

Sehr geehrte Redakteur/innen,

hiermit möchten wir auf fehlerhafte Aussagen im Artikel pro/kontra im Publik-Forum Nr.24/2017 von Frau Dr. Birgit Seelbach-Göbel Bezug nehmen. Gern können Sie Ihr diese Email weiterleiten. Dafür vielen Dank im Voraus.

Seit 1999 werden von unserer Gesellschaft jedes Jahr die Daten zur außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland veröffentlicht. siehe hier: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>

Sie finden darin nicht nur die Verlegungsquoten, sondern auch Verlegungsdauern oder den Ausgang der außerklinisch betreuten Geburten.

Seit Jahren liegt die Verlegungsrate von zu Hause oder aus dem Geburtshaus im Durchschnitt bei rund 16,5%. Bei betreuten Hausgeburten ist diese noch niedriger (11,5% oder 11-12 von 100 Gebärenden), weil sich weniger Erstgebärende als Mehrgebärende für eine Hausgeburt entscheiden, bei betreute Geburtshausgeburten entsprechend höher (19,4%) weil hier der Anteil Erstgebärender deutlich höher ist. Tatsache ist, dass nur Erstgebärende zu rund 31% verlegt werden, Mehrgebärende dagegen nur zu rund 7%. Häufigste Verlegungsgründe sind keine Notfälle, sondern die verzögerte, zu langsame Geburt in der Eröffnungs- oder Austreibungsphase, auch auffällige Herztöne des ungeborenen Kindes ohne dass diese sofort für Lebensgefahr stehen, der vorzeitige Blasensprung o.a. Nur eine von 100 betreuten außerklinischen Geburten wird als Notfall verlegt. Und ja, verlegte Gebärende erhalten in der Klinik auch noch einen Kaiserschnitt - zu Recht, denn diesen kann man im ambulanten Setting nicht durchführen. Die Zahl betrug in 2016 jedoch 33,2% oder rund 33 von einhundert verlegten Frauen bekamen noch einen Kaiserschnitt, 67 Frauen konnten vaginal gebären (51 spontan, 16 mit Hilfe). Auf das Gesamtkollektiv betrachtet liegt die Rate sekundärer Kaiserschnitte bei 5,4% oder 5-6 Frauen von einhundert Gebärenden müssen bei außerklinisch begonnener Geburt mit einer sekundären Sectio nach Verlegung in die Klinik rechnen. Dieser gute Wert ist auch dem Auswahlverfahren bei der Planung der außerklinischen Geburt geschuldet. Die Rate sekundärer Sectiones bei Klinikgeburt reifer Einlinge in Schädellage (also ohne Frühgeburten, ohne Mehrlinge oder Beckenendlagen) – das entspricht in etwa auch dem außerklinischen Kollektiv – liegt lt. Auswertungsinstitut IQTIG bei 11,8% (75.297 von 623.685 Kindern). Auch das unterstreicht, dass die Auswahl im außerklinischen Kollektiv bei reifen Einlingen am Termin greift (5,4% versus 11,8%). Schlecht wäre, wenn der Wert gleich hoch oder sogar über dem der Klinik liegen würde.

	2016		2015	
	n	%	n	%
reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	N = 623.685		N = 585.462	
Entbindungsmodus				
Spontangeburt	424.697	68,09	398.541	68,07
Sectio caesarea	154.270	24,74	144.828	24,74
primär	66.529	43,13	62.066	42,85
sekundär	73.297	47,51	69.392	47,91
nicht näher bezeichnet	14.444	9,36	13.370	9,23

Die Behauptung, dass bei Notfallverlegungen die kindliche Sterblichkeit um das Dreifache erhöht sei, entbehrt jeder Grundlage ebenso wie die Behauptung, dass es zu mehr Hirnschäden käme. Gern würde ich eine valide Quelle dazu von Fr. Dr. Seelbach-Göbel erhalten. Schade, wenn sich die Kritiker der außerklinischen Geburtshilfe nicht einmal die Mühe machen, die seit Jahren in Deutschland vorhandenen Daten zu lesen und korrekt zu zitieren.

Und ja, es gibt sicher einzelne schicksalhafte Fälle oder Verläufe, diese gibt es aber an jedem Geburtsort – auch in der Klinik mit allen möglichen Sicherheitsnetzen.

Es macht keinen Sinn Ängste über Behauptungen zu schüren, die keinerlei Grundlage haben. Für Deutschland gilt: Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entscheiden können mit sehr gut ausgebildeten Hebammen rechnen, einem Gesundheitssystem in welchem Verlegungen von ambulant nach stationär sehr gut organisiert sind (enges Netz von Rettungsstellen bzw. Standorten von Rettungswagen) und natürlich die Kliniken mit Kreißaal als wichtige Kooperationspartner der Geburtshäuser und Hausgeburtshebammen im Falle einer verlegten Geburt.

12.170 geplant außerklinische Geburten im Jahr 2016 wurden wie in den Jahren zuvor professionell begleitet, die Ergebnisse belegen eine hohe Betreuungsqualität und weisen in keiner Weise auf vermehrte kindliche Schäden oder Todesfälle hin (s.u.).

Im Sinne dieser vielen Frauen, die nicht in einer Klinik gebären möchten, sollten alle Professionellen auf hohem Niveau und ohne Vorbehalte für bestmögliche Geburtsergebnisse für Mutter und Kind zusammenarbeiten.

und noch einige informative Ergänzungen:

Eine Annäherung der Ergebnisse zwischen Klinikgeburten und Geburten in Geburtshäusern im Auftrag des GKV-SV ergab keine Unterschiede im Outcome von Mutter und Kind. siehe: <http://www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

Auch internationale Studien weisen gleichwertige Ergebnisse für Mutter und Kind unabhängig vom Geburtsort aus, wenn die Geburten von qualifiziertem Personal in Industrienationen begleitet werden und bestimmte Auswahlkriterien im Vorfeld der Wahl des Geburtsortes beachtet werden bzw. welche Befunde für eine Geburt in der Klinik sprechen.

z.B.: Birthplace in England Collaborative Group (2011) mit ihren Anhängen und direkt damit zusammenhängende Arbeiten von Hollowell et al. (2011) und Li et al. (2015), Rowe et al. (2013), Homer et al. (2014), Davis et al. (2011)

Dagegen zitieren hiesige Gynäkologen und Geburtshelfer gern amerikanische Studien. Diese haben jedoch einen großen Mangel:

Hausgeburten in den USA werden sowohl von staatlich examinierten als auch von nicht examinierten Hebammen angeboten. Die Hausgeburten sind unzureichend in das bestehende Versorgungssystem eingebunden, da es kein gestuftes Versorgungskonzept, welches der ambulanten Versorgung Vorrang einräumt, gibt und wenig sektorenübergreifende Versorgung stattfindet. Insbesondere bei Transferfällen kommt es aber wesentlich auf genau diese Zusammenarbeit an (Amelink-Verburg und Buitendijk 2010). Die weitgehenden Dissonanzen zwischen den beteiligten Leistungserbringern (Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern) führen oft dazu, die Argumente der Gegenseite gar nicht erst in das Studiendesign oder die eigene Darstellung miteinzubeziehen (de Vries et al. 2013).

p.M. für alle Geburten in der BRD von 2010 bis 2015

Auszug aus destatis Fachserie 12 Reihe 4 Anhang A1 und Bevölkerung und Erwerbstätigkeit „Zusammenfassende Übersichten Eheschließungen, Geborene und Gestorbene Tab.-Blatt Deutschland

Jahr	Geborene		Gestorbene		
	Gesamt	Lebendgeborene	perinatale Mortalität		im ersten Lebensjahr
			Totgeborene	verst. in ersten 7 Lebenstagen	
2010	680.413	677.947	2.466	1.175	2.322
2011	665.072	662.685	2.387	1.250	2.408
2012	675.944	673.544	2.400	1.176	2.202
2013	684.625	682.069	2.556	1.173	2.250
2014	721.473	717.565	2.599	1.309	2.283
2015	740.364	737.575	2.787	1.352	2.405

Kinder für die p.M. Bund (Summe Totgeborene und in ersten 7 LT verstorbene Kinder)	in Prozent	in Promille	davon außerkl. betreute und bei QUAG dokumentierte Geburten/ Kinder Anzahl	Anteil akl. p.M. von allen Kindern der p.M. Bund in Prozent	
p.M. 2010	3.641	0,54%	5,4 ‰	17	0,47%
p.M. 2011	3.637	0,55%	5,5 ‰	11	0,30%
p.M. 2012	3.576	0,53%	5,3 ‰	19	0,53%
p.M. 2013	3.729	0,54%	5,4 ‰	16	0,43%
p.M. 2014	3.910	0,54%	5,4 ‰	18	0,49%
p.M. 2015	4.139	0,56%	5,6 ‰	15	0,36%

davon

Man kann also zusammenfassend sagen:

- Etwa 4 von 1000 aller perinatal verstorbenen Kinder waren in akl. Geburtsbetreuung bzw. **über 99% der perinatal verstorbenen Kinder waren nicht in akl. Geburtsbetreuung**
- die p.M. hat sich in der BRD auf einem Niveau von 0,54 % oder 5,4 Promille eingepegelt, wobei ein hoher Teil den (extrem) Frühgeborenen zufällt.
- Für die BRD gilt: etwa 5-6 von 1000 Kindern sterben im Zuge ihrer Schwangerschaft/Geburt oder danach bzw. mit ca. jeder 200-sten Geburt verstirbt ein Kind vor während oder bis zu sieben Tagen nach der Geburt

Mit freundlichen Grüßen – Anke Wiemer für die