutschland:
 - a) verändertes Geburtsrisiko,
 - b) Klinik- und Krankenhausorganisation,
 - c) aktive Einleitung der Geburt (z. B. Blasensprengung, Wehentropf, Periduralanästhesie),
 - d) sich änderndes Bild des Kaiserschnitts in der Öffentlichkeit, z. B. durch Kaiserschnitte bei prominenten Frauen,
 - e) sinkende Zahl der durch Hebammen betreuten Schwangerschaften,
 - f) mangelnde Information und Aufklärung von Schwangeren über die möglichen Risiken und gesundheitlichen Konsequenzen des Kaiserschnitts für Mutter und Kind während und nach der Geburt sowie bei späteren Schwangerschaften,
 - g) höhere Honorare für die Krankenhäuser und Kliniken für durchgeführte Kaiserschnitte im Vergleich zu der vaginalen Geburt (bitte Angaben zur Höhe der jeweiligen Honorare),
 - h) andere Gründe?
3. Wie erklärt sich die Bundesregierung die sehr großen Unterschiede bei Kaiserschnitttraten zwischen den Bundesländern?
4.
 - a) Wie erklärt sich die Bundesregierung die geringere Zahl der Kaiserschnitte in den Niederlanden?
 - b) Welche Rolle spielt nach ihrer Auffassung dabei die viel stärkere Rolle von Hebammen in der Betreuung von Geburten?
5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie hoch der Anteil der primären Sectiones (geplanter Kaiserschnitt, der vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird) im Vergleich mit der Zahl der sekundären Sectiones (Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation) ist, und wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen?
6.
 - a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Art und Umfang von körperlichen und psychischen Folgen nach einer Kaiserschnitt-Entbindung bei Mutter und Kind?
 - b) Sieht die Bundesregierung die vorliegenden Studien und Daten als ausreichend an?
Falls ja, warum?
Falls nein, was plant sie dagegen zu unternehmen?
7.
 - a) Wie schätzt die Bundesregierung die Problematik des Wunsch-Kaiserschnitts und die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Wunsch und einer relativen oder eindeutigen medizinischen Notwendigkeit ein?
 - b) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie viele Kaiserschnitte in Deutschland als relativ indizierte Schnittentbindungen oder Wunsch-Kaiserschnitte bezeichnet werden können?
 - c) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, was die häufigsten Gründe für relativ indizierte Schnittentbindungen oder Wunsch-Kaiserschnitte sind, und welche Faktoren beeinflussen die Entscheidungen von schwangeren Frauen für eine Wunschsectio statt einer vaginalen Geburt?

8. Wie bewertet die Bundesregierung die in den Leitlinien der DGGG enthaltene Formulierung: „Zu den relativ indizierten Schnittentbindungen zählen auch solche, zu denen sich der Arzt aus Gründen der Klinikorganisation und Personalbesetzung, aus Mangel an Erfahrung, also namentlich aus einer prophylaktischen, womöglich defensiven Haltung heraus entschließt“?
9. Wie bewertet die Bundesregierung, dass in den Leitlinien der DGGG zum Kaiserschnitt auf Wunsch festgestellt wird: „In Betracht kommen die Fälle, in denen aus beruflichen 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“?
10. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Bekämpfung des Informations- und Aufklärungsdefizits, das in der GEK-Kaiserschnittstudie von den befragten Frauen, die durch den Kaiserschnitt entbunden haben, thematisiert wurde und die beklagen, dass ihnen hierdurch die Möglichkeit genommen wurde, eine informierte und bewusste eigene Entscheidung pro oder contra Kaiserschnitt zu treffen?
Falls nein, warum nicht?
Falls ja, welche Rollen sollten bei diesen Maßnahmen,
 - a) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
 - b) Frauengesundheitsprojekte und -organisationen,
 - c) Krankenkassen,
 - d) ärztliche Standesorganisationen und Fachgesellschaften,
 - e) Hebammenverbände,
 - f) der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Richtlinie und Mutterpass)haben?
11. Welche weiteren Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die im internationalen Vergleich sehr hohen deutschen Kaiserschnittraten zu senken?

Berlin, den 2. März 2012

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

elektronische Vorab-Fassung*