

HAUSGEBURT

Zu dem Beitrag „Die Hausgeburt ist wieder im Kommen“ von Dr. med. G. Beumer und Dr. med. S. Schönian in Heft 6/1992:

Bedürfnisse der Kinder beachten

Die perinatale Mortalität beträgt im Hausgeburts-hilf-Kollektiv nach allen vorliegenden Erhebungen etwa fünf Promille. Es sind in diesem Kollektiv nicht enthalten: Antepartale kindliche Todesfälle, Frühgeburten, Morbus haemolyticus fetalus etc. Mißbildungen sind selten.

In der perinatalen Mortalität der Klinikgeburts-hilf sind alle diese genannten Risiken enthalten. Ein direkter und unkorrigierter Vergleich der Ergebnisse der Hausgeburtshilfe mit denen der Klinikgeburtshilfe ist daher aus logischen Gründen nicht zulässig. Betrachtet man dagegen ein vergleichbar risikofreies Kollektiv, das demjenigen der Hausgeburtshilfe entspricht, kommt man auf eine perinatale Mortalität in der Klinikgeburtshilfe von 0,2 Promille.

Zusammenfassend ist die Sterberate von Kindern in der Perinatalzeit in der Hausgeburtshilfe zwanzigmal größer als in der Klinikgeburtshilfe.

In Publikationen, die sich befürwortend mit der Hausgeburtshilfe befassen, werden regelmäßig folgende typische Fehler begangen:

Wie ausgeführt, wird die perinatale Mortalität der Hausgeburtshilfe mit der der Klinikgeburtshilfe pauschal und ohne die Herstellung vergleichbarer Kollektive verglichen.

Die sogenannten Sekundäreinweisungen in die Klinik nach mißlungener und daher abgebrochener Hausgeburtshilfe werden statistisch der Klinikgeburtshilfe zugeordnet, gehören jedoch logischerweise zu den Versagern der Hausgeburtshilfe. Die perinatale Mortalität dieser Kinder aus Sekundäreinweisungen ist extrem hoch. Die Zahlen schwanken erheblich,

so daß Mittelwerte nicht angegeben werden sollen.

Jedem einigermaßen geburtshilflich erfahrenen Arzt sind Fälle bekannt, in denen Gefahren völlig unerwartet auftreten und in denen häufig das kindliche Leben nur durch sofortiges Eingreifen zu retten ist. Dieser Prozentsatz beträgt in der Klinikgeburtshilfe zwischen 11 und 17 Prozent aller Geburten. In vielen Haftpflichtprozessen werden Schadenersatzansprüche auf ein versäumtes oder zu langsames Durchführen der lebensrettenden Operation gegründet. Es ist blauäugig anzunehmen, daß es in der Hausgeburtshilfe nicht zu solchen unvorhersehbaren Notfällen kommt. Hier werden derartige Gefahren daher nicht erkannt oder nicht rechtzeitig behandelt. Es ist einfach logisch zwingend, in der Hausgeburtshilfe eine größere Gefahr für die Kinder erwarten zu müssen.

Es wird immer das Beispiel Holland angeführt. Die holländische perinatale Mortalität liegt mit 9,6 Promille deutlich höher als in allen anderen vergleichbaren europäischen Staaten, insbesondere wesentlich höher als in Skandinavien und als in Deutschland (6 Promille), wo die Hausgeburtshilfe so gut wie verschwunden ist. Es gibt kein einziges europäisches Land, das wie in Holland eine Hausgeburtshilfe von 30 Prozent aufweist – und es gibt kein einziges nordeuropäisches Land mit einer so hohen perinatalen Mortalität wie in Holland (Quelle: Eurostat 1990: Bevölkerungsstatistik, Brüssel 1990).

Ethisch ist nicht zu verstehen, daß in einer Zeit extremer Sicherheitsbedürfnisse und dem Wunsch nach Schutz vor allem Unbill dieser Erde die Interessen des schwächsten Partners in der Geburtshilfe, des Kindes nämlich, zurückgestellt werden. Auf der einen Seite erkennen wir den – verständlichen – Wunsch der Mütter nach einer Entbindung in häuslicher und vertrauter At-

mospheäre und nach der Geborgenheit der Familie. Auf der anderen Seite stehen die vitalen Interessen des Kindes nach einem Lebensbeginn in Sicherheit und Gesundheit – Interessen, die eindeutig überwiegen sollten. Von den Vertretern der Hausgeburtshilfe wird daher auch immer eingehend von den Wünschen und Bedürfnissen der Mütter gesprochen, aber sehr wenig von den Bedürfnissen der Kinder, die sich nicht artikulieren und damit nicht wehren können.

Die für die Geburt notwendige Sicherheit läßt sich in einer Praxisgeburtshilfe ebenfalls nicht realisieren. Auch der erfahrenste Geburtshelfer ist im Notfall ohne den Hintergrund eines eingespielten Teams hilflos. Wer als Geburtshelfer das noch nicht erfahren hat, hat einfach keine Erfahrung und sollte die Geburtshilfe so schnell wie möglich einstellen, ehe jemand zu Schaden kommt.

Zudem werden in der Praxisgeburtshilfe zwei Nachteile miteinander kombiniert:

Das Fehlen der Sicherheit für Leben und Gesundheit der Kinder

mit dem Fehlen der häuslichen und familiären Geborgenheit.

Es bleibt unerfindlich, wie man ein solches Projekt propagieren kann.

Prof. Dr. med. D. Krebs, Prof. Dr. med. D. Berg, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, % Städtisches Marienkrankenhaus, W-8450 Amberg/Oberpfalz

Glorifizierung und undifferenzierte Gleichsetzung

Die Glorifizierung und undifferenzierte Gleichsetzung der Begriffe „Selbstbestimmung“ (der Frau!), „Geborgenheit“, „Angstfreiheit“ und „Natürlichkeit“ mit Hausgeburt, kontrastiert hart mit der „bösen“ hochtechnisierten, programmierten Apparate- und Intensivmedizin, der Pe-

rinatologie und Neonatologie, die Milliardensummen verschlingt, inhuman und natürlich völlig überflüssig ist.

Die Natur kann (per Hausgeburt) natürlich alles viel besser, schonender, humaner, und Angst muß man selbstverständlich nur vor der „Apparatemedizin und der Fremdbestimmung“ haben, aber sicherlich nicht vor Geburtskomplikationen, die Erkrankung, Leiden, Hirnschädigung des Kindes oder früher (als es noch viele Hausgeburten gab) erschreckend häufig den Tod von Mutter und/oder Kind bedeuteten.

Ich halte es zumindest für unredlich, wenn nicht sogar für erschreckend gefährlich, unbestreitbare Erfolge der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde falsch und undifferenziert darzustellen, reale Gefahren bewußt zu negieren und das ganze noch dazu im Deutschen Ärzteblatt an hervorgehobener Stelle unter einer plakativen Überschrift ... werbewirksam zu publizieren.

Als Kinderarzt muß ich außerdem fragen: Wer vertritt das Recht des Kindes auf Leben und körperliche Unversehrtheit? Wo bleibt das Selbstbestimmungsrecht des Neugeborenen, das sich nicht artikulieren kann, wenn seine Eltern nicht in der Lage sind, reale Gefährdungen objektiv einzuschätzen? Es kann doch nicht nur alleine um das Selbstbestimmungsrecht der Frauen gehen.

Als Kinderarzt bin ich mehrfach notfallmäßig mit „mißglückten“ Hausgeburten konfrontiert worden. In dieser Situation kommt selbstverständlich die Apparatemedizin mit all ihren „überflüssigen“ Hilfsmitteln plötzlich doch zum Einsatz – und dann sogar mit erheblichem Mehraufwand und unsicherem Ausgang.

Meiner Ansicht nach ist es die Aufgabe aller beteiligten Ärzte, hier Aufklärungsarbeit zu leisten, Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, falsche Ängste und Unwissen abzubauen und für die öffentliche

Anerkennung unbestreitbarer Erfolge der Medizin einzutreten, wenn dies manchmal da und dort in Vergessenheit zu geraten droht.

Es darf nicht sein, daß Ärzte, insbesondere Geburtshelfer, sich zum Anwalt gefährlicher Fehlentwicklungen, regressiver Tendenzen „zurück zur Natur“ machen, auch wenn, vom Laien aus gesehen, der eine oder andere Aspekt daran plausibel erscheinen mag...

Dr. med. Michael Armann, Riekerstraße 12, W-7400 Tübingen 1

Vielzahl gedanklicher Irrtümer

Als Hebamme war ich sehr überrascht, eine derartig positive Reaktion zum Zuwachs der Hausgeburtenrate im Deutschen Ärzteblatt zu lesen. Die Verfasser dieses Artikels begehen jedoch eine Vielzahl gedanklicher Irrtümer: Den Hinweis, daß die Krankenkassen die zunehmenden Kosten der Neonatalmedizin nicht mehr mittragen würden, im gleichen Atemzug mit der Behauptung zu nennen, daß die Geburt ein zunächst natürlicher Vorgang sei, der ohne medizinische Intervention stattfinden kann, unterstützt noch zusätzlich die Position der Krankenkassen.

Eine solche Haltung ist jedoch insofern bedenklich, als daß eine Vernachlässigung der Neonatalmedizin sehr viel kostenintensivere Spätfolgen zu produzieren vermag.

Die Geburt schlicht als einen natürlichen Vorgang zu bezeichnen, erscheint grotesk angesichts der Tatsache, daß sie auch Zeitpunkt höchster Gefahr für Mutter und Kind darstellt. Wer im täglichen Umgang mit diesem Geschehen befaßt ist, weiß um die „natürlichen“ Gefahren, die unvorhersehbar und sehr plötzlich eintreten können, und um die „natürlichen“ Schäden, die daraus resultieren können. In vielen Berei-

chen hat sich die moderne Gesellschaft von der grausamen Natur zum Glück losgesagt.

Es erscheint paradox, intensivmedizinisch zu therapieren, aber lediglich „natürlich“ vorsorgen zu wollen.

Jegliches Unterlassen möglicher Sicherheitsmaßnahmen unter der Geburt entzieht dem Kind das unveräußerliche Recht auf Gesundheit dafür, daß sogenannte bewußte Eltern ein romantisches Geburtserlebnis als Form ihrer Selbstverwirklichung zelebrieren können, oder etwa, daß großwahnsinnig gewordene Gynäkologen und Hebammen ihre berufliche Entfaltung auf Kosten anderer ausleben.

Der potentielle geburts-hilfliche Notfall ist optimal nur in einem Krankenhaus der Maximalversorgung zu beherrschen (Anwesenheit von Gynäkologen, Anästhesisten, Hebammen und gegebenenfalls Pädiatern).

Daß diese Grundvoraussetzung nicht einmal an allen deutschen Krankenhäusern gegeben ist, ist ein unhaltbarer Zustand und sollte angesichts der wiederaufflammenden Diskussion um den § 218 unsere soziale und zivilisierte Gesellschaft nachdenklich stimmen.

Eine weitere Zunahme von Hausgeburten würde auch eine Zunahme unkalkulierbarer Pathologie während der Geburt bedeuten, die bisher ja nur „zu Lasten“ der großen Kliniken gegangen ist.

Wir können auf das Abwandern der Patienten nur in der Art reagieren, daß wir die positiven Aspekte der Hausgeburts-hilfe in den Klinikalltag einbringen und so den Frauen auch dort die Möglichkeit der Entspannung, Angstfreiheit und der individuellen Entfaltung geben. Nur so können wir unserer höchsten Pflicht, nämlich die Gesundheit von Mutter und Kind sicherzustellen, gerecht werden.

Frauke Wagener, Michelbacher Straße 2, W-3550 Marburg/Lahn

AMBULANZEN

Zu dem Beitrag „Streit um Hamburgs Überweisungsambulanzen – Keine Ermächtigung für ärztlich geleitete Einrichtungen“ in Heft 4/1992:

Ein Eklat

Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg, abrupt die Klinikambulanzen nicht mehr zu ermächtigen, ist ein Eklat, der sicher zu einer spürbaren Verschlechterung der ambulanten Patientenversorgung führen wird, und dies dürfte nicht im Auftrag der KV liegen. Die zwischenzeitliche Vertagung der Entscheidung mindert zwar die Folgen, ändert sie aber nicht grundsätzlich. Die Problematik sollte auch aus dem Blickwinkel der Kostenexplosion betrachtet werden.

Die Verknüpfung von stationärer und ambulanter ärztlicher Tätigkeit ist als besonders glückliche Lösung anzusehen, die ausgebaut und nicht abgeschafft werden sollte. Die jahrzehntelangen Erfahrungen in Ostdeutschland, wo diese Verknüpfung ohne organisatorische Schwierig-

keiten erfolgen konnte, sprechen dafür. Limitiert wurde die ambulante Ausweitung der stationären Tätigkeit nur dadurch, daß dem Kliniker gegen seinen Willen mehr und mehr Hausarztaufgaben zugeschoben wurden. Wenn es jedoch genügend niedergelassene Kollegen gibt, und davon muß heute im ganzen Deutschland ausgegangen werden, so droht diese Gefahr nicht, und der überwiegend klinisch tätige Arzt kann sich ganz auf seine speziellen ambulanten Aufgaben konzentrieren...

Die Tätigkeit der Klinikärzte in speziellen Ambulanzen hat eine Beratungsfunktion der ausschließlich ambulant tätigen Ärzte, die nach unserer Erfahrung dankbar angenommen wird, zumal keine Konkurrenz auftritt. Die ambulante Versorgung als grundsätzliche Aufgabe der niedergelassenen Ärzte wird dadurch nicht angetastet, nur werden bestimmte Möglichkeiten der klinischen Versorgung in die Ambulanz herübergebracht.

Dr. med. Eckart Wunderlich, Friedrichstraße 39, O-8010 Dresden

Diskussion überfällig

„Nach drei Dezennien Tätigkeit in eigener Praxis sollen hier einige Aspekte angesprochen werden: Die meisten Überweisungen in eine Krankenhausambulanz sind überflüssig, weil die entsprechende ärztliche Versorgung durch die Kassenärzte gesichert ist. Die meisten Überweisungen landen bei Azubis der jeweiligen Klinik; selten wird ein Oberarzt zugezogen oder gar ein hochqualifizierter Chefarzt gefragt.“

Mit Bestimmtheit werden vom Praktiker oder auch Internisten Patienten an die anonymen Adressen der Kliniken verwiesen aus der Furcht heraus, bei einer Überweisung an den niedergelassenen Facharzt diese Patienten zu verlieren: Hier greift zweifelsfrei die durch

Arztsschwemme entstandene Existenzangst vieler sogenannter Kollegen, die eine zum Teil windige fachübergreifende Diagnostik und Behandlung ausüben.

Anzuschuldigen sind hierbei auch die Kliniken selbst, welche durch Anforderung eines Überweisungsscheines und Wiederbestellung der Patienten die Scheinzahl hochtreiben, auch wenn es sich um bereits entlassene Patienten handelt. Recht böse Reaktionen beweisen dies, wenn der unwillige Facharzt auf solchen Anforderungen den Vermerk macht: „Auf Wunsch der Klinik“.

Ebenfalls anzuschuldigen sind die Patienten selbst, die in einer Apparategläubigkeit und in der Hoffnung, im Krankenhaus die modernsten Aspekte zu kosten, eine Überweisung zur Klinikam-