

Mother Hood e.V. Brahmsstr. 12a 53121 Bonn

Dr. F.
77654 Offenburg

Lydia Abdallah
Landeskoordination Ba-Wü/
Ärzttekommunikation
Glemsweg 14
71263 Weil der Stadt
l.abdallah@mother-hood.de
07033-6945244

Weil der Stadt, 01.12.2016

→
Sehr geehrter Herr Dr. F.,

als Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. möchten wir gerne Stellung nehmen zu dem Text „Ärztliche Aufklärung bezüglich möglicher Komplikationen bei einer Hausgeburt“, welchen Sie werdenden Müttern zur Kenntnisnahme und Unterschrift aushändigen.

Aufklärung ist in der Medizin ein sehr wichtiges Thema. Sie soll Patienten in die Lage versetzen, eine eigene Entscheidung zu einem (oft komplexen) medizinischen Sachverhalt zu treffen. Die medizinischen Sachverhalte sowie Rahmenbedingungen sind dem Patienten dabei objektiv darzulegen. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg schreibt dazu:

„Über typische Risiken, die mit dem Eingriff verbunden sind, muss immer und soweit wie möglich objektiv aufgeklärt werden. Der Arzt darf weder beschönigen noch dramatisieren.“¹

Wir möchten nun auf die von Ihnen genannten Punkte näher eingehen.

Allgemeine Aufklärung zur Geburt

Sie weisen die Schwangeren darauf hin, dass bei der Geburt „unvorhersehbar von einer Sekunde zur nächsten eine und in der Folge mehrere Komplikationen (...) auftreten können.“ Sie nennen als Beispiele „schwere unstillbare Blutung mit Kreislaufkollaps, Ohnmacht bis zum Herzstillstand, Herztonabfall des Kindes (und) Asphyxie“ mit möglichen Folgeschäden.

1

Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes. Landesärztekammer Baden-Württemberg 2016, S.10 <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/aufklaerungspflicht.pdf>

Registergericht:
Amtsgericht Bonn
Register-Nr: VR 9958

GLS Gemeinschaftsbank eG
IBAN: DE15 4306 0967 4093 8386 00
BIC: GENODEM1GLS

Bundeselterninitiative zum
Schutz von Mutter und Kind
während Schwangerschaft,
Geburt und 1. Lebensjahr

Mother Hood e.V.
Brahmsstr. 12a
53121 Bonn

www.mother-hood.de

Vorstand:
Dr. Katharina Hartmann
Eva Abert
Sarah Kaufmann

Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfiehlt, Schwangere mit niedrigem Geburtsrisiko darüber aufzuklären, dass Gebären allgemein sehr sicher für Mutter und Kind ist.² Schwangere, für die eine außerklinische Geburt in Frage kommt, haben per definitionem ein niedriges Risiko für Geburtskomplikationen.

Für eine objektive Aufklärung ist es wichtig, Risiken im Kontext darzustellen, sodass die Schwangeren eine Vorstellung davon bekommen, wie wahrscheinlich ein derartiger Notfall ist. Zum Einen verursacht die von Ihnen gewählte Formulierung Ängste bei den Schwangeren, die sich negativ auf den Geburtsverlauf auswirken können. Zum Anderen widerspricht sie den oben genannten Empfehlungen der Ärztekammer zur Aufklärungspflicht in Bezug auf die Dramatisierung.

Die Autoren des Cochrane Review „Planned hospital birth versus planned home birth“ von 2012 beschreiben die Einbeziehung von sehr seltenen Komplikationen in die Entscheidungsfindung über den Geburtsort folgendermaßen:

„For a set of parents, the risk that one of the parents (or the child) will get killed in a traffic accident before school age will be fairly much higher than any theoretical potential increase in the chances of survival related to a possible hospitalisation of the birth.“³

Geburtskomplikationen

Die von Ihnen angeführte peripartale Hämorrhagie ist nach wie vor eine der häufigsten maternalen peripartalen Todesursachen in den westlichen Industrieländern, wobei Risikofaktoren wie Sectio cesarea, vaginaloperative Entbindung, Placenta praevia, etc. aufgrund der Risikoselektion sowie durch die Hausgeburt an sich wegfallen und das Risiko hierdurch minimiert wird. Postpartale Hämorrhagien >1000 ml traten im Jahr 2014 bei 1,6% und Plazentalösungsstörungen / unvollständige Plazentae bei 2,0% aller erfassten

2

Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190], National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#place-of-birth>

3

Olsen O, Clausen JA. *Planned hospital birth versus planned home birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. S.4

außerklinischen Geburten auf ⁴ (zum Vergleich: PPH bei 1,6% , Plazentalösungsstörungen bei 3,45% der Geburten im Krankenhaus 2014⁵). Eine Asphyxie unter der Geburt ist in einer 1:1-betreuten Gebärsituation ohne medizinische Interventionen bei risikoselektierten Gebärenden ebenfalls rar. Bei 0,73% der 2014 außerklinisch geborenen Kinder trat eine Asphyxie/Hypoxie/Zyanose auf, im Vergleich zu 1,82% der in Kliniken geborenen Kinder. (QUAG, AQUA)

→ NICE empfiehlt weiterhin, Multipara mit niedrigem Geburtsrisiko darüber zu informieren, dass eine außerklinische Geburt für sie besonders günstig wäre, da die Eingriffsraten deutlich niedriger, das Outcome hingegen vergleichbar mit dem einer Klinikgeburt ist. Nullipara wird die Geburt in einer von Hebammen geführten Einrichtung empfohlen. Diese Empfehlungen beruhen auf einer britischen prospektiven Kohortenstudie , die im Jahr 2011 veröffentlicht wurde und mehr als 64.000 Geburten in unterschiedlichen Settings in Bezug auf perinatale Mortalität und Morbidität auswertet.⁶

Perinatale Mortalität

Sie geben an, das Mortalitätsrisiko bei Hausgeburten sei 3-fach höher als das bei Klinikgeburten. Woher Sie diese Angaben nehmen, bleibt unklar. Wie allgemein bekannt, gibt es bisher keine deutschen Studien, die einen Vergleich der perinatalen Mortalität von außerklinischen und innerklinischen Geburten durchführen.

Eine erste Annäherung bietet eine Gegenüberstellung der Daten von QUAG und AQUA, welche in einem Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten in Hessen mit außerklinischen Geburten in HgE 2011 veröffentlicht wurde.

4

Loytved C. *Qualitätsbericht 2014 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.) 2015, http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2014.pdf

5

Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014 16/1 Geburtshilfe –Basisauswertung. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2015, https://sqg.aqua-institut.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf

6

Birthplace in England Collaborative Group *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England National prospective cohort study*. BMJ 2011;343:d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400, <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7400.full.pdf>

Verglichen wurden risikoarme Kollektive mit Einlingen in Schädellage. Hier zeigt sich für die Jahre 2008 bis 2010 eine etwas niedrigere perinatale Mortalitätsrate für Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE).⁷

Dieselbe Veröffentlichung belegt eine niedrigere Rate an Eingriffen in den Geburtsverlauf, Dammverletzungen III° und IV°, signifikant häufiger einen intakten Damm und gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind.

Ein Ausblick auf die internationale Studienlage findet sich ebenda:

„Die von Wax et al. 2010 vorgelegte Metaanalyse konnte Ergebnisse aus 342.056 geplanten Hausgeburten im Vergleich zu 207.551 Krankenhausgeburten in 12 Studien aus sieben westlichen Ländern (...) aus dem Zeitraum von 1984 bis 2009 auswerten (...).

Durchgängig fanden sich bei geplanten Hausgeburten signifikant weniger Interventionen wie Epiduralanalgesien, CTG-Monitoring, Episiotomien sowie vaginal-operative Entbindungen. Es kam seltener zu Infektionen, Dammverletzungen, Hämorrhagien und Plazentaretentionen. (...)

Die perinatale Mortalität fiel für beide Settings gleich hoch aus und wird mit 0,7‰ (Hausgeburten) bzw. 0,8‰ (Krankenhaus) angegeben.“⁸

Verlegungen

Zu den von Ihnen angeführten Verlegungszahlen von 45% der Erstgebärenden, die notfallmäßig in eine Klinik verlegt werden müssten, lässt sich Folgendes sagen:

Laut dem Jahresbericht von QUAG für 2014,⁹ wurden 16,7% aller geplant außerklinisch begonnenen Geburten sub partu verlegt.

Von den Hausgeburten waren es nur 11,6%, wobei 28,6% der Erstgebärenden und 5,6% Mehrgebärenden unter der Geburt verlegt wurden.

7

PILOTPROJEKT zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit. GKV – Spitzenverband und Verbände der Hebammen 2011, S.31, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/Geburtshaeuser_Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich_klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV.pdf

8

Siehe Fußnote 6, Seite 31-32

9

Loytved C. *Qualitätsbericht 2014 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.* Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.) 2015, http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2014.pdf

92,8% aller Verlegungen fanden in Ruhe statt, die häufigsten Gründe sind mit 44,7% Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase und 15,7% Geburtsstillstand in der Austreibungsphase.

Verlegungen sind aus Elternsicht ein Beleg dafür, wie professionell die gut ausgebildeten außerklinischen Geburtshelfer/innen mit ihrer Verantwortung den (werdenden) Eltern gegenüber umgehen und kein Beweis ihrer Unfähigkeit, auftretende Komplikationen beherrschen zu können.

Ein Satz wie: „Schon aus diesem Grunde halte ich es für unverantwortlich sich für eine Hausgeburt zu entscheiden“ ist für eine ärztliche Aufklärung ungeeignet, da er die subjektive Sicht des Arztes widerspiegelt und durch seine Wertung die Schwangeren in Rechtfertigungsnot bringt.

Sectiones

Die hohe Zahl von Sectiones, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt wurden, dient leider mitnichten nur dem Wohlergehen von Mutter und Kind.

Laut WHO führt eine Sectio-Rate von über 10-15% zu keiner weiteren Verbesserung der perinatalen Mortalitätsraten von Mutter und Kind.¹⁰ Dies zeigen auch die gleichbleibenden perinatalen Mortalitätsraten der letzten 10-15 Jahre in Deutschland¹¹ bei deutlichem Anstieg der Sectoraten¹².

Vielmehr ist der Großteil der durchgeführten Kaiserschnitte organisatorisch und personell bedingt oder beruht auf „weichen“ Indikationen¹³, d.h. in ein und

10

WHO Statement on Caesarean Section Rates. World Health Organization 2015, WHO/RHR/15.02

11

WHO Health Data: Indikatoren des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9056#T7

12

DESTATIS *Krankenhausentbindungen in Deutschland Jahre 1991-2015.* Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausentbindungenKaiserschnitt.html>

13

Kolip P, et al. *Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung.* Faktencheck Gesundheit Bertelsmann-Stiftung 2012, Heiden Druck & Medien GmbH, Gütersloh

demselben Fall könnte ein anderes Team anders entscheiden und eine Sectio vermeiden.

Ein medizinisch begründeter Kaiserschnitt kann Leben retten und ist unbestreitbar unverzichtbar. Eine Sectiorate von über 30% als durchweg positiv für die Gesundheit von Mutter und Kind darzustellen, entspricht hingegen nicht den Fakten.

→ Eine Aufklärung über mögliche Risiken und (Langzeit-)Folgen von Kaiserschnitten für Mutter und Kind, insbesondere im Hinblick auf weiteren Kinderwunsch wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert.

Geburtsort Klinik

Viele geburtshilfliche Kliniken sind personell unterbesetzt, die Hebammen betreuen häufig mehrere Frauen gleichzeitig¹⁴ und sind in der Folge für die Gebärenden nicht ständig präsent.

Viele Schwangere wissen vorab nichts von der personellen Situation in den Kliniken und sind schockiert, wenn sie unter Wehen an ein anderes Krankenhaus verwiesen oder während der Geburt über einen langen Zeitraum alleine gelassen werden.

Auch die Wichtigkeit einer Hebamme, die nach der Geburt (in der Klinik) für die Wochenbettbetreuung nach Hause kommt, sowie die Notwendigkeit, sich schon zu Beginn der Schwangerschaft um eine solche zu bemühen, gehört unserer Auffassung nach zu einer vollständigen Aufklärung über Geburt.

Wahlfreiheit

Der Geburtsort Krankenhaus ist für rund 98% der Schwangeren Ort der Wahl. Das liegt zum Teil an fehlender Infrastruktur außerklinischer Geburtshilfe und „Nichtwissen“ um diese Option, zum Teil an risikobedingten Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten und zu einem weiteren, nicht unerheblichen Teil, daran, dass sich die Schwangeren dort sicherer fühlen.

14

Die Arbeitssituation von Hebammen in Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter 1.692 Hebammen im November 2015. Deutscher Hebammenverband 2016
https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1488294242&hash=a1436a31f148e1132e54dab954fc93f9ee4bbaeb&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/20160201_Ergebnisse_der_repraesentativen_Umfrage_unter_Hebammen_in_Kliniken.pdf



In jedem Fall liegt jedoch die Entscheidung darüber, wo Frauen ihre Kinder gebären möchten, ausschließlich bei ihnen selbst. DEN optimalen Geburtsort gibt es nicht.

„Gleichwohl gebietet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, diesem als Subjekt der Behandlung die Wahl zwischen mehreren in Betracht kommenden Alternativen zu überlassen“¹⁵

Wir fordern Sie auf, die Wahlfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren künftig zu achten und sich in Ihrer Aufklärung an die Richtlinien der Landesärztekammer zu halten.

Mit freundlichen Grüßen,

*i.A. von Mother Hood e.V.
Lydia Abdallah*

Anhang:

Text der Aufklärung als Kopie

Mitzeichnung des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur.

Dr.
Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe



Ärztliche Aufklärung bezüglich möglicher Komplikationen bei einer Hausgeburt

Die Besonderheit in der Geburtshilfe ist, daß unvorhersehbar von einer Sekunde zur nächsten eine und in der Folge mehrere schwere Komplikationen sowohl beim Kind als auch der gebärenden Mutter auftreten können. Diese Komplikationen können sein: schwere unstillbare Blutung mit Kreislaufkollaps, Ohnmacht bis zum Herzstillstand, Herztonabfall des Kindes, Asphyxie (Sauerstoffmangel) mit nachfolgender Hirnschädigung und daraus resultierender körperlich und geistiger Behinderung.

Das Mortalitätsrisiko (Sterberisiko) bei der Hausgeburt wird als 3-fach höher angegeben als das der Klinikgeburt. Insbesondere ist bei der Erstgebärenden mit einem schlechteren 'outcome' im Vergleich zur Mehrgebärenden zu rechnen. In Deutschland wird inzwischen jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Durch diese Kaiserschnitte werden schwere Schädigungen von Mutter und Kind abgewendet. Etwa 45% der Erstgebärenden werden bei angefangener Hausgeburt notfallmäßig in die Klinik verlegt, da die Hebamme die auftretenden Komplikationen nicht beherrschen kann. Durch die Verlegung geht wertvolle Zeit verloren, die dringend benötigt wird um Schaden von Kind und Gebärender abzuwenden. Schon aus diesem Grunde erachte ich es als unverantwortlich sich für eine Hausgeburt zu entscheiden. Bei einem geburtshilflichen Notfall ist es notwendig, daß viele Ärzte aus unterschiedlichen Disziplinen wie Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie, Neonatologie und dazu das entsprechende Pflegepersonal sowie eine aufwändige apparative Ausrüstung zur Verfügung stehen. Bei einer Hausgeburt fehlt all dies.

Auch in der Klinik kann eine ambulante Geburt in geschütztem Rahmen mit der Hebamme erfolgen, wo der Arzt nur in Notfällen dazugerufen wird. Nach der Geburt, kann bei Wohlbefinden die Patientin die Klinik verlassen und sich von Hebamme und Frauenarzt weiterbetreuen lassen. Das Neugeborene sollte dann einem ambulanten Kinderarzt vorgestellt werden.

Hiermit bestätige ich, obigen Text verstanden und zur Kenntnis genommen zu haben:

**Das Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur unterstützt die
Stellungnahme der Mitgliedsorganisation Mother Hood e.V. vollumfänglich.**

Wir sind bestürzt und empört über eine sichtbar werdende Vermessenheit im Hinblick auf die Einschätzung der Fähigkeit von Frauen, gut informiert eine eigene Entscheidung über den Geburtsort ihrer Kinder treffen zu können. Wir erwarten objektive Aufklärung, Achtung der Patientenrechte schwangerer Frauen und ihrer Partner und vor allem Respekt gegenüber einer informierten Entscheidung.

Mit freundlichem Gruß

Elternvereine und -initiativen

Elternstimme sichere Geburt; Förderverein normale Geburt e.V.; GreenBirth e.V.; HappyBirthday - Gemeinsam für eine selbstbestimmte Geburtskultur e.V.; happybirth e.V.; Kölner Geburtstag



Unterstützerinnen und Unterstützer

Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.; Flow Birthing; Geburt und Leben e.V.; Geburtshaus Charlottenburg GmbH; Geburtshaus Erfurt - bewusste Geburt und Elternschaft e.V.; Geburtshaus Gambach; Geburtshaus und mehr e.V. Jena; Geburtshaus Wuppertal e.V.; Hebammen für Deutschland e.V.; Internationale Gesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin e.V.; kidsgo; Netzwerk der Geburtshäuser e.V./HgE; Schule für Mütterpflege und FamilienLotSinnen®; Verein für Mütter- und Familienpflege e.V.; WIKK Weiterbildungsinstitut für Körperorientierte Krisenbegleitung

