

Risikobewusste Alternativen zur außerklinischen Geburt

Stellungnahme zur Publikation von Snowden et al. im New England Journal of Medicine am 31.12.2015 zur außerklinischen Geburt und Vorschlag eines kooperativen risikoadaptierten Modells der Betreuung von Schwangeren, Geburten und Wöchnerinnen in Deutschland

Birgit Arabin^{1,2} und Werner Harlfinger³
im Namen eines internationalen Expertenteams
von A. Grünebaum⁴, F. A. Chervenak⁴ und L. B. McCullough⁵

Am letzten Tag des Jahres 2015 erschien eine Studie von Snowden et al. (1) zu außerklinischen Geburten in Oregon. Mehr als 75.000 Geburten mit „niedrigem Risiko“ aus 2012 und 2013 wurden für diese Studie untersucht. Die Entscheidung der Schwangeren zum geplanten Entbindungsort wurde mit dem Outcome der Geburten korreliert. So wurden Geburten, die zu Hause begonnen wurden, aber durch einen Transport als Klinikgeburt endeten, auch als außerklinische Geburten erfasst („intention-to-treat“).

Kernaussagen und Diskussion der Studie von Snowden et al. zur Hausgeburt

Von 1.000 Kindern, deren Mütter eine außerklinische Geburt anstrebten, verstarben 3,9 vor, unter oder bis zu 4 Wochen nach der Geburt. Die Vergleichsgruppe mit klinisch geplanter Geburt wies nur eine Rate von 1,8

verstorbenen Kindern/1.000 Geburten auf. Da der Trend außerklinischer Geburten in den USA zunimmt und eine Beratung während der Schwangerschaft erfolgen sollte, sind diese Zahlen von großem Interesse für die Beratung. Neben dem verdoppelten Risiko, ein Kind zu verlieren, hatten Frauen mit außerklinischer Geburt auch höhere Raten von mütterlichem Blutverlust, bei ihnen fand seltener eine Geburtseinleitung, eine operative Entbindung oder Episiotomie statt. Weitere mütterliche Risiken wurden nicht untersucht.

Die Ergebnisse von Snowden et al. entsprechen unseren früher publizierten Resultaten, die bereits einen signifikanten Anstieg perinataler Sterblichkeit und neonataler Krampfanfälle bei Geburten außerhalb der Kliniken in den USA aufgezeigt hatten (2–4). Auch unsere Daten entstammten einer großen US-amerikanischen Datenbank. Wir haben jedoch die Gesamtzahl der Geburten in Untergruppen aufgeteilt. Danach war das relative Risiko eines Apgar-Scores nach 5 Minuten von Null 10,55, von neonatalen Krampfanfällen 1,88, der Gesamtmortalität 3,87. Bei einem Gestationsalter > 41 Wochen war das Risiko perinataler Mortalität 6,76 und bei allen Erstgebärenden 6,74. Das Risiko der zusätzlichen (excess) Mortalität betrug 9,32/10.000 Geburten. Snowden et al. vermischen das Out-

come von Transfers von Geburtszentren (die durch Patientenselektion etwas bessere Zahlen aufweisen) (2) mit denen reiner Hausgeburten. Außerdem lässt sich aus Fußnoten von Tabellen schließen, dass die Autoren verschiedene Risikogeburten (Zwillinge, Steißlagen, Kinder mit Fehlbildungen) unberücksichtigt lassen, obwohl dies nicht im Methodenteil erwähnt wird (1). Daher ist es wahrscheinlich, dass beide, absolute und relative neonatale Mortalität größer sind als berichtet.

Auch in unseren Studien benutzten wir die Angaben der US-Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control and Prevention), inwieweit eine außerklinische Geburt beabsichtigt war oder nicht. Hierfür gab es in der amerikanischen Datenerhebung ein Feld „intended“, „not intended“ oder „unknown if intended“. Von den Geburten, die „beabsichtigt“ zu Hause stattfanden, wurden auch 98,9 % zu Hause begonnen. In der Publikation von Snowden et al. wird gesagt, dass die Autoren „Hausgeburten ausgeschlossen haben, von denen keine Angabe da war, oder die zu schnell zu Hause abliefen“. Immerhin sind 22,38 % aller Hausgeburten in den USA nicht beabsichtigt oder es ist unklar, inwieweit sie beabsichtigt waren, nach den CDC-Daten sind dies 11,3 %. Es ist nicht erklärt, woher die Autoren diese Aussagen hatten, da ihnen die CDC-Daten nicht vorlagen, und wie das Outcome dieser nicht berücksichtigten Fälle war. Von allen außerklinischen Geburten wurden 19,4 % nicht durch Hebammen, sondern durch „andere“ ausgeführt. War das dann beabsichtigt? Das heißt im Klartext: Eine von 5 „beabsichtigten“ Hausgeburten mit Entbindung durch „andere“ wurden inkludiert

¹ Mutter-Kind-Zentrum, Philipps-Universität, Marburg

² Clara Angela Foundation, Witten und Berlin

³ Schriftleiter FRAUENARZT / Berufsverband der Frauenärzte

⁴ Department of Obstetrics, Cornell University, New York, USA

⁵ Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA

sowie 11,3 % von Hebammengeburtten mit unbeabsichtigter und unklarer Absicht wurden exkludiert.

Leider berichten die Autoren auch nicht darüber, wie hoch der Prozentsatz von Komplikationen bei den Frauen waren, die unter der Geburt noch in die Klinik transportiert wurden. Aus Statistiken in den Niederlanden ist bekannt, dass über 50 % (in 2012 62 %!) aller Erstgebärenden und 29 % aller Mehrgebärenden noch unter der Geburt mit verschiedenen Indikationen in die Klinik transportiert werden mussten (5). Dazu gehören nicht nur Frauen mit verzögertem Geburtsfortschritt oder Bedarf an besserer Schmerzbehandlung, sondern auch mit akuten Problemen, wie Blutungen, suspektem fetalem Herzfrequenzmuster oder Verdacht auf akute Infektion. Leider fehlen in dieser Arbeit von Snowden et al. auch die Outcome-Parameter, die vorbestehenden Risiken wie Terminüberschreitung und Zustand nach Sectio konkret zugeordnet werden, um deren Risikoerhöhung gesondert zu betrachten. Diese Risiken sind nach unseren Ermittlungen einer früheren amerikanischen Datenbank gegenüber durch Hebammen geleiteten Klinikgeburten um den Faktor 7 mit erhöhten Raten eines ungünstigen neonatalen Outcomes verknüpft (3,4).

In einem Editorial „Choosing Benefits while Balancing Risks“, ebenso in dieser Ausgabe des NEJM publiziert, fordern Greene und Ecker (6), dass sich jetzt „eine Mutter entscheiden kann, ob sie lieber eine hohe Interventionsrate oder das erhöhte Risiko für das Kind in Kauf nehmen möchte“. Diese Alternative erscheint aus dem Aspekt geburtshilflicher Ethik simplifiziert. Risikoverminderung von Geburten ist eine Notwendigkeit professioneller Ethik, die sich mit Sicherheit und Qualität von Geburten beschäftigt (7). Schwangere, die eine Geburt außerhalb der Klinik planen, sollten über die Möglichkeiten innerhalb der Klinik informiert werden, die zu Hause oder in Geburtshäusern

nicht gegeben, jedoch oft lebensrettend sind oder die Qualität bei Überleben verbessern können, indem sie die Risiken der Hausgeburt deutlich vermindern. Das Statement der Autoren, dass es insgesamt um einen relativ kleinen Anteil von Kindern mit Risiken geht, ist schwer nachvollziehbar, um nicht zu sagen makaber – stellen wir uns doch einmal in anderen Bereichen eine 7-fach oder auch nur 2-fach erhöhte Mortalität bei der Behandlung von Krankheiten vor – würde man dann noch die „invasivere“ Vorgehensweise (die sich in diesem Bericht nur auf Episiotomie und operative Entbindung bezieht) in Zweifel ziehen oder sie nicht wählen, da die Krankheit selten ist?

Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse

Die Frage des Entbindungsortes in Deutschland basiert wie in anderen westlichen Ländern auf widersprüchlichen Berichten und einer mehr emotional als rational geführten Debatte, in der Hebammenverbände, Frauenärzte und Gesundheitspolitiker eher als Lobbyisten und nicht als Wissenschaftler im Interesse von Mutter und Kind argumentieren. In Deutschland gibt es keine Studien nach dem „Intention-to-treat“-Modell, d. h. vergleichende Studien von Müttern ähnlichen Risikoprofils, die entweder primär zu Hause oder in der Klinik ihre Kinder zur Welt bringen. Es fehlen selbst Kohortenstudien, die wirklich entscheidende Parameter, wie das Langzeit-Outcome der Kinder oder schwere Komplikationen bei den Müttern, unter die Lupe nehmen. Für die außerklinische Geburtshilfe wurde in Deutschland nur ein „internes Qualitätsmanagement“, eine externe Qualitätssicherung und Datenerhebung im Rahmen einer Statistik von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe eingeführt. Dies erfolgt über ein Zertifizierungs- oder Auditierungsverfahren (8). Allerdings verschleiern formelle Standards, die als Outcome-Parameter vorwiegend Raten von Episio-

tomie und Apgar-Wert (der ohnehin einer subjektiven Einschätzung unterliegt) (9) verwenden, dass grundsätzliche Qualitätskriterien, wie frühe biophysikalische oder laborchemische Diagnostik, akute Entscheidungen und sofortiges Handeln in Notsituationen bei der außerklinischen Geburtshilfe nie gewährleistet werden können. Man sollte auch hier – wie bei Klinikgeburten – die E-E (Entscheidung-Entbindung) als Qualitätskriterium einführen. Ebenso werden Langzeitfolgen für Mütter und Kinder (d. h. neurologisches Outcome der Kinder nach 2 oder 5 Jahren oder auch Beckenbodenprobleme bei den Müttern) nicht ermittelt. Dies wäre auch für Klinikgeburten im Vergleich interessant.

Viele internationale Studien sind retrospektive Kohortenstudien. Auch dabei wird nicht danach differenziert, inwieweit eine Geburt, die in der Klinik endete, auch dort begonnen wurde. Eine der wenigen prospektiven Studien wurde in den Niederlanden in der Region von Utrecht nach dem „Intention-to-treat“-Muster durchgeführt und von Evers et al. 2010 publiziert (10). Diese Studie zeigte, dass Schwangere mit niedrigem Risiko, die zu Hause ihre Entbindung geplant hatten, eine höhere Mortalität der Kinder im Vergleich zu Klinikentbindungen vergleichbaren Risikoprofils aufwiesen: Das relative Risiko betrug 2,33. Kinder von Müttern mit Transport während der Geburt hatten sogar ein 3,66 mal höheres Risiko perinataler Mortalität und ein um 2,5-fach erhöhtes Risiko einer Aufnahme auf der neonatologischen Intensivstation. Mütter, die während der Geburt in die Klinik transportiert wurden, wiesen noch nach 3 Jahren psychische Störungen auf (11). Dies macht auch deutlich, dass es interessant gewesen wäre, wenn Snowden et al. entsprechende Subanalysen transportierter Mütter bzw. Kinder durchgeführt hätten.

Aufgrund dieser Zahlen sollten Hebammen und Gynäkologen, die eine

Schwangere im Hinblick auf den Geburtsort beraten, die ethischen Grundsätze beherzigen, die wir im Hinblick auf den Schutz der ungeborenen Kinder aktuell neu publiziert haben (12). Überspitzt formuliert: Wie kann man für die Geburt die häusliche Atmosphäre einem Kreißsaal vorziehen, um den Preis einer möglicherweise lebenslang eingeschränkten Lebensqualität des Kindes oder gar dessen Tod?

Fragen zu außerklinischen Geburten, die untersucht werden sollten

Es gibt einige Fragen, die im Rahmen des Vergleichs von Haus- und Klinikgeburten zu untersuchen wären. Da prospektive randomisierte Studien ethisch nicht gerechtfertigt sind, wegen der bereits nachgewiesenen erhöhten perinatalen Mortalität der Kinder (7,12), kommen allenfalls prospektive oder retrospektive Kohortenstudien in Betracht, die a priori nur das Ausmaß akuter Risiken oder der momentanen Zufriedenheit erfassen. Viel entscheidender sind aber wie überall in der Medizin die Langzeit-Ergebnisse.

Wenn derzeit geplante Hausgeburten in westlichen Ländern befürwortet werden, kann dies eine verständliche Reaktion auf eine unnötig invasive Geburtsmedizin sein, und doch verhindern dabei Ideologien und verständliche berufsbezogene Eigeninteressen professionelle Erkenntnisse (13). Eine Studie im Lancet unterstützt von UNICEF China zeigt, dass der Rückgang der neonatalen Mortalität in China parallel mit der Einführung von Klinikentbindungen verlief und deutlich geringer ausfiel in Bezirken, in denen noch Hausgeburten stattfinden (14). Die Zahlen signalisieren, dass auch in Schwellen- und Entwicklungsländern der Zugang zur Klinikentbindung in größerer Zahl möglich gemacht werden sollte, um mütterliche und neonatale Komplikationen zu senken. Allerdings wurde die handwerkliche Geburtsmedizin

durch die Ärzte und die gute Hebammenbetreuung in den Kliniken vernachlässigt. Dies führte dann zu extrem hohen Sectioraten, die weit über der WHO-Norm von 10 bis 15 % liegen und auch wieder Spätfolgen mütterlicher Komplikationen bei nachfolgenden Schwangerschaften verursachen.

Verantwortliche Berufspolitiker, Klinikdirektoren sowie Berufsorganisationen von Hebammen und Geburtshelfern sollten sich gemeinsam um Konzepte bemühen, wo beide Seiten voneinander lernen können, um in einem kooperativen Modell eine optimale Betreuung der Schwangeren unter der Geburt zu gewährleisten. Diese Modelle sollte man dann auch auf Patientenzufriedenheit und objektive Outcome-Parameter untersuchen. Ein großes Problem innerhalb der Kliniken stellen die unkontrollierte Ausbildung in handwerklicher Geburtsmedizin, mangelnde Wissenschaftlichkeit und mangelnde Teamstrukturen zu Lasten althergebrachter Hierarchien dar, was zu einer unnötig hohen Anzahl invasiver Eingriffe führt. Es ist anders nicht zu erklären, dass sich Kaiserschnittraten innerhalb Europas so stark unterscheiden (in Deutschland sind die Sectioraten mehr als doppelt so hoch wie in den Niederlanden (15)).

Paradoxerweise sprechen Befürworter der außerklinischen Geburt davon, „Optionen“ der Hausgeburt für Frauen aufrechtzuerhalten. Diese sogar vom American College of Obstetrics and Gynecology verwendete Wortwahl sollte von der DGGG nicht übernommen werden. Es muss doch klargestellt werden, dass Frauen bei einer Hausgeburt keine Optionen haben. So gibt es keine Option adäquater Schmerzbehandlung, keinen Ultraschall unter der Geburt zur Feststellung von Lage oder Höhenstand, keine Mikrobiuntersuchung zur besseren Diagnose der fetalen Gefährdung, keine Option der Wehenregulation, keine Option der Antibiotikaprophylaxe, keine Option eines sofortigen

Kaiserschnittes bei akuten Problemen, keine Option der vaginal-operativen Entbindung, keine Option der ärztlichen Versorgung des Neugeborenen und keine exakte Blutungskontrolle und deren Behandlung post partum! Mit Ausnahme vielleicht von Duftstäbchen oder Kerzenlicht, im Gegensatz zur Klinikgeburt üblich, sind innerhalb der Klinik auch alle Bewegungsmöglichkeiten und Haltungen während der Geburt ebenso wie eine Einbeziehung der Familie möglich.

Falls überhaupt Untersuchungen zur Hausgeburt stattfinden, sollte man sie innerhalb der Klinik mit Integration kooperativer evidenzbasierter Risikoselektion etablieren, um vor allem bei Erstgebärenden die Sectioraten niedrig zu halten. Dies sollte jedoch nicht zu Lasten des Kindes gehen.

Wie sind Schwangere zu beraten, wenn sie eine außerklinische Geburt planen?

In Deutschland beträgt die Rate der Klinikgeburten etwa 98 %, zwischen 2000 und 2010 sank die Zahl der Hausgeburten von 4.303 auf 3.587, allerdings stieg die Geburtenzahl in Hebammenzentren von 4.475 auf 6.775 pro Jahr. Von diesen registrierten 76,9 % weniger als 70 Entbindungen und nur 4,5 % mehr als 155 Geburten im Jahr (8). Erstaunlicherweise war es sogar akzeptiert, dass eine geplante Hausgeburt auch bei Steißlage oder Zwillingsschwangerschaft stattfinden darf, wenn ein Geburtshelfer anwesend ist. Die Hausgeburt sowie die Geburt in durch Hebammen geleiteten Einrichtungen sind bislang im Sozialgesetzbuch verankert. Spitzenverbände der Krankenkassen und der Hebammenverbände hatten mit dem Bund der Krankenkassen auch Kostenregelungen vereinbart. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass die primär geplante außerklinische Geburt auch aus professioneller und ethischer Hinsicht eine akzeptable Lösung darstellt. Problematisch sind oft die fetale Überwachung, die

nicht zwingend eine kontinuierliche CTG-Registrierung vorsieht, aber auch limitierte Möglichkeiten bei Notfällen wie Schulterdystokie, akuten Blutungen oder der Geburt eines Kindes mit schwachen oder keinen Lebenszeichen und Reanimationsbedarf.

Zurzeit wird die außerklinische Hebammenhilfe unter dem Kostendruck der Haftpflichtversicherung neu diskutiert. In einer Fassung des Schiedsbeschlusses vom 25.9.2015 des Hebammenengesetzes wurde ein Vertrag nach § 134a des SGB V vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) verabschiedet. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) klagt allerdings gegen den Schiedsbeschluss vor dem Berliner Sozialgericht und will nicht mit dem GKV-SV zusammenarbeiten (16). Demgegenüber war der GKV-SV bemüht, den Schiedsbeschluss umzusetzen, wonach ein „fachärztliches Konsil“ bei dem Wunsch nach einer Hausgeburt erfolgen sollte. Zugleich hat der DHV angekündigt, dass es für Hebammen 2016 und 2017 weiterhin

eine Gruppenhaftpflichtversicherung gibt, wobei weitere Kostensteigerungen, die über den Haftpflichtausgleich des Sicherstellungszuschlags hinaus zu stemmen seien. Mitte 2016 sollen die Prämien auf 6.843 Euro, Mitte 2017 dann auf 7.639 Euro jährlich je Geburtshebamme steigen (17).

Die polarisierende Diskussion ist für Mutter und Kind nicht hilfreich. Bereits in den 1980er-Jahren wurden von Prof. Fred Kubli in Heidelberg hebammengeführte Kreißsäle Wand an Wand mit konventionellen Kreißsälen eingeführt. Hierdurch wurde eine kontinuierliche Betreuung der gewählten Hebamme mit den Vorteilen eines schnellen Eingreifens in Notsituationen ermöglicht. Ähnliche Modelle werden in verschiedenen europäischen Ländern umgesetzt. Die Risikoselektion sollte jedoch immer in einem kooperativen Modell – auch vor der Entbindung – gemeinsam erfolgen und a priori ein Risikokatalog mit absoluten Kontraindikationen

(Mehrlinge, Status nach Sectio, Terminübertragung usw.) und relativen Kontraindikationen nach den Mutterschaftsrisiken erarbeitet werden. Man könnte durch eine straffe Organisation der Risikoeinschätzung gemeinsam mit Hebammen und Geburtsmedizinern hier sogar Kosten einsparen und die Interventionsraten senken. Insofern ist die Initiative der GKV zu begrüßen und beide „Parteien“ sollten im Interesse von Mutter und Kind aufeinander zugehen. Im Übrigen ist auch innerhalb der Klinik eine Risikoselektion von Patientinnen mit mittlerem und hohem Risiko zu fordern. Hochrisikopatientinnen sollten primär von Ärzten gesehen werden, die eine Subspezialisierung in Geburtsmedizin und pränataler Diagnostik besitzen. Auch für Patientinnen ist die intensive Mitbetreuung durch Hebammen wesentlich, da diese Mütter meist erhöhten psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Ein solches Modell wurde bereits vor 20 Jahren in den Niederlanden erfolgreich umgesetzt.

Evidenzbasierte Untersuchungen zeigen, dass liebevolle Zuwendung unter der Geburt mit vertrauten Begleitpersonen (18), aber auch moderne Kenntnisse des Geburtsverlaufs und sonografische Untersuchungen sub partu (19) die Rate operativer Entbindungen reduzieren können. Leider werden diese Fakten ungenügend verbreitet. In der öffentlichen Diskussion herrscht die irrige Meinung vor, es gebe entweder die invasive medizinische oder die gefühlvolle nicht-invasive Geburtsmedizin. Das ist Unsinn.

Eine gefühlvolle familienfreundliche Umgebung des Geburtsortes sowie eine Fürsorge, bei der die Patientin im Zentrum steht (20), kann und sollte auch bei Klinikgeburten angestrebt werden. Die erhöhten Interventionsraten von Klinikgeburten, über die Snowden et al. berichteten, sind nicht notgedrungen eine Folge von Klinikgeburten, sondern oft von mangelnder Professionalität, mangelnder Geduld und einer primär am „Kommerz“ und einer defensiven Medizin ausgerichteten Geburtsmedizin. Dies hätten Snowden et al. besser diskutieren müssen.

Auch wenn in Deutschland Hebammen verpflichtet sind, Schwangere über den Abstand des Entbindungsortes zur nächsten Klinik zu unterrichten und dies zu dokumentieren, verstehen Frauen häufig nicht, was dies in der individuellen Situation bedeutet. Durch den Transport von Schwangeren unter der Geburt kommt es zu Verzögerungen eventuell erforderlicher Maßnahmen. Im Gegensatz zu einem erwachsenen Notfallpatienten kann ein Fet auf dem Weg zur Klinik nicht behandelt werden. Daher müssen dieselben Zeitintervalle der Qualitätssicherung (E-E-Zeit) wie in der Klinik gelten.

Nach unserer Ansicht gibt es in westlichen Ländern keine Situation, in der die Entbindung zu Hause einer Klinikentbindung vorzuziehen ist, da jeder erfahrene Geburtsmediziner

weiß, dass plötzlich und unerwartet auch bei geringem ermitteltem Risiko Notsituationen entstehen können. Dieses Thema darf nicht von Berufsgruppen polarisiert werden, sondern ist ausschließlich im Interesse von Müttern und Kindern zu entscheiden. Hebammenbetreute Klinikgeburten sind eine bessere Alternative als außerklinische Geburten, da das Transportrisiko entfällt. Dabei haben in Deutschland auch Konzepte von Beleghebammen Eingang in die Praxis gefunden. Ein weiteres Konzept wurde bereits 1999 von Prof. Joachim Dudenhausen publiziert und umgesetzt (21): Dabei soll mit Hilfe einer „Vertragshebamme“ angestrebt werden, „eine verstärkte Kooperation der Disziplinen der geburtshilflichen Arbeit (Entbindungsbereich, Wochenbettstation, Elternschule) zu erreichen, um die personelle Kontinuität zu gewährleisten“. Die Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Klinik kann hilfreich sein, wenn die Vertragshebamme sich in das Kreißaalteam eingliedert. Wichtigstes Ziel für die Akzeptanz dieses Modells ist die Anteilnahme an der Gebärenden durch alle Mitglieder des Teams (21).

Die Klinikhebammen in Deutschland sind im Prinzip eine wunderbare Erregungenschaft. Die Kompetenz und Empathie dieser Hebammen sollte weiter ausgebaut und in kooperativen Modellen mit wissenschaftlichen Konzepten integriert werden. Es ist auch zu erwarten, dass es für eine Hebamme leichter wird, sich ganz der Patientin zu widmen, wenn ihre Sorge vor unerwarteten Problemen geringer ist. Strikte Hierarchien sind in dieser Zusammenarbeit fehl am Platz. Neue Ausbildungsmöglichkeiten für wissenschaftlich interessierte Hebammen lassen hoffen, dass hier auch Forschungsprojekte entstehen, die die deutsche Geburtsmedizin aufgrund fehlenden Teamgeists und fehlender akademischer Ausrichtung vernachlässigt hat.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Hausgeburten mit erhöhten

neonatalen Risiken – und seltener auch mit mütterlichen Risiken – verbunden sind. Dies sollte alle professionellen Beteiligten dazu anleiten, bei einer Aufklärung von einer primär außerklinischen Geburt abzuraten, aber auch dafür zu sorgen, dass die Bedingungen in den Kliniken so wenig invasiv wie nötig sind, um bei geringem Risiko eine familienorientierte Geburtshilfe zu ermöglichen, bei der gegebenenfalls aber auch rechtzeitig präventive Maßnahmen eingeleitet werden können.

Die Zukunft gibt uns folgende Fragen auf:

Die Geburtsmedizin in Deutschland sollte drei grundlegende Risikokonstellationen unterscheiden und Schwangere entsprechend aufklären bzw. einer risikoadaptierten Betreuung zukommen lassen:

- Bei risikoarmer Konstellation sind Geburten mit häuslicher Atmosphäre innerhalb der Klinik anzustreben, d. h. die Klinikleitung sollte prüfen, inwieweit auch hebammengeführte Kreißsäle Wand an Wand mit konventionellen Kreißsälen eingerichtet werden können oder – noch besser – Vertragshebammen gemeinsam mit dem Team vor Ort eine Patientin betreuen können. Dies wäre auch insofern zu begrüßen, weil der angestrebte Kompromiss der GKV ein „fachärztliches Konzil“ bei der (Kontra-) Indikation zur außerklinischen Geburt wünscht. Innerhalb der Klinik wäre diese Trennung dann nicht mehr erforderlich. Sollte unerwartet ein Risiko auftreten, kann die Schwangere oder Gebärende vor Ort an Gynäkologen übertragen und risikoadaptiert behandelt werden.
- Bei mittlerer Risikoeinschätzung (wie z. B. Gestationsdiabetes, Adipositas, Zwillingen, später Wachstumsretardierung, Status nach Sectio etc.) sollte die Geburt unter Leitung eines Facharztes gemeinsam mit Hebammen

innerhalb von Geburtskliniken erfolgen.

- Durch die verbindliche GBA-Richtlinie ist bereits geregelt, dass Frühgeburten in Kliniken adäquater Versorgungsstufe stattfinden sollen. Aber auch Schwangere mit komplexen internistischen Erkrankungen, früher Präeklampsie, fetalen Fehlbildungen, höhergradigen Mehrlingen usw. sollten rechtzeitig in Perinatalzentren Level 1 überwiesen werden. Dort sollten jedoch auch Fachärzte mit Subspezialisierung Geburtsmedizin, Kenntnissen in pränataler Diagnostik und akademischer Qualifikation bereits bei Aufnahme hinzugezogen werden, die das Vorgehen festlegen, die Eltern einfühlsam aufklären, gegebenenfalls Kollegen anderer Disziplinen zu Rate ziehen und bei weiteren Entscheidungen mitwirken. Auch für diese Hochrisikopatientinnen ist die Mitbetreuung durch gegebenenfalls nachgeschulte Hebammen hochoberwünscht, ja eine Notwendigkeit, da die Schwangeren oder Wöchnerinnen oft Intensivpatientinnen allerdings mit spezifischen Problemen bei der bis hin zur Verarbeitung eigener und neonataler Komplikationen und den verbundenen Ängsten gleichzusetzen sind.

Insgesamt sollten wir den weisen Satz von Pschyrembel beherzigen: „Man muss viel wissen, um wenig zu tun“. Das bedeutet, dem Trend nach ungerechtfertigten, ausschließlich gefühlsorientierten, aber auch der defensiven, effizienzorientierten, unnötig invasiven Geburtsmedizin Grenzen zu setzen und Schwerpunkte bei der Risikoprävention zu legen. Hier sind Kooperationsmodelle mit niedergelassenen und klinikinternen Hebammen und Ärzten gefragt, die dieser Aufgabe positiv gegenüber stehen. Auch die Nachsorge von Müttern mit Risikoschwangerschaft, die bei weiterem Kinderwunsch bereits als Vorsorge für eine weitere Schwangerschaft gelten kann und die auch auf

Gesundheitsrisiken der Mutter hinweist, wäre in Kooperationsmodellen von Ärzten und Hebammen sinnvoll (22).

Literatur

1. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB et al.: Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med* 2015; 373:2642-53.
2. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA: Early and Total Neonatal Mortality in Relation to Birth Setting in the United States, 2006-2009. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211:390.e1-7.
3. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA: Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol* 2013 Oct; 209(4):323.e1-6.
4. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA: Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:350.e1-6.
5. Nederland, S.P.R., *Perinatal Care in the Netherlands* 2012. 2013, Utrecht.
6. Greene MF, Ecker JL: Choosing Benefits while Balancing Risks. *N Engl J Med* 2015; 373:2681-82.
7. Chervenak FA, McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Levene MI, Brent RL: Planned home birth in the United States and professionalism: a critical assessment. *J Clin Ethics* 2013; 24(3):184-91.
8. Quag, Erfassung der nicht-klinischen Geburten. www.quag.de, 2012.
9. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA: Justified skepticism about Apgar scoring in out-of-hospital birth settings. *J Perinat Med* 2015 Jul; 43(4):455-60.
10. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, van Egmond-Linden A, Hillegersberg J, Snuif YS, Sterken-Hooisma S, Bruinse HW, Kwee A: Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010; 341:c5639.
11. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, Buitendijk S: Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008; 35:107-16.
12. McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Brent R, Levene MI, Chervenak FA: Ethics and Professional Responsibility: Essential Dimensions of Planned Home Birth. *Seminars in Perinatology*, im Druck.
13. Arabin B, McCullough LB, Chervenak FA: Die geplante Hausgeburt in industrialisierten Ländern: Bürokratische Traumvorstellung vs. professionelle Verantwortlichkeit. *Z Geburtsh Neonatol* 2013; 217:7-13.
14. Feng XL, Guo S, Hipgrave D et al.: China's facility-based birth strategy and neonatal mortality: a population-based epidemiological study. *Lancet* 2011; 378:1493-1500.
15. Arabin B: Geburtsmedizin in Deutschland und den Niederlanden. Was können wir für die zukünftige Versorgung junger

Frauen und Kinder sowie die Entwicklung unseres Faches voneinander lernen?

FRAUENARZT 2014; 55(8):746-755.

16. <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2015/12/14/artikel/deutscher-hebammenverband-klagt-gegen-Schiedsbeschluss/>
17. <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2015/09/25/artikel/Hebammenverband-befuerchtet-Untergang-der-Hausgeburt/>
18. Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J, Rashidian A: Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, Oct 8;10.
19. Dückelmann AM, Michaelis SA, Bamberg C, Dudenhausen JW, Kalache KD: Impact of intrapartum ultrasound to assess fetal head position and station on the type of obstetrical interventions at full cervical dilatation. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012 May; 25(5):484-8. doi: 10.3109/14767058.2011.587057. Epub 2011 Jul 5.
20. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A.: Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12.
21. Dudenhausen JW: Ein kooperatives Konzept für die praktische Geburtsmedizin. *Der Gynäkologe*, Springer Verlag, 1999; 32:8-12.
22. Carson MP: Society for maternal and fetal medicine workshop on pregnancy as a window to future health: Clinical utility of classifying women with metabolic syndrome. *Seminars in Perinatology* 2015; 39(4):284-9.



Für die Autoren

**Prof. Dr. med.
Birgit Arabin**

Mutter-Kind-Zentrum der
Philipps-Universität Marburg
und Clara Angela Foundation
im Forschungs- und Entwicklungszentrum
Campus Privatuniversität
Witten-Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 44
58455 Witten
bine.clara.angela@gmail.com