

#sichereGeburt evidenzbasiert aus Elternsicht

Grundlagen einer sicheren Geburtshilfe

Was ist unter einer qualitativ guten Geburtshilfe zu verstehen? Welche wissenschaftlichen Grundlagen definieren eine sichere Geburt?

Qualität der Geburtsbegleitung

Angelehnt an das gängige Qualitätsmodell im Gesundheitswesen nach Donabedian lässt sich Qualität in der Geburtshilfe in drei Bereiche unterteilen:

- Struktur (structure),
- Ablauf (process),
- Ergebnis (outcome).

1. Strukturqualität

Strukturqualität beinhaltet die räumlichen Gegebenheiten, die Qualifikation und Zahl des Personals, die Vorhaltung von Notfallequipment, etc.

Messbare Qualitätsmerkmale sind hier die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Geburtsräumen mit gut ausgebildeten sowie nicht überlasteten Geburtshelfern/innen. Regelmäßige Fortbildungen des Personals sowie Notfalltrainings steigern die Qualität ¹. Alle Krankenhäuser müssen die Einsatzbereitschaft von OP-Teams innerhalb kurzer Zeit (Entscheidungs-Entwicklungszeit - die sog. E-E-Zeit - unter 20 Minuten) sowie bei Perinatalzentren zusätzlich die Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten garantieren können.²

2. Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt die organisatorischen Abläufe.

¹ Draycott, T et al.: Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome?. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113: 177–182. doi: 10.1111/j. 1471-0528.2006.00800.x, 2006.

² Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf, 2016.

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

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

info@mother-hood.de
www.mother-hood.de

Geschäftsführender Vorstand:
Katharina Desery
Franziska Kliemt
Myriam Maldacker



Für Gebärende sind insbesondere die kontinuierliche Begleitung durch Hebammen während der gesamten Geburt, die Qualität der Beziehung zu den Geburtshelfern sowie die Einbeziehung in Entscheidungen wichtig.³

Notwendige Eingriffe in den Geburtsverlauf sollten immer evidenzbasiert sein (d. h. ihr Nutzen wurde wissenschaftlich erwiesen) sowie nach ausführlicher Aufklärung und Einwilligung der Gebärenden stattfinden. Dies setzt eine gute Strukturqualität (individuelle Begleitung durch qualifiziertes Personal) voraus.

3. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beinhaltet die physische und psychische Unversehrtheit von Kind und Mutter.

Neben der Anzahl von Todesfällen lassen sich zur Qualitätssicherung folgende Parameter erfassen:

Die Raten von Kaiserschnitten, Dammschnitten, hochgradigen Dammrissen und vaginal operativen Geburten sowie die Anzahl von Neugeborenen mit niedrigem APGAR-Score und PH-Wert sollten möglichst gering, der Anteil gemeinsam entlassener Mutter-Kind-Paare möglichst hoch sein.⁴

Nicht erhoben wird bisher das psychische Outcome der jungen Familien und Kinder.

³ Hodnett ED: Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 186: S60–S72, 2002.

⁴ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2016), Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015 : Geburtshilfe-Qualitätsindikatoren, 2016. (https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2015/2016-05-25/QIDB_2015_INDIREKT_PDF/QIDB_2015_indirekte_Leistungsbereiche/BuAw_2015_INDIREKT/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2015.pdf)

Erforderliche evidenzbasierte Merkmale aus Elternsicht

Geburt ist der Beginn eines neuen Lebens für die ganze Familie, insbesondere aber für MutterBaby. Dieser Begriff ist übernommen aus dem englischen „MotherBaby“ der IMBCO⁵. Er bezieht sich auf die Symbiose Mutter-Kind während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebensphase.

Eltern, Familien insgesamt, Ärzte, Hebammen - alle wünschen sich für Kinder einen sicheren Start ins Leben. Wie kann dieser gelingen? Gibt es bestimmte Voraussetzungen bzw. Merkmale, die eine Geburt besonders "sicher" werden lassen und das Risiko von (bleibenden) physischen und psychischen Schäden verringern?

Aus wissenschaftlicher Sicht und bezogen auf MutterBaby, tragen folgende Merkmale zu einer guten und sicheren Geburtshilfe bei:

1. Erreichbarkeit und Zugänglichkeit in 20–30 PkW-Minuten

Eine längere Fahrzeit zum Geburtsort „ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und schlechteren Geburtsverlauf bei den Frauen verbunden.“⁶

Deshalb müssen geburtshilfliche Angebote als Akutversorgung auf Ebene der Notfall- und Grundversorgung mit in die Krankenhausplanung aufgenommen werden.

Eine wohnortnahe Versorgung entspricht auch den Forderungen der Deutschen Ersatzkassen für eine bessere Erreichbarkeit und Qualität der Klinikstrukturen.⁷

Die geburtshilflichen Angebote müssen den örtlichen Bedarfen entsprechen, um deren Zugänglichkeit für die Mütter gewährleisten zu können.

2. Kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Bezugshebamme

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung durch eine Bezugshebamme während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett verhindert eine Vielzahl

⁵ IMBCO: MotherBabyRights. (<http://imbco.weebly.com/motherbaby-rights.html>)

⁶ Ravelli AC et al.: Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands, International Journal of Obstetrics & Gynaecology, BJOG, 2010.

⁷ VdEK, Pressemeldung: Krankenhausplanung 2.0: vdek und RWI stellen Gutachten zur Reform der Krankenhausstrukturen vor, 21.10.2014. (www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2014/pk_krankenhausplanung.html)

unnötiger Interventionen und Kaiserschnitte, die mit langfristigen gesundheitlichen Folgen für Kinder und Mütter verbunden sein können.^{8,9}

Eine Cochrane-Analyse belegt, dass es bei dem Betreuungsmodell der kontinuierlichen 1:1-Betreuung zu deutlich weniger Periduralanästhesien (PDAs), weniger Dammschnitten (Episiotomien), weniger operativen Geburten (Saugglocke, Zange), weniger Frühgeburten kommt und die Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt erhöht ist.¹⁰

Laut einer Studie des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) über angestellte Hebammen aus dem Jahr 2015¹¹, betreuen derzeit 46 Prozent der Hebammen oft mehr als 3 Frauen gleichzeitig. Die Folgen sind mehr Interventionen, höhere Risiken, Traumatisierungen und deutlich weniger gesunde Geburten, als durch eine bessere Betreuung möglich wären.

Unzureichend betreute Geburten bergen nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko für Kind und Mutter, sondern als dessen Folge auch hohe Kosten für unsere Solidargemeinschaft.

3. Weniger (Routine-)Interventionen

Eingriffe in den Geburtsverlauf sollten nach höchsten wissenschaftlichen Standards durchgeführt und Routine-Interventionen vermieden werden. Hier gilt es, unnötige Eingriffe in den Geburtsverlauf zu vermeiden. Dazu zählen Routinen, die nicht individuell abgewägt werden. Derzeit finden nur rund 7% aller Geburten ohne Interventionen statt.¹²

Der Nutzen vieler gängiger (Routine-)Interventionen ist nicht ausreichend belegt (z.B. kontinuierliche CTG-Überwachung in der Austreibungsphase, Kristeller-Manöver, Anleitung zum Pressen, Episiotomien, sofortiges Abnabeln,

⁸ The Lancet Midwifery 2014.

⁹ Oonagh E. Keag et al.: Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis, 2018. (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002494>)

¹⁰ Cochrane-Review 2013: "Hebammengeleitete Kontinuitätsmodelle im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen während der Schwangerschaft", 2013. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>)

¹¹ Umfrage des Deutschen Hebammenverbandes 2015 zur „Arbeitssituation der angestellten Hebammen in Kliniken, 2015.

¹² Schwarz, C.M.: Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen. Dissertationsschrift TU Berlin, 2008. (https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf)

etc.). Diese sollten nur nach sorgfältiger Risikoabwägung im Einvernehmen mit der Gebärenden angewendet werden.¹³

4. Medizinisch notwendige Kaiserschnitte (max. 15-17 %)

Die Kaiserschnitttrate muss gesenkt werden. In Deutschland wird heute mehr als jedes dritte Kind per Sectio geboren - mit den bekannten Folgen für Kind und Mutter (Atemstörungen; Bindungsstörungen, Depressionen, längere KH-Verweildauer, Fehlbesiedlung des Darmes, vermuteter Zusammenhang mit Asthma und Diabetes, etc.). Jeder vermeidbare Kaiserschnitt ist also sowohl volkswirtschaftlich, als auch individuell ein Gewinn.¹⁴

Laut einer aktuellen Bewertung der WHO verbessert eine Sectiorate von über 10%-15% nicht die Mortalitäts- und Morbiditätsraten für Kind und Mutter.¹⁵

5. Zufriedenheit und „informed consent“

Die Zufriedenheit mit der Geburt ist eine subjektive Größe, die von vielen Faktoren abhängt. Die Erfahrungen der Mütter während der Geburt geben einen wichtigen Indikator für die Qualität einer MutterBaby-zentrierten Geburtshilfe. Eine positive und als selbstbestimmt erlebte Geburtserfahrung (auch, wenn die Geburt möglicherweise schwierig war) wirkt sich nachweislich positiv auf MutterBaby und die Familienbildungsphase aus. Zudem ist sie eine wichtige Voraussetzung für die Bindungs-, Entwicklungs- und Stillförderung nach WHO-B.E.S.T.©-Kriterien¹⁶.

Geburtshelfer/innen sollte bewusst sein, dass eine Geburt für jede Frau ein besonderes, einmaliges und auch intimes Ereignis ist, das nach einem achtsamen Umgang verlangt.

¹³ Reed, R.: Midwifery practice during birth: Rites of passage and rites of protection. Dissertationsschrift University of the Sunshine Coast, Australien, 2013. (<http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:10789>)

¹⁴ Knappe, N.: Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte, Die Hebamme, 23(3), 2010.

¹⁵ WHO-Mitteilung: Dramatische Zunahme von Kaiserschnitten, 1.6.2015. (www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2015/06/dramatic-increase-in-caesarean-sections)

¹⁶ WHO / UNICEF: 10 Schritte zu einer babyfreundlichen Einrichtung, <https://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/10-schritte.html>

Ziel ist deshalb eine MutterBaby-zentrierte, individuelle und evidenzbasierte Geburtshilfe, bei der Entscheidungen über Eingriffe und Untersuchungen im Sinne von „informed consent“¹⁷ durch die Gebärende getroffen werden.

Qualität und Merkmale im Überblick

Bereich	Ziel	Voraussetzungen
Strukturen	Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • wohnortnahe geburtshilfliche Angebote (max. 20-30 PkW-Minuten)
	Zugänglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • geburtshilfliche Angebote (außerklinisch und klinisch in allen Versorgungsstufen) und deren Kapazitäten entsprechend dem Bedarf
	Betreuungsintensität	<ul style="list-style-type: none"> • verbindlicher Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung • aufwandsgerechte Vergütung
Abläufe	Kontinuität schafft Vertrauen während Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett	<ul style="list-style-type: none"> • kontinuierlicher Betreuungsbogen durch Bezugshebamme und -Arzt/-Ärztin während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
	Individualität der Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Personalschulungen • weniger Routine-Interventionen & individuelles Abwägen • bedarfsgerechte Personalplanung • aufwandsgerechte Vergütung
	Zeit für die Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> • bedarfsgerechte Personalplanung • Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gebärenden im individuellen Geburtsverlauf • aufwandsgerechte Vergütung
	Empathie und Miteinbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsschlüssel 1:1 • bedarfsgerechte Personalplanung • fördert die Zufriedenheit und „informed consent“ • aufwandsgerechte Vergütung
	Ergebnisse / Outcome	physische und psychische Unversehrtheit von Kind und Mutter

¹⁷ O'Boyle, C: Why Informed Consent is Important in the Exercise of Maternal Choice In A Symon (Hrsg), Risk and Choice in Maternity Care. An International Perspective (S. 23-33) Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2006.



Ansprechpartnerinnen Mother Hood e.V. :

Lydia Abdallah,

AG Klinische Geburtshilfe

E-Mail: l.abdallah@mother-hood.de

Franziska M. Kliemt

Geschäftsführender Vorstand / Bundeskoordination

E-Mail: f.kliemt@mother-hood.de