

Stellungnahmen

Neue Publikationsformate der DGHWi: Positionspapiere und Standpunktpapiere

Die DGHWi hat neben den Stellungnahmen, die Sie bereits aus früheren Ausgaben der ZHWi kennen, zwei weitere Publikationsformate, sogenannte Positionspapiere und Standpunktpapiere entwickelt. Bevor wir, erstmalig, ein Positions- und ein Standpunktpapier in diesem Heft veröffentlichen, stellen wir die Formate im Folgenden kurz vor:

In **Positionspapieren** werden Positionen der DGHWi zu hebammen-spezifischen Themen begründet herausgearbeitet. Da Positionspapiere keine Reaktionen auf Anfragen oder Äußerungen Dritter sind, können sie ohne Zeitdruck erstellt werden und erlauben eine umfassende Auseinandersetzung mit einem spezifischen Thema. Positionspapiere haben eine begrenzte Geltungsdauer von sechs Jahren. Mit der Veröffentlichung wird der Zeitpunkt angegeben, zu dem das Positionspapier überarbeitet werden muss. In dieser Ausgabe der ZHWi finden Sie das Positionspapier der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe. In der Überarbeitung befindet sich zurzeit ein weiteres Positionspapier zu Gewalt in der Geburtshilfe.

Standpunktpapiere dienen dazu, dass sich die DGHWi in aktuelle Kontroversen einbringt und ihren Standpunkt vertritt. Wie auch die Positionspapiere werden die Standpunktpapiere nicht auf Anfragen hin verfasst – in diesem Fall handelt es sich um eine Stellungnahme –

sondern z.B. als Reaktion auf Publikationen anderer Einrichtungen oder Gesellschaften. In der vorliegenden Ausgabe der ZHWi finden Sie ein Standpunktpapier zum BQS-Gutachten zu Geburtsschäden.

Allen Mitgliedern der DGHWi wird die Mitwirkung an der Erarbeitung von Stellungnahmen, Positions- und Standpunktpapieren ermöglicht. Zum einen können die Mitglieder diese Publikationsformate in Absprache mit dem Vorstand der DGHWi selbst erstellen. Zum anderen werden alle Entwurfsfassungen im internen Bereich der Website zugänglich gemacht. Die Mitglieder sind ausdrücklich aufgefordert, die jeweiligen Entwürfe zu kommentieren und ihre Änderungsvorschläge und Ergänzungen einzubringen. Während Stellungnahmen häufig sehr kurzfristig verfasst werden müssen, mitunter so kurzfristig, dass keine Zeit für die Kommentierung durch die Mitglieder bleibt, erlauben die beiden neuen Formate eine sechswöchige Frist. Die Überarbeitungen durch die Mitglieder werden von den Autor/innen berücksichtigt, wenn sie die Papiere abschließend bearbeiten. Ebenso wie Stellungnahmen werden auch Positionspapiere vor der Publikation durch den Vorstand geprüft und erst dann freigegeben. Die Positions- und Standpunktpapiere werden in der ZHWi jeweils unter der Rubrik Stellungnahmen publiziert.

Position der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

02. März 2020

In Deutschland haben Schwangere das Recht, den für sie und ihre Kinder passenden Geburtsort zu wählen. Sie können sich zwischen Hausgeburt, Geburtshaus (eigenständig bzw. auf dem Klinikgelände), Hebammenkreißsaal und herkömmlicher Geburtsstation in der Klinik entscheiden. Beratungsgespräche zu diesem Thema scheinen jedoch nicht immer ergebnisoffen zu verlaufen.

Die Wahlfreiheit ist ein hohes Gut und gilt für Interventionen jeglicher Art. Gerade weil sich für «low risk» Schwangere Hinweise darauf mehren, dass die Klinikgeburt Nachteile birgt, sollte einer einseitigen Beratung in diese Richtung entgegengewirkt werden. Auch wenn sich diese Hinweise nicht auf randomisierte kontrollierte Studien beziehen können, sollte überprüft werden, ob die vorliegende Evidenz berücksichtigt und dementsprechend beraten wird.

Das Recht auf Wahlfreiheit des Geburtsortes

Im § 24f SGB V werden verschiedene Geburtsorte explizit aufgeführt. Die entsprechenden Erläuterungen stellen heraus, dass damit auch ein Anspruch auf eine außerklinische Geburt normiert wird [4: S. 23, 24]. Das Recht der Schwangeren, den Geburtsort selbstbestimmt zu wählen, ist ebenfalls Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes,

welches in Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes verankert und zudem ein Menschenrecht [11]. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat im sog. Tzernovszky-Urteil die freie Wahl des Geburtsorts als eine Form der Ausübung körperlicher Autonomie anerkannt [6]. Als solches ist das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts durch Artikel 8 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention, dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens, geschützt [7].

Wissenschaftliche Evidenz zum Geburtsort

Der Beweis, dass einer der Geburtsorte besser ist als der andere, wurde mit Etablierung der Klinikgeburt nicht geführt. Aussagekräftige, randomisierte kontrollierte Studien, wie sie Olsen und Clausen [13] für ihr Cochrane Review gesucht haben, gibt es nicht und wird es in Zukunft auch nur schwerlich geben, wie Dowswell und Kollegen [5] aufgezeigt haben.

Die zurzeit umfassendste verfügbare wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wahl des Geburtsortes bieten neben dem erwähnten Cochrane Review [13] eine im Jahr 2014 verfasste und 2017 aktualisierte Leitlinie des National Institute for Health and Care

Excellence [12] aus dem Jahr 2017 sowie zwei systematische Literatur-reviews von Scarf et al. [16] aus dem Jahr 2018 sowie Hutton et al. [9] aus dem Jahr 2019.

Sowohl NICE [12] als auch Scarf et al. [16] betonen die Vorteile hebam-mengeleiteter und außerklinischer Geburtsumgebungen für Erst- und Mehrgebärende und beziehen sich dabei auf Schwangere mit nur wenigen Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf («low risk»). So weist eine retrospektive Analyse von 1.631 Hausgeburten in Norwegen auf eine niedrigere Interventions- und Komplikationsrate im Vergleich zu einer Zufallsstichprobe von 16.310 Klinikgeburten hin. Für die primären Outcomeparameter vaginal operative Geburt, Kaiserschnitt, Dystokie, PDA, Episiotomie, Sphinkterverletzung und postpartale Blutung zeigten sich sowohl für Erst- als auch für Mehrgebärende vergleichbare bzw. niedrigere Raten als bei den Klinikgeburten. Für das sekundäre Outcome perinatale und neonatale Mortalität lagen die Raten der Hausgeburten niedriger, jedoch konnte aufgrund der geringen Größe der Studiengruppe keine statistische Signifikanz erzielt werden [2].

Auch in der Birthplace-Studie [1] zeigten sich Vorteile der außerklini-schen Geburtsorte im Vergleich zur Klinik. So hatten gemäß dieser prospektiven Kohortenstudie Frauen in der Außerlinik eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine Spontangeburt als Frauen in der Klinik und wiesen ein geringeres Risiko für Interventionen im Verlauf der Geburt auf. Die Wahrscheinlichkeit für eine interventionsarme Geburt lag in den Kliniken bei 58%, in Geburtshäusern bei 76% bis 83% und bei geplanten Hausgeburten bei 88%. Weiterhin wurde die sub-partale, geburtsbedingte neonatale Mortalität und Morbidität untersucht. In dieses Outcome eingeschlossen sind Fälle von Enzephalopathie durch Sauerstoffunterversorgung, Mekoniumaspirationssyndrom, Verletzung und Frakturen (Brachialplexus, Humerus- oder Clavicula-fraktur).

Es zeigten sich im Gesamtvergleich zwischen klinischen und außerklini-schen Geburtsorten keine statistischen Unterschiede hinsichtlich des zusammengesetzten Outcomeparameters «neonatale Mortalität und Morbidität». Bei der Subgruppenanalyse ergab sich für Kinder von Mehrgebärenden in keinem außerklinischen Setting ein signifikanter Unterschied zur Klinik. Für Kinder von Erstgebärenden scheint ein leichter Nachteil bei der Wahl einer Hausgeburt vorzuliegen, jedoch nicht bei der Wahl einer Geburtshausgeburt. Die Inzidenz bei Erstgebä-renden für diesen kindlichen Outcomeparameter liegt für Hausgeburten (9,3 auf 1.000 Geburten) leicht über der Inzidenz in der Klinik (5,3 auf 1.000 Geburten) mit einer adjustierten OR von 1,75 (95% KI 1,07-2,86) siehe Birthplace in England Collaborative Group [1: Tabelle 3].

Dieses lediglich für Erstgebärende etwas schlechtere Abschneiden sollte erläutert werden: Die verglichenen Subgruppen der Erstgebärenden für Haus- und Klinikgeburten könnten eher heterogen sein, auch wenn sie den spezifischen, auf alle Teilnehmerinnen angewandten Filterkriterien entsprachen. Diese Annahme basiert darauf, dass bei Mehrgebärenden mehr Filterkriterien angesetzt werden konnten als für Erstgebärende: So wurden bspw. Frauen mit Zustand nach postpartaler Blutung ausgeschlossen. Die Birthplace-Studie diskutiert zudem, dass dieses Ergebnis eventuell einen Zufallsbefund darstellt. Nicht zuletzt ist die Stärke des Effektes für das neonatale Outcome fraglich, da es sich aus der subpartalen, geburtsbedingten Morbidität und Mortalität zusammensetzt, ohne Berücksichtigung des Schweregrades. Trotz

dieser groß angelegten nationalen Studie reicht die Anzahl der einbezo-genen Geburten nicht aus, um ein aussagekräftiges Ergebnis für jedes einzelne Outcome, wie Atemstörung oder subpartale Mortalität, zu erhalten. Zudem kann eine prospektiv angelegte Kohortenstudie höchstens Zusammenhänge mit dem Geburtsort, jedoch keinen Einfluss des geplanten Geburtsortes auf das Outcome erkennen.

Die aktuelle systematische Übersichtsarbeit von Scarf et al. [16] wertet publizierte Studien zum Vergleich von Geburten in Begleitung ausgebil-deter Hebammen in Industrieländern nach geplantem Geburtsort aus. Das Outcome der Kinder von Erstgebärenden stellt sich besser dar, als es die Birthplace Studie vermuten lässt. Es können keine Unterschiede in Bezug auf die Rate der Totgeburten, der neonatalen Todesfälle und Verlegungen auf eine Intensivstation festgestellt werden, gleichgültig ob die Erstgebärende die Klinik oder die Hausgeburt wählt [16: Tabelle 3]. Dagegen wurden die Vorteile der außerklinischen Geburt bezogen auf den Geburtsmodus (Spontangeburt) sowie die Vermeidung von Inter-ventionen bestätigt. Das Review von Hutton et al. [9] bestätigt die hier dargestellten Ergebnisse.

In Deutschland sind Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe zur Teilnahme an der Erfassung der Perinataldaten bei der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) verpflichtet (Geburtshäuser seit 2008, für Hausgeburten seit Oktober 2015). Diese jährlichen Berichte können nicht zum direkten Vergleich mit Klinikdaten herangezogen werden. Die Arbeit von Petersen et al. [14] bietet dage-gen erstmals für Deutschland (Niedersachsen) prospektiv erhobene Daten. Allerdings sind die Gruppen der «low risk» Erstgebärenden (außerklinisch n= 152, klinisch n= 439) zu klein, um das Outcome der Kinder beurteilen zu können.

Evidenzbasiert zum Geburtsort informieren

Fehlendes Wissen zu evidenzbasierten Daten in Hinblick auf den außerklinischen Geburtsort kann auch in Deutschland gegeben sein, wie es Vedam et al. [19] für Kanada aufzeigen. Oft werden Beratende auch durch gesellschaftliche Standards ihrer jeweiligen Herkunftskultur oder sozio-kulturelle Einstellungen zum Thema Risiko daran gehindert, die vorhandene Evidenz zu vermitteln [3, 12]. Aus den veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes, des Instituts für Qualitäts-sicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie von QUAG kann angenommen werden, dass ein bis zwei Prozent aller Schwangeren bundesweit geplant in einem außerklinischen Geburts-setting gebären, die Hälfte davon wählt die Hausgeburt. Von diesen Frauen wiederum erwartet nur etwa ein Viertel das erste Kind. Im Jahr 2018 waren dies 1.461 Erstgebärende, von denen 72% nicht verlegt wurden und die Geburt zu Hause erlebten [15: S. 33, Tabelle 40].

Informationen wie diejenige, dass Erstgebärende im Vergleich zu Mehr-gebärenden eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, während der Geburt verlegt zu werden, gehört zu der Aufklärung hinsichtlich des außerklinischen Geburtsortes hinzu. Im außerklinischen Tätigkeitsfeld werden bei Bedarf bereits vor Ort Notfallmaßnahmen eingeleitet – wie es auch in der Klinik geschehen würde. Dadurch ist in der Regel bei einem eintretenden Notfall genügend Zeit zum Transfer in die Klinik gegeben. Wenn die Gebärende eine Klinikgeburt wählt, sollte es ebenso selbstverständlich sein, über die höhere Wahrscheinlichkeit für Interventionen aufzuklären.

Schlussfolgerung

Die Wahlfreiheit und die Selbstbestimmung der Schwangeren in Bezug auf den Geburtsort sind hohe Güter. Die bestehende wissenschaftliche Evidenz zeigt Vorteile für Mutter und Kind, wenn eine außerklinische Geburt angestrebt wird – insbesondere für die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Geburt ohne Interventionen. In Bezug auf die Morbidität und die Mortalität der Kinder sind die Ergebnisse nicht eindeutig und daher nicht entsprechend belastbar. Die wissenschaftliche Evidenz sollte allen Schwangeren in aufbereiteter Form zur Verfügung stehen.

Forderungen der DGHWi

- ◆ Ausgehend von der Wahlfreiheit sollten Schwangere entsprechend ihren Wünschen zum Geburtsort unterstützt werden.
- ◆ Informationen und Beratungen zum Geburtsort – gleichgültig ob klinisch oder außerklinisch – sollten sich auf eine evidenzbasierte Grundlage beziehen, welche von den relevanten Fachgesellschaften gemeinsam für die Schwangeren zu erarbeiten ist.
- ◆ Als einen der erforderlichen Schritte zur Sicherstellung eines nicht nur auf dem Papier, sondern auch tatsächlich bestehenden Wahlrechts in Bezug auf den Geburtsort fordert die DGHWi alle

relevanten Berufsverbände und Fachgesellschaften auf, ihre Mitglieder anzuhalten, in Fragen zum Geburtsort auf eine solche, stetig zu aktualisierende Grundlage zurückzugreifen.

¹„Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung“, siehe Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. § 24f SGB V Entbindung.

²„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (Grundgesetz, Artikel 2 Abs. 1)

Das Positionspapier stand den Mitgliedern der DGHWi vom 22.08.2019 bis zum 22.9.2019 zur Kommentierung zur Verfügung. Das Positionspapier ist zum 28.02.2024 zur Überarbeitung vorgesehen.

Autorinnen:

Dr. Christine Loytved, Mandy Funk, Laura Andrea Zinßer für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. 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.
2. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95(4):420–428.
3. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk & Society*. 2014;16(1):51–67.
4. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/10170 – Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss): Bericht des Abgeordneten Willi Zylajew. 2012. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/101/1710170.pdf>
5. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Raisler J, Macfarlane A, et al. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? *Br Med J*. 1996;312(7033):753-757.
6. European Court of Human Rights. Tzernovszky v. Hungary. 2010. Application no. 67545/09, European Court of Human Rights. Ref type: case. 2010.
7. European Court of Human Rights. Annual Report 2016. Verfügbar unter: www.echr.coe.int/Documents/Annual_report_2016_ENG.pdf
8. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404).
9. Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2019;14:59–70. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.07.005
10. IQTiG. QS-Verfahren Geburtshilfe, Bundesauswertung 2017. 2018.
11. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*. 2017;14:17.
12. NICE Guideline. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. Verfügbar unter: nice.org.uk/guidance/cg190.
13. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9: CD000352.
14. Petersen AK, Köhler L-M, Schwarz C, Vaske B, Gross MM. Outcomes geplanter außerklinischer und klinischer Low-Risk Geburten in Niedersachsen. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2017;221(04):187–197.
15. QUAG. Qualitätsbericht 2018 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten; 2019.
16. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018; 62:240–255.
17. Sozialgesetzbuch (SGB V). Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. § 24f SGB V Entbindung.
18. Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene sowie Statistisches Bundesamt Grunddaten der Krankenhäuser, Tab.-Blatt 2.14.1
19. Vedam S, Stoll K, Schummers L, Fairbrother N, Klein MC, et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:353.