

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/2249 –**

### Entwicklung der Kaiserschnittrate

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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 Kaiserschnittrate 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 Kaiserschnittrate, die medizinisch nicht erklärbar sind. In Dresden liegt die Kaiserschnittrate 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-Weltkommen-sollten.html](http://www.welt.de/gesundheit/article112807960/Wann-Babys-per-OP-zur-Weltkommen-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](http://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](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).

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Gründe für die Entwicklung der Kaiserschnittgeburten in den letzten Jahren sind vielschichtig und werden nach wie vor in der medizinischen Fachwelt intensiv diskutiert. Die von den Fragestellern zitierte Studie „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ der Bertelsmann Stiftung von November 2012 unterlegt eine Reihe von Hypothesen zu den potentiellen Ursachen und Hintergründen des Anstiegs der Kaiserschnitttrate in Deutschland mit statistischen Daten und Umfrageergebnissen. Nach Erkenntnissen dieser Studie scheint insbesondere eine Veränderung der Risikoeinschätzung bei den relativen Indikationen zu diesen Entwicklungen der Kaiserschnitttraten beizutragen. Die Studie kann dazu beitragen, die Diskussionen über Ursachen für die Zunahme der Kaiserschnitttraten in den Fachkreisen weiter zu strukturieren und zu intensivieren und gleichzeitig ein erhöhtes Problembewusstsein zu schaffen. Nach wie vor ist die Frage, wann in die Vorgänge der Schwangerschaft und Geburt mit Interventionen eingegriffen werden sollte, Gegenstand intensiver Diskussionen innerhalb der Berufsgruppen und zwischen den Berufsgruppen. Die Bundesregierung unterstützt diesen Diskussionsprozess, weist jedoch darauf hin, dass dieser vorrangig innerhalb der Fachwelt zu führen ist. Aus Sicht der Bundesregierung ist die allgemeine Diskussion um eine Beeinflussung der Kaiserschnitttraten insbesondere auch vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung zu führen, d. h. es ist entscheidend, dass etwaige Interventionen zur Senkung der Kaiserschnitttraten nicht zu einer erhöhten Gefährdung von Mutter und Kind führen dürfen. Grundsätzlich ist die Entscheidung zum Einsatz medizinischer Maßnahmen individuell gemeinsam zwischen der Hebamme bzw. dem Arzt oder der Ärztin und der werdenden Mutter unter Abwägung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu treffen.

#### 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?

Allgemein ist zu internationalen Vergleichen anzumerken, dass Datenerhebung und -aufbereitung nicht in allen Ländern nach derselben Methodik erfolgen, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Verfügbare Datenquellen sind die European Health for all Database der World Health Organization (WHO) und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) Health Data. Vergleicht man die Daten der WHO und der OECD, sind zum Teil geringe Unterschiede in den Zahlen zu finden. Daher werden die beiden Datenquellen getrennt berichtet. Es wird auf die folgenden Tabellen verwiesen:

Geburtenrate, Säuglingssterblichkeit und Lebenserwartung nach WHO, European Health for all Database

	Geburtenrate (Lebendgeburten/1000 Einwohner)					Säuglingssterblichkeit (Säuglingssterbefälle/1000 Lebendgeburten)					Lebenserwartung (Jahre)				
	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012
Deutschland	9.37	9.33	8.32	8.29	8.22	5.3	4.38	3.93	3.43	3.27	76.84	78.42	79.54	80.64	81.08
Belgien	11.4	11.21	11.26	12	11.51	6.01	...	3.98	3.57	...	77.05	...	79.2	80.31	...
Bulgarien	8.56	9.02	9.18	10.02	9.46	14.8	13.31	10.4	9.38	7.75	70.99	71.71	72.6	73.82	...
Dänemark	13.35	12.57	11.87	11.49	10.43	5.06	4.96	4.43	3.41	...	75.48	77.22	78.44	...	...
Estland	9.4	9.54	10.66	11.81	10.89	14.88	8.42	5.44	3.29	...	67.77	70.95	72.89	76.03	...
Finnland	12.35	10.96	11.01	11.37	11.02	3.98	3.61	3.1	2.26	...	76.75	77.88	79.36	80.34	...
Frankreich	12.55	13.13	12.67	12.75	12.36	4.86	4.39	3.58	3.52	...	78.71	79.35	80.49	81.98	...
Griechenland	9.54	9.46	9.69	10.15	9.05	8.15	5.43	3.8	3.8	...	77.67	78.23	79.32	80.69	...
Irland	13.55	14.46	14.78	16.53	15.75	6.37	6.17	3.87	3.78	...	75.48	76.61	79.21	80.8	...
Italien	9.25	9.46	9.56	9.21	8.84	6.19	4.51	...	3.35	...	78.17	79.75	...	82.5	...
Kroatien	10.51	9.98	9.57	9.82	9.79	8.95	7.41	5.7	4.43	3.59	73.29	73	75.44	76.86	77.39
Lettland	8.69	8.53	9.36	8.58	9.78	18.85	10.37	7.8	5.72	6.28	66.3	70.58	71.06	73.7	74.13
Litauen	11.35	9.76	8.95	10.84	10.19	12.48	8.61	6.84	4.29	...	69.15	72.21	71.33	73.57	...
Luxemburg	13.23	13.04	11.55	11.59	11.35	4.06	2.45	2.42	2.72	...	77.41	79.07	80.26	81.49	...
Malta	12.44	11.3	9.56	9.66	10.09	8.89	5.96	5.96	5.48	...	77.33	78.24	79.44	81.51	...
Niederlande	12.32	12.97	11.51	11.1	10.5	5.46	5.13	4.94	3.77	...	77.7	78.29	79.67	81.15	...
Österreich	11.16	9.77	9.51	9.42	9.37	5.42	4.83	4.18	3.9	...	76.98	78.47	79.67	80.88	...
Polen	11.22	9.89	9.55	10.73	10.02	13.6	8.11	6.42	4.98	...	72.01	73.86	75.12	76.58	...
Portugal	10.68	11.66	10.42	9.59	8.54	7.52	5.54	...	2.55	...	75.35	76.85	...	80.13	...
Rumänien	10.43	10.45	10.22	9.9	9.4	21.24	18.63	14.98	9.79	...	69.38	71.25	72.21	73.83	...
Schweden	11.71	10.19	11.22	12.33	11.89	4.03	3.42	2.45	2.54	...	79.07	79.92	80.82	81.77	...

	Geburtenrate (Lebendgeburten/1000 Einwohner)					Säuglingssterblichkeit (Säuglingssterbefälle/1000 Lebendgeburten)					Lebenserwartung (Jahre)				
	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012
Slowakei	11.45	10.21	10.1	11.12	10.27	10.99	8.58	7.2	5.69	...	72.45	73.45	74.3	75.66	...
Slowenien	9.55	9.13	9.04	10.83	10.55	5.53	4.9	4.15	2.52	...	74.79	76.27	77.58	79.96	...
Spanien	9.27	9.9	10.75	10.56	9.7	5.49	4.38	3.78	3.19	...	78.11	79.49	80.44	82.32	...
Tschechische Republik	9.3	8.85	9.99	11.14	10.33	7.7	4.1	3.39	2.67	2.62	73.31	75.21	76.19	77.81	78.24
Ungarn	10.85	9.56	9.67	9.03	9.1	10.66	9.22	6.23	5.32	4.85	70.05	71.93	73.02	74.78	75.33
Vereinigtes Königreich	12.61	11.53	11.99	12.97	12.94	6.18	5.58	5.08	4.34	...	76.78	78.06	79.29	80.78	...
Zypern	15.17	12.18	11.1	11.75	11.76	...	5.56	4.73	2.86	...	...	77.89	79.2	82.19	...
Norwegen	13.83	13.25	12.28	12.57	12.01	4.13	3.82	3.07	2.56	2.49	77.92	78.84	80.48	81.34	81.66

Quelle: WHO, European Health for all Database

Geburtenrate, Säuglingssterblichkeit und Lebenserwartung nach OECD Health Data

	Geburtenrate					Säuglingssterblichkeit (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)					Lebenserwartung (Jahre)				
	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012
Österreich	11,2	9,8	9,5	9,4	9,4	5,4	4,8	4,2	3,9	3,2	76,8	78,2	79,4	80,7	81
Belgien	11,4	11,4	11,4	11,9	11,5	6	4,8	3,7	3,6	3,8	77	77,8	79,1	80,3	80,5
Tschechische republik	9,3	8,9	10	11,2	10,3	7,7	4,1	3,4	2,7	2,6	73,3	75,1	76,1	77,7	78,2
Dänemark	13,3	12,6	11,9	11,4	10,4	5,1	5,3	4,4	3,4	3,4	75,3	76,9	78,3	79,3	80,1
Estland	9,4	9,4	10,6	11,9	10,6	14,9	8,4	5,4	3,3	3,6	67,9	71	72,9	75,9	76,5
Finnland	12,3	11	11	11,4	11	3,9	3,8	3	2,3	2,4	76,6	77,7	79,1	80,2	80,7
Frankreich	12,6	13,1	12,7	12,8	12,4	5	4,5	3,8	3,6	3,5	77,9	79,2	80,3	81,8	82,1
Deutschland	9,4	9,3	8,3	8,3	8,4	5,3	4,4	3,9	3,4	3,3	76,6	78,2	79,4	80,5	81
Griechenland	9,5	9,5	9,7	10,3	9	8,1	5,9	3,8	3,8	2,9	77,5	78,2	79,5	80,7	80,7

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

	Geburtenrate					Säuglingssterblichkeit (Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten)					Lebenserwartung (Jahre)				
	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012	1995	2000	2005	2010	2012
Ungarn	10,8	9,6	9,7	9	9,1	10,7	9,2	6,2	5,3	4,9	70,1	71,9	73	74,7	75,2
Irland	13,5	14,4	14,8	16,5	15,7	6,4	6,2	3,8	3,6	3,5	75,6	76,6	79	80,8	81
Italien	9,2	9,5	9,6	9,5	9	6,1	4,3	3,8	3,2	2,9	78,3	79,9	80,9	82,1	82,3
Luxemburg	13,3	13,1	11,5	11,6	11,3	5,5	5,1	2,6	3,4	2,5	76,8	78	79,5	80,7	81,5
Niederlande	12,3	13	11,5	11,1	10,5	5,5	5,1	4,9	3,8	3,7	77,6	78,2	79,5	81	81,2
Neuseeland	15,7	14,7	14	14,7	13,8	6,7	6,3	5	5,5	..	76,8	78,4	79,8	81	81,5 (e)
Norwegen	13,8	13,2	12,3	12,6	12	4	3,8	3,1	2,8	2,5	77,9	78,8	80,3	81,2	81,5
Polen	11,2	9,9	9,5	10,8	10	13,6	8,1	6,4	5	4,6	72,1	73,8	75,1	76,4	76,9
Portugal	10,7	11,7	10,4	9,6	8,5	7,4	5,5	3,5	2,5	3,4	75,4	76,9	78,2	80	80,5
Slowakei	11,5	10,2	10,1	11,2	10,3	11	8,6	7,2	5,7	5,8	72,5	73,4	74,2	75,6	76,2
Slowenien	9,5	9,1	9,1	10,9	10,7	5,5	4,9	4,1	2,5	1,6	74,7	76,1	77,4	79,8	80,2
Spanien	9,2	9,9	10,6	10,4	9,7	5,5	4,3	3,7	3,2	3,1	78,1	79,4	80,3	82,4	82,5
Schweden	11,7	10,2	11,2	12,3	11,9	4,1	3,4	2,4	2,5	2,6	79	79,7	80,7	81,6	81,8
Vereinigtes Königreich	12,6	11,5	12	12,9	12,8	6,2	5,6	5,1 (e)	4,2	4,1	76,7	77,9	79,2	80,6	81
USA	14,6	14,2	14	13,5	12,6	7,6	6,9	6,9	6,1	..	75,7	76,7	77,4	78,6	..

Quelle: OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/> (Zugriff: 4.8.2014).

#### Anmerkungen

..: keine Daten verfügbar/gemeldet

(e): geschätzt (estimated)

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?

Soweit der Bundesregierung hierzu Daten vorliegen, wird auf die nachstehende Tabelle verwiesen:

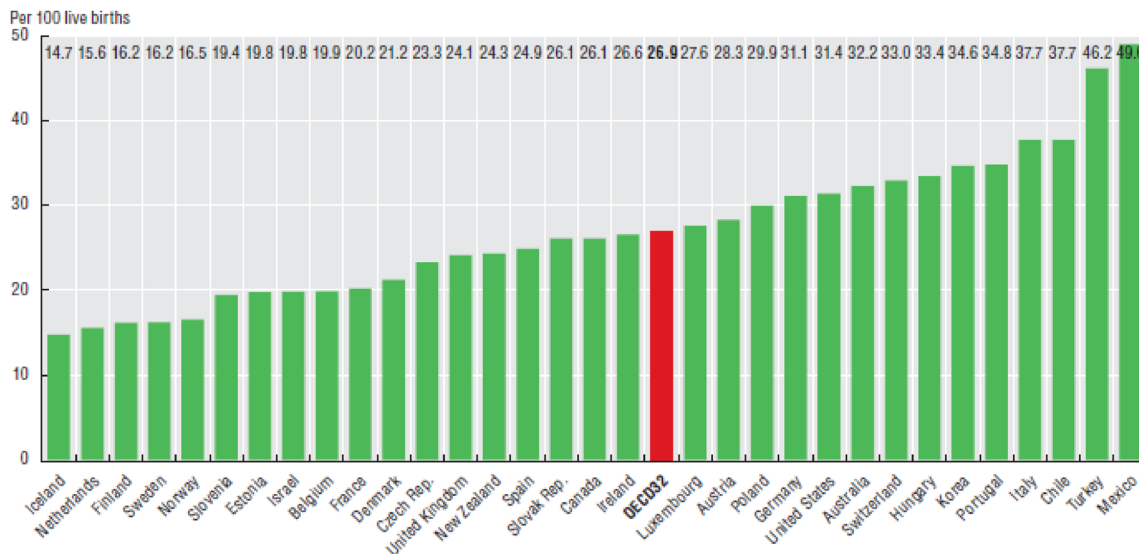
Kaiserschnitttrate in %	1995	2000	2005	2010	2012
Deutschland	17,6	21,5	27,6	31,9	31,9
Belgien	–	–	19,3	19,7	–
Bulgarien	10,0	13,5	22,0	31,0	–
Dänemark	–	–	–	–	–
Estland	–	14,5	18,9	20,3	–
Finnland	–	15,7	15,9	14,9	–
Frankreich	–	17,9	19,9	21,0	–
Griechenland	–	–	–	–	–
Irland	13,4	20,1	24,3	26,6	–
Italien	–	–	39,1	38,8	–
Kroatien	–	–	–	–	20,2
Lettland	10,4	15,0	20,3	23,6	–
Litauen	10,1	12,8	18,3	21,4	–
Luxemburg	–	19,9	24,2	25,8	–
Malta	18,2	22,8	30,2	31,2	–
Niederlande	9,6	11,9	13,6	15,6	–

Kaiserschnittrate in %					
	1995	2000	2005	2010	2012
Österreich	–	16,7	23,8	28,2	–
Polen	–	–	–	26,0	–
Portugal	–	–	–	–	–
Rumänien	–	–	–	33,8	–
Schweden	–	–	16,8	16,4	–
Slowakei	–	–	–	–	–
Slowenien	9,2	11,0	15,5	19,1	–
Spanien	–	–	25,0	24,9	–
Tschechische Republik	11,2	12,9	17,1	22,5	–
Ungarn	–	–	28,0	32,7	–
Vereinigtes Königreich	–	–	21,0	23,8	–
Zypern	–	–	6,9	11,4	–
Norwegen	12,8 (1990)*	13,7*	–	17,1 (2008)*	–
USA	22,7 (1990)*	22,9*	–	32,3 (2008)*	–
Neuseeland	12,1 (1990)*	20,2*	–	24,0 (2009)*	–

Quellen: Deutschland: Statistisches Bundesamt 2013; Norwegen, USA und Neuseeland: OECD, Health at a Glance 2011 ) (\*); übrige Länder: WHO European Health for all Database

Eine Übersicht über die Entwicklung der Kaiserschnittraten in den Jahren 2000, 2005 und 2011 geben auch die nachfolgenden beiden Graphiken der OECD aus dem Jahr 2013:

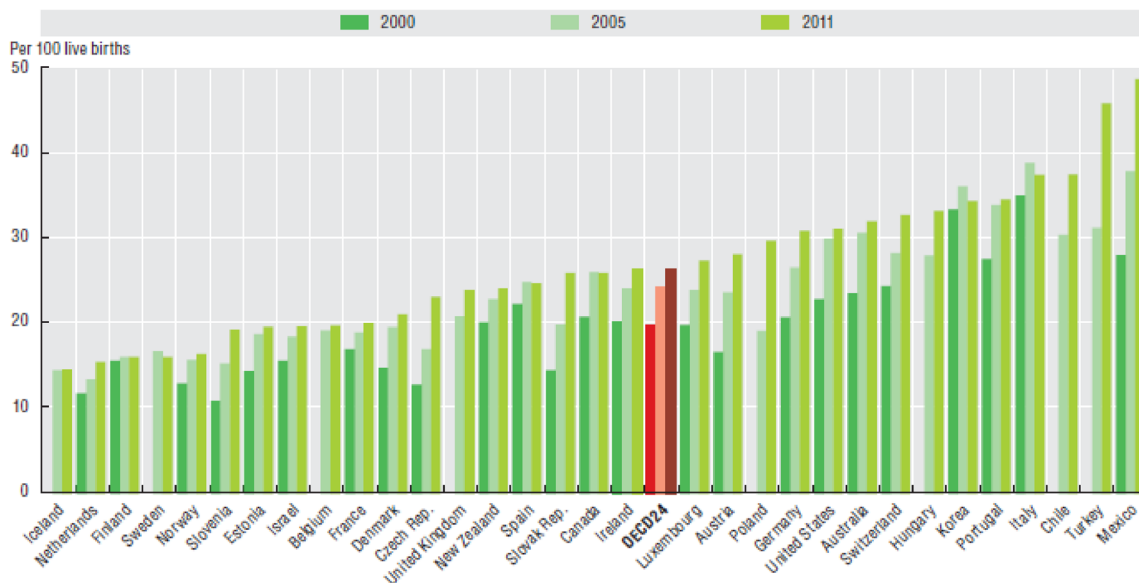
4.8.1. Caesarean section rates, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917617>

4.8.2. Increasing caesarean section rates, 2000 to 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917636>

Für das Jahr 2012 liegen der Bundesregierung über die Angaben in der Tabelle hinaus keine Daten zu den EU-Ländern, Norwegen, den USA und Neuseeland vor.

3. Welche Gründe sieht die Bundesregierung für die niedrigeren Kaiserschnitt-raten in den skandinavischen Ländern?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. In internationalen Vergleichen (OECD 2011, EURO-PERISTAT 2013) werden die niedrigen Kai-

serschnittraten in den skandinavischen Ländern berichtet, ohne mögliche Ursachen zu benennen.

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?

Nach Kenntnis der Bundesregierung existieren regionale Differenzen der Kaiserschnittraten auch in anderen Ländern. So wurden in den USA zwischen verschiedenen geographischen Regionen Unterschiede von 200 bis 300 Prozent in den Raten von primären Kaiserschnitten gefunden. Erklärt werden diese mit unterschiedlichen Entscheidungen von Geburtshelfern und einem Mangel an Leitlinien zur klinischen Entscheidungsfindung.

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 Kaiserschnitttrate über 10 bis 15 Prozent“ gibt ([www.hebammenfuerdeutschland.de](http://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?

Die Empfehlung der WHO ist 30 Jahre alt. Sie wird derzeit überarbeitet. Ein Expertentreffen zur Aktualisierung der Empfehlung ist für Oktober 2014 geplant.

#### Situation in Deutschland

6. Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gründe für die höhere Kaiserschnitttrate in Deutschland, und kann die Bundesregierung ausschließen, dass sie mit durch die Fallpauschalen in Krankenhäusern gegebenenfalls gesetzten Anreize zur Mengenausweitung zu tun hat?

Die Studie „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ kommt zu der Erkenntnis, dass wichtigster Einflussfaktor für die Entwicklung der Kaiserschnitttrate eine Veränderung der Risikobewertung bei den relativen Indikationen durch die Geburtshelfer ist. Die Kaiserschnitttrate sei weniger dadurch beeinflusst, dass die für einen Kaiserschnitt relevanten Risikofaktoren regional unterschiedlich auftreten. Stattdessen würde der Entscheidungsspielraum bei den relativen Indikationen von den Geburtshelfern in den Kliniken regional unterschiedlich bewertet. Für die veränderte Risikobewertung wird in der Studie unter anderem eine defensiver ausgerichtete Geburtshilfe, haftungsrechtliche Entwicklungen, Veränderungen in der Klinikorganisation und die abnehmende Erfahrung der Geburtshelfer in der Betreuung komplizierter Spontangeburt verantwortlich gemacht.

Hinsichtlich der Frage nach möglichen betriebswirtschaftlichen Anreizen zur Durchführung von Kaiserschnitten ist Folgendes festzustellen: Auf der Grundlage des Fallpauschalenkatalogs 2014 beträgt die Vergütung eines Krankenhauses für eine primäre Sectio ohne Komplikationen bundesdurchschnittlich rund 2600 Euro und für eine vaginale Geburt ohne Komplikation rund 1 700 Euro. Diese Vergütungen spiegeln den unterschiedlichen Aufwand wider, der bei einem Kaiserschnitt (Bereitstellung eines sterilen Operationssaals, Anästhesie, Operationsvorbereitungen, Operation durch zwei Ärzte, zwei Operationschwestern, Kinderarzt meist hinzugezogen, postoperative Überwachung etc.) deutlich höher ist als bei vaginaler Entbindung (Betreuung durch Hebamme, ggf. Hinzuziehen des Arztes zur letzten Phase der Geburt). Wegen der höheren

Kosten ist nicht davon auszugehen, dass Krankenhäuser durch Kaiserschnitt trotz einer höheren Vergütung gegenüber vaginalen Entbindungen grundsätzlich höhere Deckungsbeiträge erzielen.

Die Bundesregierung teilt aufgrund der Datenlage die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip, dass ein unterschiedliches Verhalten bei relativen Indikationen ein wichtiger Einflussfaktor für die regionalen Unterschiede in der Kaiserschnitt-rate ist.

7. Liegen der Bundesregierung Zahlen der auf Wunsch durchgeführten Kaiserschnitte vor?

In der Studie „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten“ wird eine Rate an „Wunschkaiserschnitten“ von 1,9 Prozent ermittelt und konstatiert, dass sich diese Rate mit den Ergebnissen unterschiedlicher Studien decke, nach denen der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ in Deutschland bei maximal 2 bis 3 Prozent liege.

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?

Bei den Gründen für eine Kaiserschnittentbindung unterscheidet die Geburtshilfe zwischen absoluten und relativen Indikationen. Von einer absoluten Indikation ist dann zu sprechen, wenn „der Geburtshelfer aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, namentlich zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann. Beispiele dafür sind Querlage, absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, [...] Placenta praevia und Eklampsie“ (DGGG, August 2010). Bei sogenannten relativen Indikationen besteht hingegen ein Entscheidungsspielraum, d. h. es ist abzuwägen, welcher Geburtsmodus für Mutter und Kind mit den geringeren Risiken verbunden ist. Zu den häufigsten relativen Indikationen zählen vorangegangener Kaiserschnitt, pathologisches CTG (CTG = Cardiocography), protrahierte Geburt, Geburtsstillstand, mütterliche Erschöpfung, Beckenendlage des Kindes, fetale Makrosomie und Mehrlingschwangerschaften.

Nach Angaben des „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 entfallen auf absolute Indikationen zusammen weniger als 10 Prozent aller Kaiserschnittentbindungen, ca. 90 Prozent entfallen auf relative Indikationen. Bei relativen Indikationen ist die Entscheidung aufgrund einer Risikoabwägung zu treffen. Weiterhin ist auch die Unterscheidung in primäre und sekundäre Kaiserschnitte von Bedeutung. Primäre Kaiserschnitte werden vor Beginn der Geburt durchgeführt, wenn vorab erkennbar ist, dass eine vaginale Entbindung nicht möglich oder mit zu großen Risiken verbunden wäre. Sekundäre Kaiserschnitte werden hingegen erst nach Beginn der Geburt vorgenommen, d. h. im allgemeinen dann, wenn aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs ein Kaiserschnitt aus mütterlicher oder kindlicher Indikation erforderlich ist. Bei einer Notfallsituation ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich eine „tatsächliche Gefährdungssituation“ entwickelt hat. Primäre und sekundäre Kaiserschnitte machen nach Angaben der Studie „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten“ jeweils etwa die Hälfte der Kaiserschnitte aus.



9. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Kaiserschnitttrate Resultat des regional unterschiedlichen und teilweise großzügigen Ausschöpfens der „Entscheidungsspielräume bei ‚weichen‘ Kaiserschnitt-Indikationen“ ist (wenn nein, bitte mit Bezug auf wissenschaftliche Untersuchungen begründen)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

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/)?

Evidenzbasierte medizinische Leitlinien werden von den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften auf der Grundlage der aktuellen Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in einem methodisch gesicherten Verfahren der Konsensbildung – in Zusammenarbeit von klinischen Experten und Methodikern sowie unter Beteiligung von Patientenvertretern und unter Berücksichtigung von Alltagsbedingungen – entwickelt. Die maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften haben sich insbesondere für diese Leitlinienarbeit in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) zusammengeschlossen, die u. a. eine Koordinierungsfunktion für die Leitlinienentwicklung übernimmt. Es ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Bundesregierung, diese medizinischen Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu bewerten.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Es wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

13. Sind die Leitlinien in ihrer aktuellen Fassung nach Einschätzung der Bundesregierung geeignet, die Kaiserschnitttrate zu senken?

Es wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

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)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

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?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Daten zur Nachfrage von Schwangeren nach einer individuellen 1:1-Betreuung während Schwangerschaft und Geburt oder zum derzeitige Angebot dieser Leistungen durch Hebammen vor. Allerdings hat das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte und im Jahr 2012 veröffentlichte Gutachten des IGES-Instituts zur „Versorgungs- und Vergütungssituation in der freiberuflichen Geburtshilfe“ auch die Auslastung der befragten Hebammen in den einzelnen Leistungsbereichen untersucht (das Gutachten ist auf der Internetseite des BMG abrufbar). Danach gaben rund 69 Prozent (n=355) der befragten Hebammen, die freiberufliche Geburtshilfe durchführen, an, dass sie im Jahr 2010 im Bereich der Beleggeburten in 1:1-Betreuung deutlich mehr Anfragen erhielten, als sie annehmen konnten. Dem Gutachten ist allerdings nicht zu entnehmen, ob die Hebammen, die Beleggeburten in 1:1-Betreuung durchführen, die Frauen auch während der Schwangerschaft betreut haben. Wie sich die Situation bezüglich Beleggeburten in 1:1-Betreuung seit dem Jahr 2010 entwickelt hat, ist dem BMG nicht bekannt.

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)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zum Anteil der Geburten unter einer 1:1-Betreuung durch Hebammen vor.

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung für Krankenhäuser wird jedoch erhoben, wie die Ausstattung des Entbindungsteams in der Geburtshilfe ist. Aus der nachfolgenden Tabelle ist die Anzahl der bei den Entbindungen in Krankenhäusern anwesenden Hebammen ersichtlich. Danach ist bei rund 99 Prozent der Entbindungen eine Hebamme anwesend.

	Hebamme (%)	davon Klinik- hebamme (%)	davon externe Hebamme (%)
2013	99,2	88,8	11,2
2012	99,5	88,3	11,7
2011	99,4	87,6	12,4
2010	99,4	87,2	12,8
2009	99,3	86,8	13,2
2008	99,1	86,4	13,6
2007	98,9	85,9	13,0
2006	98,9	85,9	13,0
2005	99,05	86,90	12,15
2004	99,05	87,85	11,20
2003	98,98	89,29	9,69

Quelle: Qualitätsreport des AQUA-Instituts (Basisauswertung) für 2009 bis 2013.

Archivseite der BQS unter BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit, Bundesauswertung (2003 bis 2007).

17. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Prof. Dr. Petra Kolip u. a., dass „eine früh einsetzende Betreuung durch Hebammen die Kaiserschnitttrate leicht verringert“ (ebd., S. 89)?

Wenn nein, worauf basiert die Einschätzung der Bundesregierung?

Der Bundesregierung liegen – über die Studie „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ hinaus – keine Erkenntnisse hierzu vor. In der Studie wird folgender statistischer Zusammenhang auf Grundlage der Routinedaten einer einzelnen Krankenkasse, der BARMER GEK, für 68 347 Versicherte dargestellt: Die Kaiserschnitttrate bei Frauen mit mindestens einer vorgeburtlichen Betreuung durch eine Hebamme liegt den Daten zufolge mit 32,2 Prozent leicht unter der Rate der Frauen, die keine vorgeburtliche Hebammenbetreuung in Anspruch genommen haben (34,0 Prozent). Dies betrifft insbesondere Frauen, die bis zu 40 Hebammenleistungen in Anspruch genommen haben. Frauen, die 40 bis über 75 Hebammenleistungen in der Schwangerenbetreuung in Anspruch nehmen, weisen höhere Kaiserschnitttraten auf (zwischen 34,7 und 40,2 Prozent). Zudem wird die Tendenz festgestellt, dass die Kaiserschnitttrate eher höher liegt, je später die Hebammenbetreuung einsetzt. Über die Ursachen dieser statistischen Zusammenhänge liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor, insofern können auch keine Rückschlüsse aufgrund der Auswertung von Routinedaten einer Krankenkasse über Ursachen und Wirkungen gezogen werden.

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 Kaiserschnitttrate zu beobachten“ ist (ebd., S. 85), wenn nein, bitte begründen?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 16 und 17 verwiesen.

Handlungsbedarf in Deutschland

19. Sieht die Bundesregierung in Deutschland generell Forschungsbedarf zum Thema Kaiserschnittraten?

Wenn ja, welchen Fragen sollte die Forschung nachgehen?

Mit den vorliegenden Studien, wie u. a. dem Gutachten des IGES-Instituts zur „Versorgungs- und Vergütungssituation in der freiberuflichen Geburtshilfe“, den AQUA-Qualitätsreports und dem „Faktencheck Gesundheit Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“, liegt der Bundesregierung aktuell eine gute Datengrundlage zur Einschätzung eines etwaigen politischen Handlungsbedarfs vor. Dies schließt nicht aus, dass es zukünftig Forschungsbedarf geben kann.

20. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für notwendig, um in Deutschland die Kaiserschnitttrate 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?

Die Fragen 20 bis 22 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Thema Kaiserschnitt-Entbindungen ist bereits Gegenstand intensiver Erörterungen in der Fachwissenschaft, der Politik und der Öffentlichkeit. Das Thema wurde beispielsweise in den Fachgesellschaften, bei Fachtagungen, in der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ und im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses aufgegriffen. In diese Diskussionen sind wesentliche Akteure aus der Fachwissenschaft, der Selbstverwaltung, den Ländern und dem Bund aktiv eingebunden. Nach Einschätzung der Bundesregierung sind sich die zuständigen Akteure und Institutionen der Bedeutung der Thematik bewusst und diskutieren Lösungsansätze.

In erster Linie ist es die Aufgabe der an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen sicherzustellen, dass ihr Handeln dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht und die Leistungen zur Geburtshilfe in der fachlich gebotenen Qualität angeboten werden. Dazu gehört auch die sachgerechte Indikationsstellung für einen Kaiserschnitt.

Im Übrigen gehört es zu den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die verpflichtenden Maßnahmen sowie die qualitativen Anforderungen an die Qualitätssicherung zu bestimmen. Der G-BA entwickelt dabei auch die Kriterien, mit denen die Qualität der Versorgung prozess- und ergebnisorientiert gemessen werden kann. So ist in die externe Qualitätssicherung auch der Leistungsbereich der Geburtshilfe einschließlich die Indikationsstellung zur operativen Entbindung einbezogen.

Die Bundesregierung setzt sich darüber hinaus intensiv für Maßnahmen zur Sicherstellung der Hebammenversorgung ein (siehe Antwort zu Frage 25). Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung der Hebammen und Entbindungspfleger fallen in die Zuständigkeit der Länder; diesbezüglicher etwaiger Handlungsbedarf ist dort zu prüfen.

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)?

Nach Einschätzung der Bundesregierung stellen medizinische Leitlinien wichtige, auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellte Handlungsleitfäden für Ärztinnen und Ärzte dar. Die Erstellung einer aktuellen hochrangigen Leitlinie zur Geburtshilfe ist daher aus Sicht der Bundesregierung grundsätzlich zu begrüßen. Deswegen hat das BMG angeboten, die Erarbeitung einer ersten hochwertigen interdisziplinären Leitlinie zur Geburtshilfe im Rahmen der AWMF mittels eines Auftrags an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) zur Ermittlung des vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zusätzlich zu unterstützen. Die Verantwortung für medizinische Leitlinien liegt jedoch bei den zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

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?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 20 bis 23 verwiesen.

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?

Nach Ansicht der Bundesregierung leisten Hebammen einen wesentlichen Beitrag für die medizinische Versorgung Schwangerer, Mütter und Familien. Im vergangenen Jahr wurde durch das BMG daher eine interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ eingerichtet, die Vorschläge zur Sicherstellung der Hebammenversorgung intensiv erörtert hat. Der Abschlussbericht dieser Arbeitsgruppe liegt seit dem 29. April 2014 vor ([www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht\\_IMAG-Gesamt.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf)). Das BMG setzt sich auf Grundlage der Erkenntnisse der Arbeitsgruppe für die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Sicherstellung der Hebammenversorgung ein.

So wurden mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) bereits Maßnahmen zur finanziellen Entlastung freiberuflich tätiger Hebammen beschlos-

sen. Im GKV-FQWG wurden die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen, damit ab dem 1. Juli 2014 ein befristeter Vergütungszuschlag für Geburtshilfeleistungen gezahlt werden kann, bei denen typischerweise deutlich weniger Geburten als im Durchschnitt betreut werden können. Dies sind geburtshilfliche Beleghebammenleistungen mit 1:1-Betreuung ohne Schichtdienst sowie Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten oder in Geburtshäusern. Für Geburten ab dem 1. Juli 2015 werden die Vergütungszuschläge durch einen Sicherstellungszuschlag zur Haftpflichtprämie abgelöst. Den Sicherstellungszuschlag erhalten Hebammen, die Leistungen zur Geburtshilfe erbringen und die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, auf Antrag vom GKV-Spitzenverband, wenn sie aufgrund zu geringer Geburtenzahlen durch die Prämie wirtschaftlich überfordert sind. Die Höhe des Sicherstellungszuschlags soll von der Anzahl der betreuten Geburten, der Anzahl der haftpflichtversicherten Monate für Hebammen mit Geburtshilfe ohne Vorschäden und der Höhe der jeweiligen Haftpflichtprämie abhängig gemacht werden.

Zudem prüft das BMG derzeit gemeinsam mit den Ressorts der Bundesregierung sowie Kranken- und Pflegeversicherungen intensiv, ob und wie mit einem Verzicht auf Regress im Kranken- und Pflegebereich der weitere Anstieg der Haftpflichtprämien für Hebammen wirkungsvoll begrenzt werden kann.

Die Interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ hat zur Verbesserung der Datenlage eine Erweiterung der GKV-Statistik angeregt. Dem ist die Bundesregierung gefolgt und hat die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ab dem Jahr 2015 die außerklinischen Geburten, die über die GKV abgerechnet werden, differenziert nach dem Ort der Geburt (außerklinische Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung, außerklinische Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung und Hausgeburt) in der GKV-Statistik (KG2) zu erfassen.

Im Hinblick auf erforderliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung wird auf die Antworten zu den Fragen 22 und 23 verwiesen.

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?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass das Hebammengesetz (HebG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) ausreichend Gelegenheit geben, die Schülerinnen und Schüler auf die Betreuung vaginaler Geburten in Risikokonstellationen vorzubereiten. Nach § 5 HebG, der die Ausbildungszielbeschreibung beinhaltet, müssen die Schülerinnen und Schüler durch die Ausbildung in die Lage versetzt werden, „Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen“. Zur Umsetzung des Ausbildungsziels gibt die HebAPrV im theoretischen und praktischen Unterricht im zweiten Ausbildungsjahr im Fach „3. Praktische Geburtshilfe“ u. a. die „Überwachung der Risikogeburt, apparative Überwachung, Blutgasanalyse“ vor. Während der praktischen Ausbildung, die zum Erwerb der zur Berufsausübung notwendigen Handlungskompetenzen von besonderer Bedeutung ist, haben die Schülerinnen und Schüler mindestens 30 Entbindungen selbst durchzuführen, sind an der „Vorbereitung von und Assistenz bei geburtshilflichen Eingriffen und Risikofällen sowie aktive Teilnahme an mindestens einer Beckenendlagegeburt“ zu beteiligen und haben gefährdete Entbindende zu

überwachen und zu pflegen. Unter anderem zur Sicherung dieser praktischen Ausbildung setzt die staatliche Anerkennung von Hebammenschulen voraus, dass sie mit Krankenhäusern verbunden sind, die die Durchführung der praktischen Ausbildung gewährleisten können. Die vorgegebenen Ausbildungsinhalte ermöglichen es nach Auffassung der Bundesregierung bereits heute, während der Hebammenausbildung auf das Pro und Contra von vaginaler Geburt im Vergleich zur Kaiserschnittgeburt einzugehen.

Für den Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben zur Ausbildung sind die Länder zuständig. Sie haben insbesondere die Curricula zu verantworten, in denen eine Präzisierung der Ausbildungsinhalte erfolgt. Das gilt gleichermaßen für die Fort- und Weiterbildung der Hebammen und Entbindungspfleger.

Im Medizinstudium zählt die Frauenheilkunde, Geburtshilfe zu den Fächern, in denen ein Leistungsnachweis als Voraussetzung für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht werden muss. Darüber hinaus werden die notwendigen Kompetenzen zur Betreuung vaginaler Geburten im Rahmen der Facharztweiterbildung erworben. Für diese sind die Ärztekammern zuständig.

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*