Interventionen kritisch hinterfragen: Erfahrungen im Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg

Dr. med. Ute Taschner und Dr. med. Bärbel Basters-Hoffmann, Freiburg

Eltern und Geburtshelfer wünschen sich heute eine nahezu 100 %-ige Sicherheit für Mutter und Kind. Im Bemühen darum kommt es im Verlauf der Geburt immer häufiger zu Interventionen. Es stellt sich nun die Frage, ob eine Geburtshilfe die hohen Ansprüche an das mütterliche und kindliche Outcome erfüllen kann, wenn sie mit möglichst wenigen medizinischen Eingriffen auskommt?

Hintergründe

Über 90 % aller Frauen mit einem niedrigen Risiko für Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt erleben derzeit während der Geburt medizinische Eingriffe [1]. Diese ziehen häufig weitere medizinische Maßnahmen nach sich, wodurch eine so genannte **„Interventionskaskade“** in Gang gesetzt werden kann. Am Ende stehen oftmals Sectiones oder andere operative Methoden mit dem Ziel, die Geburt zu einem raschen Abschluss zu bringen.

Mütter, die derartige Geburten erlebt haben, leiden häufig unter **psychischen Folgen** und das Geschehen kann sich ungünstig auf die aktuelle **Mutter-Kind-Bindung** auswirken. Darüber hinaus haben operative Eingriffe während der Geburt Konsequenzen für nachfolgende Schwangerschaften und Geburten. So kann z. B. der Kaiserschnitt, der zur Reduzierung eines Risikos während einer Schwangerschaft und Geburt durchgeführt wurde, u. U. die Risiken während nachfolgender Schwangerschaften und Geburten erhöhen.

Wir treffen in der aktuellen Geburtshilfe nicht nur auf Frauen mit einem oder mehreren Kaiserschnitten in der Vorgeschichte, sondern auch auf jene Frauen, die ihre zurückliegenden Geburtserfahrungen so erinnern, dass sie sich eine weitere „natürliche“ Geburt nicht mehr vorstellen können.

Deshalb sollten geburtshilfliche Eingriffe jeder Art genau hinterfragt werden. Der Nutzen des jeweiligen Eingriffs muss gegen die Risiken abgewogen werden – sowohl für den aktuellen Geburtsverlauf als auch für zukünftige Schwangerschaften und Geburten.

Das Diakoniekrankenhaus Freiburg ist eine C3 Klinik der Regelversorgung, in die gesunde Schwangere ab der 35 + 0 SSW aufgenommen werden. Seit dem Jahr 2003 ist die geburtshilfliche Abteilung als „Babyfreundlich“ zertifiziert. Die stetig steigenden Geburtenzahlen zeigen eine hohe Akzeptanz des geburtshilflichen Konzeptes. Im Jahr 2013 wurden 1.422 Geburten begleitet.

Die Analyse der Daten der Abteilung für Geburtshilfe am Evangelischen Diakoniekrankenhaus Freiburg zeigt im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung einen gegenläufigen Trend: einen **Rückgang der Interventionsraten** und eine **Zunahme an Spontangeburten**. Wir haben uns die Frage gestellt, wie sich unser Bemühen um möglichst wenige medizinische Eingriffe auf die **Komplikations- und Verlegungsraten** bei Mutter und Kind auswirkt. Dazu haben wir das Outcome im Diakoniekrankenhaus mit dem Outcome vergleichbarer C3 Kliniken (Chefarztkliniken mit 1000 – < 1500 Geburten pro Jahr) bzw. allen Kliniken in Baden-Württemberg verglichen. Die ausgewerteten Daten stammen von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK®) Stuttgart oder wurden klinikintern erfasst [2].

Interventionen

Sectiorate

Innerhalb der letzten Jahre **sank** die Sectiorate im Diakoniekrankenhaus entgegen dem allgemeinen Trend **kontinuierlich** von 30,3 % im Jahr 2009, auf 22,5 % im Jahr 2013 (Abb. 1).

Abb. 2 zeigt, dass vor allem der Anteil primärer Sectiones in den letzten Jahren stark zurückging und zuletzt nur noch bei 22,8 % aller durchgeführten Sectiones lag. Knapp 80 % sind geplante und ungeplante Kaiserschnitte **nach Wehenbeginn** (Abb. 2).

Obwohl die Rate sekundärer Sectiones inzwischen auf knapp 80 % aller Kaiserschnitte stieg, war nur in 2,2 % der Fälle eine **Notsectio** erforderlich. Die durchschnittliche Rate an Notsectiones liegt in Baden-Württemberg und in vergleichbaren C3 Kliniken bei 3,4 % (Abb. 3).

Den deutlichen Rückgang der Kaiserschnitte führen wir vor allem auf eine

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

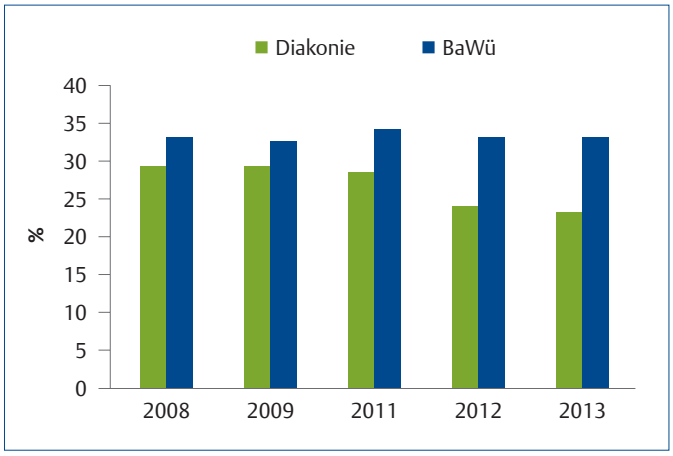

Abb. 1 Sectiones: Vergleich Diakonie und alle Kliniken BW 2008–2013.

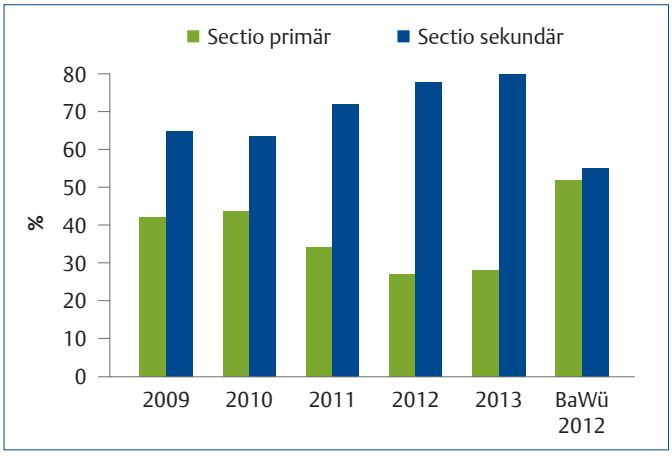

Abb. 2 Primäre und sekundäre Sectiones: Vergleich Diakonie 2009–2013 und alle Kliniken BW 2012.

einfühlsame und **ergebnisoffene Beratung** der Frauen mit relativen Sectio-Indikationen zurück sowie auf eine individuelle, die Bedürfnisse der einzelnen Frau respektierende Begleitung. Auch nach einem oder mehreren Kaiserschnitten, bei Zwillingsschwangerschaften oder Kindern in Beckenendlage (BEL) können Frauen, wenn es medizinisch vertretbar ist, ihre Kinder auf natürlichem Weg zur Welt bringen.

Beckenendlage

Im Jahr 2013 stellten sich in der geburtshilflichen Abteilung des Diakoniekrankenhauses 87 Frauen mit Kindern in BEL vor. 39 Kinder kamen spontan zur Welt und 16 Kinder wurden durch einen zuvor geplanten Kaiserschnitt geboren. 32 Mütter begannen die Geburt auf natürlichem Weg und es kam später zur Sectio oder die geplante Sectio erfolgte beabsichtigt nach Wehenbeginn.

Die Voraussetzung für eine vaginale Geburt aus BEL ist bei Frauen, die noch nie vaginal geboren haben, ein **unauffälliges MRT des Beckens** und ein proportioniert gewachsenes Kind mit einem geschätzten **Geburtsgewicht, das nicht über 4000 g** liegen sollte. Haben Frauen bereits auf natürlichem Weg geboren, ist kein MRT des Beckens erforderlich.

Einige Frauen stellten sich mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt bei uns vor, obwohl eine Spontangeburt möglich gewesen wäre. Diese Entscheidung war zum Teil durch den niedergelassenen Gynäkologen angebahnt worden. Auch das persönliche Umfeld der Frau und Internetrecherchen spielten eine Rolle.

Zustand nach Sectio

208 Frauen, die sich im Jahr 2013 zur Geburt im Diakoniekrankenhaus vorstellten, hatten bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte erlebt. Bei 18 % dieser Frauen wurde ein geplanter, erneuter Kaiserschnitt ausgeführt. 43 % erlebten eine natürliche Geburt und bei knapp 39 % dieser Frauen erfolgte der wiederholte Kaiserschnitt geplant oder ungeplant nach Wehenbeginn (Abb. 4).

Damit liegt die Rate wiederholter Kaiserschnitte am Diakoniekrankenhaus mit 57 % **deutlich niedriger**, als im deutschlandweiten Vergleich von 74 % [3].

Geplante Sectio nach Wehenbeginn

Wann immer möglich, werden im Diakoniekrankenhaus Frauen vor geplanter Sectio dazu ermutigt, den Wehenbeginn abzuwarten. Alternativ wird der Kaiserschnitt möglichst nahe am ET eingeplant. Bonding im OP–Saal und eine angemessene Stillbegleitung sind ein **verbindliches Vorgehen**, von dem nur abgewichen wird, wenn der Gesundheitszustand

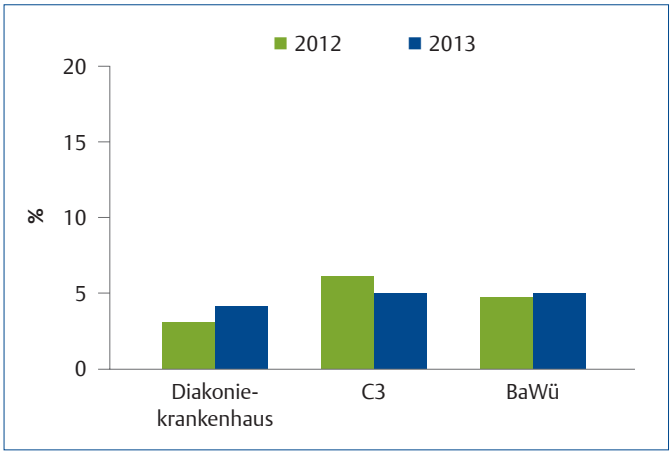

Abb. 3 Notsectiones: Vergleich Diakonie, alle C3 Kliniken BW, BW gesamt 2012–2013.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

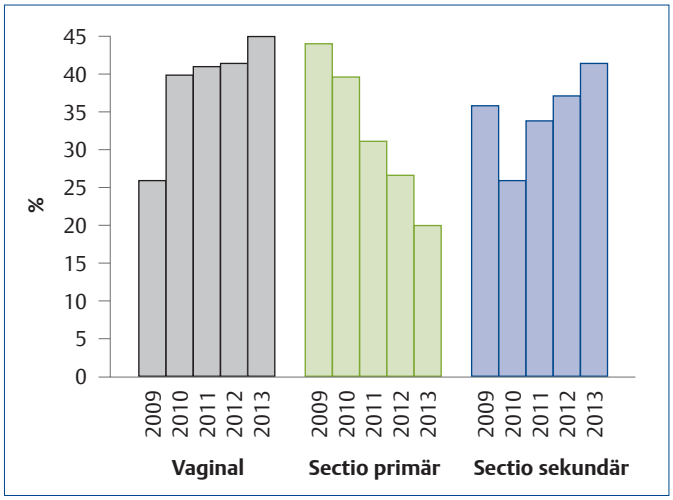

Abb. 4 Geburtsmodus nach Z. n. Sectio im Diakoniekrankenhaus 2009–2013.

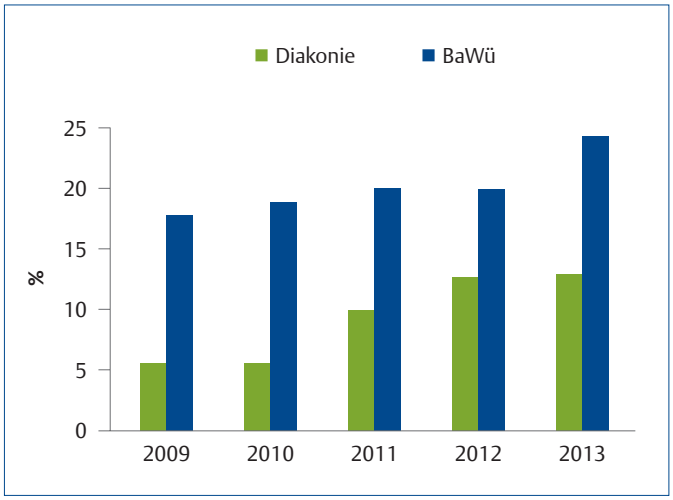

Abb. 5 Geburtseinleitungen: Diakonie und alle C3 Kliniken in BW.

von Mutter oder Kind dies nicht zulässt oder die Mutter dies ausdrücklich nicht wünscht.

Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass Neugeborene nach Geburt sehr viel seltener auf die Neonatologie verlegt werden müssen. So gab es im Jahr 2013 bei geplanten Kaiserschnitten keine einzige Verlegung eines Kindes wegen **Anpassungsstörungen**. Zudem verlieren gestillte Neugeborene, die durch eine Sectio nach Wehenbeginn geboren werden, in den ersten Tagen **weniger Gewicht** als Neugeborene nach primärer Sectio, denn bei einem geplanten Kaiserschnitt vor Wehenbeginn ist der mütterliche Milcheinschuss verzögert und der Stillbeginn insgesamt erschwert [4].

Spontangeburten

Aufnahme zur Geburt

Je früher Frauen nach dem Geburtsbeginn eine Geburtsklinik aufsuchen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie medizinische Interventionen und Kaiserschnitte erfahren [1]. Deshalb werden Frauen, die sich zu einem sehr frühen Zeitpunkt mit Geburtsbeginn bei uns vorstellen, ermutigt, noch **einige Zeit außerhalb der Klinik** zu verbringen, es sei denn, die Frau fühlt sich sehr unsicher oder wünscht ausdrücklich die Aufnahme in die Klinik. So wurden weniger Frauen (48 %) bereits in einem frühen Stadium der Geburt (MM zwischen 0–3 cm) in die Klinik aufgenommen im Vergleich zu 65,2 % aller Frauen im Vergleichskollektiv in Baden-Württemberg.

CTG Kontrollen

Bei risikoarmen Spontangeburten wird das CTG normalerweise in **zweistündigen Intervallen** aufgezeichnet. Die kontinuierliche Ableitung erfolgte lediglich bei 20 % aller Geburten und nur, wenn dafür ein Grund vorlag, während dies in den Vergleichskliniken (C3) bei knapp 37 % der gebärenden Frauen geschah.

Gebärpositionen

In unserer Klinik werden Frauen aktiv angeleitet, die **Gebärposition** frei zu wählen. So fanden nur 28 % der Geburten in liegender oder halbliegender Position statt, 34 % der Frauen entschieden sich für eine Geburt aus einer vertikalen Gebärposition (Vierfüßler, Hocke, Gebärhocker, Seil) und 6 % wählten eine Geburt im Wasser.

Operative vaginale Entbindungen

In der Gruppe der Frauen, die eine vaginale Geburt erlebten, wurde bei 16 % der Geburten eine Vakuumextraktion (VE) durchgeführt. Sicherlich lässt sich dieser hohe Wert zum Teil durch die niedrige Sectiorate der Abteilung erklären. Dennoch ist die Rate sehr hoch und das geburtshilfliche Team arbeitet daran, das Vorkommen zu reduzieren.

Episiotomien

Im Jahr 2013 erfolgte bei 4,4 % der Spontangeburten eine Episiotomie, wobei **keine einzige medio-laterale Episiotomie** durchgeführt wurde. Auch bei Vakuumextraktionen wird nach Möglichkeit auf eine Episiotomie verzichtet. Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche Episiotomierate in Baden-Württemberg bei 15 %. Dabei entfiel der größere Anteil, nämlich 11,5 %, auf medio-laterale Episiotomien.

Geburtseinleitungen

Insgesamt liegt die Rate an Geburtseinleitungen im Diakoniekrankenhaus deutlich unter dem Durchschnitt von Baden-Württemberg. Seit dem Jahr 2011 ist allerdings ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. So wurden im Jahr 2009 7,1 % aller Geburten eingeleitet (Baden-Württemberg: 18,5 %), im Jahr 2013 lag die Rate bereits bei 13,1 % (Baden-Württemberg: 25 %) (Abb. 5).

Klinisches Outcome

Darüber hinaus haben wir die Frage gestellt, wie sich unser Bemühen um möglichst wenige medizinische Eingriffe auf **Komplikations- und Verlegungsraten** bei Mutter und Kind auswirken. Dazu haben wir das Outcome der Frauen und Kinder

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

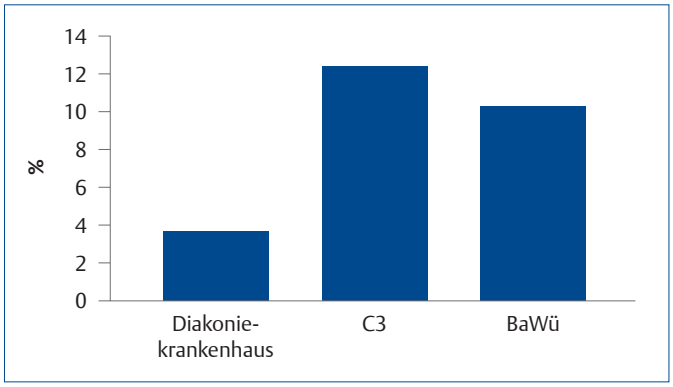

Abb. 6
Verlegung in die Kinderklinik: Vergleich Diakonie, C3 Kliniken in BW, alle Kliniken BW 2012.

im Diakoniekrankenhaus mit dem Outcome vergleichbarer C3 Kliniken (Chefarztkliniken mit 1000 – <1500 Geburten pro Jahr) in Baden-Württemberg verglichen [2].

Weichteilverletzungen bei der Mutter

Bei 12% der Mütter kam es während der Geburt zu einer leichtgradigen Verletzung des Dammes im Vergleich zu 15,9% in Baden-Württemberg.

Die Rate an Dammrissen II. Grades liegt im Diakoniekrankenhaus Freiburg mit 31,7% aller Geburten höher, verglichen mit dem BW-Durchschnitt von 21,9%. Im Diakoniekrankenhaus erfolgt nur selten eine Episiotomie (4%). Deshalb kommt es entsprechend häufiger zu Dammrissen II. Grades. 3,2% der Frauen, die im Diakoniekrankenhaus Freiburg geboren hatten, erlitten einen Dammriss III. Grades und bei 0,4% musste ein Dammriss IV. Grades versorgt werden. Die durchschnittliche Rate für Baden-Württemberg liegt etwas niedriger bei 1,9% DR III und 0,2% DR IV.

Durch die vergleichsweise geringe Rate von Kaiserschnitten und den Verzicht auf medio-laterale Episiotomien konnte die Anzahl von Frauen mit Geburtsverletzungen in den letzten Jahren deutlich gesenkt werden. Dafür waren etwas mehr Frauen als im landesweiten Durchschnitt von höhergradigen Dammverletzungen (DR III und DR IV) betroffen.

Darüber hinaus lag der Anteil schwerer Kinder (4000 g bis über 4500 g) im Diakoniekrankenhaus bei 11,2% im Vergleich zum BW-Durchschnitt mit nur 8,8% der Kinder. Dennoch kam es nur in 4 Fällen (0,3%) im Jahr 2013 zu einer **erschwerten Schulterentwicklung**, während der BW-Durchschnitt bei 0,4% lag.

Weitere mütterliche Komplikationen

Das Vorkommen von mütterlichen Komplikationen im Diakoniekrankenhaus, die unter „Komplikation im Wochenbett“ oder „allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ erfasst werden, stimmt mit dem Gesamtvorkommen in Baden Württemberg und in den vergleichbaren C3 Kliniken überein.

Etwas häufiger als im Durchschnitt (4,0% vs. 1,9%) treten im Diakoniekrankenhaus **Blutungen** mit einem Blutverlust von über 1000 ml auf. Dazu muss man anmerken, dass Blutverluste sehr häufig unterschätzt werden und deren Messung oftmals ungenau ist. Deshalb wird die Menge des Blutverlustes im Diakoniekrankenhaus **durch Wiegen** der verwendeten Tücher und Vorlagen annähernd exakt ermittelt.

Der mütterliche Hämoglobinwert (Hb) wird am 1. oder 2. Tag nach der Geburt bestimmt. Bei 24% der untersuchten Mütter war der Hb-Wert niedriger als 10g/dl. In vergleichbaren C3 Kliniken hatten nur 22,9% der Mütter einen Hb-Wert unter 10g/dl. Ob es in der Ver-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

gleichsklinik tatsächlich häufiger zu höheren Blutverlusten kommt und weshalb, wird aktuell durch das geburtshilfliche Team untersucht.

Totgeburten

Im Jahr 2013 wurden 5 Kinder tot geboren. Alle Kinder waren bereits ante partum, also vor Aufnahme der Mutter in die Geburtsklinik, verstorben. Die perinatale Mortalität lag bei 0,4% und entspricht damit dem durchschnittlichen Wert vergleichbarer C3 Kliniken und Kliniken Baden-Württembergs.

Kindliche Verlegungsraten

Im Diakoniekrankenhaus Freiburg mussten im Jahr 2009 4,9% der Neugeborenen in die Kinderklinik verlegt werden. Die Verlegungsrate nahm bis zum Jahr 2012 leicht ab auf 3,0% und stieg im Jahr 2013 auf 3,8% an. Die durchschnittliche Verlegungsrate aus vergleichbaren C3 Kliniken liegt bei 11,8% (Abb. 6).

Fazit

Es geht in der Geburtshilfe nicht darum, Interventionen um jeden Preis zu vermeiden oder sich bestimmte Vorgaben zu setzen. Vielmehr geht es darum, die Geburt als einen gesunden, physiologischen Prozess zu betrachten. Unser Ziel ist es, eine **Überversorgung** gesunder Frauen mit unauffälligen Schwangerschaften zu **vermeiden**. Dabei ist es uns wichtig, **individuelle Risiken** zu erkennen und diese Frauen dann adäquat zu begleiten. Grundlage unseres Handelns sollte deshalb stets die Maxime „primum non nocere“ sein – zuerst einmal nicht schaden.

Auch an unserer Klinik werden viele Kaiserschnitte und andere geburtshilfliche Interventionen aus relativer medizinischer Indikation durchgeführt. Diese Geburten werden jedoch gemeinsam in **regelmäßigen Teambesprechungen** kritisch analysiert, denn die Qualitätsentwicklung in einer geburtshilflichen Abteilung ist ein fortlaufender Prozess.

Die persönliche Haltung der Geburtshelfer zählt

Es stellt sich die Frage, welche Haltung der Geburtshelfer notwendig ist, um die Eingriffe in den physiologischen Ablauf der Geburt zu reduzieren, ohne dabei die Individualität der einzelnen Geburt und die Sicherheitsaspekte außer Acht zu lassen.

Die großen regionalen Unterschiede der Sectioraten in Deutschland zeigen deutlich, dass die persönliche Haltung des Geburtshelfers zum Gebären einen mindestens ebenso großen Einfluss im Alltag zu haben scheint, wie Leitlinien oder Studienergebnisse [3].

Manche Geburtshelfer sind davon überzeugt, dass die Geburt **ein fehlerbehaftetes System** ist, deren Gelingen unbedingt abhängig ist von der Befähigung der Geburtshelfer und der technischen Ausstattung einer Klinik.

Andere sind davon überzeugt, dass Frauen **gebären können**, Kinder **geboren werden wollen** und die Natur das **Leben schützen** will.

Unsere Haltung ist geprägt durch persönliche Erfahrungen, zum Teil durch eigenes Geburtserleben, unbedingt aber durch die aufmerksame Begleitung vieler Geburten von Anfang bis Ende und durch die (selbst-) kritische Betrachtung der Faktoren, die das Gebären beeinflussen.

Unsere Haltung wird spürbar, wenn es uns gelingt, in unserem geburtshilflichen Alltag geschützte Räume zu schaffen, in denen individuelles Gebären möglich ist.

Wir bemühen uns, jede Geburt individuell, vorurteilsfrei und respektvoll zu begleiten.

Die Kunst besteht darin, viel gesehen zu haben, viel zu wissen und zu können um wenig zu tun, aber schnell und richtig zu handeln, wenn es nötig ist.

In einer geburtshilflichen Einrichtung, in der dieser Geist lebt, wird folgerichtig eine Entwicklung hin zu weniger Intervention erfahrbar. Und dann wird unsere Haltung auch messbar, nämlich in Dammschnittraten, Kaiserschnittraten und im mütterlichen und kindlichen Outcome.

Literatur

1 Schwarz C. Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984–1999 in Niedersachsen. Dissertation. Berlin: TU 2008

2 Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus, Stuttgart

3 Faktencheck Kaiserschnitt 2012

4 Herb D et al. Hat der Geburtsmodus einen Einfluss auf die Gewichtsentwicklung des Neugeborenen? In: Geburtshilfe Frauenheilkd 2006

Dr. med. Ute Taschner
Kirnerstr. 10
79117 Freiburg
E-Mail: utaschner@web.de

Dr. med. Bärbel Basters-Hoffmann
Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg
Wirthstr. 11
79110 Freiburg
E-Mail: basters@diak-fr.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.