

POSITIONSPAPIER

Position der DGGG zur außerklinischen Geburtshilfe

M. Abou-Dakn, A. Feige, M. Franitza, M. Kühnert, B. Seelbach-Göbel, D. Schlembach (Gremium Außerklinische Geburtshilfe der DGGG)

In den letzten Jahren sind internationale Studien veröffentlicht worden, die die außerklinische Geburtshilfe widersprüchlich beurteilen. Anlass für die DGGG, sich erneut zu positionieren.

Letztmalig nach 1990 hat sich die DGGG 2011 in einer Pressemitteilung eindeutig gegen Geburtshilfe außerhalb von Kliniken ausgesprochen.

Seit Beginn der Dokumentation außerklinischer Geburten in Deutschland ist die Zahl der außerklinisch begonnenen Geburten mit rund 1,3 % kontinuierlich niedrig geblieben.

Spätestens seit die BBC unter der Schlagzeile „Home births are best for many mothers“ die neuen Empfehlungen der „NICE-Guidelines“ zusammenfasste, ist die außerklinische Geburtshilfe wieder in die Diskussion geraten.

Gemeinsam kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass auch im Low-Risk-Kollektiv bei Auftreten eines unvorhersehbaren Risikos das Outcome für Mutter und Kind bei geplanter außerklinischer Geburt schlechter ist als in der geplant klinischen Geburt. Dagegen wird argumentiert, dass ausländische Verhältnisse nicht auf die Situation in

Deutschland übertragen werden können. Zur Beurteilung der Qualität der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland dient seit 1999 die QUAG (Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe), welche die Dokumentation aller außerklinischen Geburten einfordert. Trotzdem erfolgt diese nicht zu 100 %. Die DGGG betont mit Nachdruck, dass die für klinische Geburten gesetzlich verankerte Perinatalerhebung nicht in der außerklinischen Geburtshilfe Anwendung findet. Erst wenn auch in der QUAG eine umfassende Perinatalerhebung durchgeführt wird, sind belastbare Zahlen zur ausreichenden Beurteilung der außerklinischen Geburtshilfe zu erhalten, als Voraussetzung für eine politische Diskussion. Die vollständige Datenerfassung mit exakten Angaben zum weiteren Verlauf nach Verlegung erweist sich aber als unabdingbar notwendig, denn die Autoren des QUAG-Berichts von 2016 ziehen aus inkompletten Daten die Schlussfolgerung: „Diese Angaben unterstreichen die

Ansicht, dass die außerklinische Geburt sicher ist.“

Was aber ist mit den Schwangeren, die sub partu doch in eine Klinik verlegt werden mussten?

Nach QUAG 2016 wurden von den 4.579 Erstgebärenden über 30 % sekundär in die Klinik verlegt, von den 7.591 Mehrgebärenden über 7 %. 139 Frauen wurden in Eile verlegt. Von den 1.978 sub partu verlegten Frauen waren laut Dokumentation 128 Notfallverlegungen. Davon wurden 35,1 % durch Sectio entbunden, weitere 22,6 % vaginal-operativ. Die perinatale Mortalität betrug 1,2 ‰, bei den außerklinisch geborenen Kindern 1 ‰, bei den sub partu verlegten Kindern 3 ‰, also dreimal so viel. Die Morbidität der außerklinisch geborenen Kinder ist mit 4,2 % beziffert, die der sub partu verlegten Kinder mit 9,9 % mehr als doppelt so hoch. Eine Reanimation war bei 2,5 % der Kinder notwendig, in 2,6 % eine Verlegung in die Kinderklinik. Bei 101 Kindern, also 0,83 %, lag eine Hypoxie vor.

Diese Zahlen belegen, dass es auch im Low-Risk-Kollektiv keine belastbaren Prognosekriterien gibt, die eine unkomplizierte Geburt voraussagen.

Das Programm ist online

31.10.–03.11.2018 · Berlin

DGGG'18

62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Frauenheilkunde im Fokus – wissenschaftlich fundiert und der Qualität verpflichtet

www.dggg2018.de

Auch die QUAG-Daten zeigen, dass das Outcome von Mutter und Kind bei Eintreten eines Notfalls und Verlegung schlechter war, als wenn die werdenden Mütter sub partu nicht verlegt werden mussten. 3,4 % der Mütter wurden postpartal verlegt, 1,6 % erlitten einen Blutverlust über 1.000 ml und 1,9 % Plazentationsstörungen.

Aufgrund der internationalen Datenlage und auf Basis des QUAG-Berichts 2016 leitet die DGGG folgende Schlussfolgerungen ab:

Die Rate erforderlicher Verlegungen mit über 30 % bei Erst- und 7 % bei Mehrgebärenden ist wegen des dreifach so hohen kindlichen Mortalitäts- und doppelt so hohen Morbiditätsrisikos nicht akzeptabel. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten, wie sie studienbasiert (1) als Qualitätsanforderung für klinische geburtshilfliche Abteilungen verankert ist, ist in der außerklinischen Geburtshilfe nicht zu gewährleisten. Unter diesen Umständen ist die außerklinische Geburtshilfe nicht sicher und wird von der DGGG weiterhin abgelehnt. Diese Umstände müssen der Schwangeren dezidiert dargelegt werden. Die DGGG lehnt die organisationsbedingte Nichteinhal-

tung dieser objektiven Grundbedingung ab. Die kindlichen Risiken müssen unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der werdenden Mutter hinsichtlich des Entbindungsorts im Aufklärungsgespräch umfassend und vollständig dargelegt werden. Allerdings betrachtet die DGGG die Zunahme von Interventionen während der Geburt in den Kliniken mit Sorge, in erster Linie die im europäischen Vergleich hohe Kaiserschnitttrate, denn sie übersteigt das medizinisch notwendige Maß erheblich. Wir sehen daher auch in der klinischen Geburtshilfe deutliches Verbesserungspotenzial: Daher hat die DGGG zwei S3-Leitlinien gemeinsam mit den Hebammenverbänden initiiert, die mitfinanziert durch die Bundesregierung die Themen „Vaginale Geburt am Termin“ und „Kaiserschnitt“ bearbeiten und somit evidenzbasiert ärztliche Geburtshelfer und Hebammen sowie deren Patientinnen über Nutzen und Schaden von Interventionen informieren.

Klinikgeburten müssen physiologisch, empathisch und sicher gestaltet werden. Dies ist die gemeinsame Aufgabe von Hebammen und Ärzten. Dafür müssen adäquate Ressourcen

durch die Politik zur Verfügung gestellt werden. Beide Berufsgruppen und die Politik tragen die Verantwortung für unsere werdenden Mütter und ihre Kinder.

Literatur

1. Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C: Decision-to-Delivery Time and Perinatal Complications in Emergency Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Sep 4; 114(35-36): 589-96.

Weitere Literatur bei den Autoren.



Für die Autoren

Prof. Dr.

Birgit Seelbach-Göbel

Universität Regensburg
Klinik für Geburtshilfe und
Frauenheilkunde
St. Hedwig-Krankenhaus
Barmherzige Brüder
Steinmetzstr. 1-3
93049 Regensburg
birgit.seelbach-goebel@barm-
herzige-regensburg.de

Hinweise für Autoren

Allgemeines

Der FRAUENARZT publiziert Originalarbeiten, Berichte, Kommentare, Buchbesprechungen und Leserbriefe. Eingereichte Manuskripte dürfen weder publiziert noch bei einer anderen Zeitschrift zur Veröffentlichung eingereicht worden sein. Die Annahme der (druckreifen) Manuskripte bleibt den Herausgebern vorbehalten. Eine redaktionelle Bearbeitung behält sich die Redaktion vor. Mit Einsendung des Manuskripts stimmt der Autor einer Begutachtung durch Fachberater zu.

Manuskripte

sind per E-Mail einzureichen bei den Redaktionen der Herausgeber BVF oder DGGG (Adressen siehe Impressum). Das Manu-

skript sollte 4 Druckseiten (à 4.500 Zeichen) nach Möglichkeit nicht überschreiten und enthalten: Titel des Beitrags (max. 75 Zeichen), ggf. mit erläuterndem/präzisierendem Untertitel, Autorennamen(n), Praxis oder Klinik mit Anschrift, eine kurze Vorschau auf den Inhalt (Vorspann, max. 500 Zeichen). Der Text sollte durch knappe Zwischenüberschriften (max. 85 Zeichen) gegliedert werden. Bilder, Grafiken und Tabellen sind sehr willkommen. Ihre Zuordnung ist durch fortlaufende Nummerierung im Text zu kennzeichnen (Abb., Tab.). Sie sollten in hochauflösender Qualität für den Druck geeignet sein und in digitaler Form (Grafiken mit hinterlegten Werten und Beschriftung in Deutsch)

mitgeliefert werden (tif-, eps- oder jpeg-Datei mind. 300 dpi). Sie sind jeweils durch kurze Texte (Unterzeilen) zu erläutern. Literaturhinweise sollten im Text fortlaufend (in runden Klammern) nummeriert werden. Bei längeren Literaturlisten weisen wir auf die Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de, welche die Literatur auflistet. Rechtschreibung nach aktuellen Duden-Empfehlungen, Marken- und Firmennamen sind kursiv zu kennzeichnen. Autoren für das Ressort DIAGNOSTIK + THERAPIE müssen eine Interessenkonflikt-Erklärung abgeben. Jeder Autor ist verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Er trägt die Verantwortung für die vollständige Ano-

nymisierung aller patientenbezogenen Daten.

Verlagsrecht

Mit Annahme des Manuskripts erwerben BVF/DGGG das ausschließliche Verwertungsrecht, das die Erstellung von Fort- und Sonderdrucken, auch für Auftraggeber aus der Industrie, die Übersetzung in andere Sprachen, die Erteilung von Abdruckgenehmigungen, die fotomechanische/elektronische Vervielfältigung ebenso wie die Veröffentlichung auf www.frauenarzt.de umfasst. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung unzulässig und strafbar.