



Justitia-Statuette –
Göttin der Gerechtigkeit

Foto: © Bits and Spits – stock.adobe.com

„Mein Kind atmet nicht!“

Ein Blick auf die außerklinische Geburtshilfe anhand eines Fallbeispiels -

Nicht wenige werdende Mütter verspüren den Wunsch, ihr Kind nicht in der sterilen Atmosphäre einer Geburtsklinik zur Welt zu bringen, sondern für die Geburt ein persönliches und vertrautes Umfeld zu schaffen. Eine Hausgeburt, die Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, in einem Geburtshaus - das hört sich doch gut an! Aber: Wie verhalten sich Anspruch und Wirklichkeit? Gibt es Kriterien, die diesen Wunsch zum Wohle des Kindes als auch der werdenden Mutter in den Hintergrund treten lassen sollten oder gar müssen? Ein Fall aus der Praxis soll zur kritischen Beleuchtung beitragen.

Caterina Krüger

Was bedeutet außerklinische Geburtshilfe?

Werdende Mütter, die gesetzlich krankenversichert sind, haben einen Anspruch auf Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Konkrete Leistungsansprüche dazu sind in den §§ 24c-24f SGB V festgelegt. Danach 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 entbunden werden. Der GKV – Spitzenverband und die maßgeblichen Berufsvverbände der Hebammen haben sich auf einen genauen Leistungsumfang, die Vergütung und Qualitätsanforderungen geeinigt. Dabei wurde die Qualitätsvereinbarung mit Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld am 1. April 2020 für die freiberuflich

tätige Hebamme aktualisiert. Innerhalb der dort definierten Qualitätsanforderungen finden sich insbesondere folgende Vorgaben:

- Die Leistungen sind mit der fachlich gebotenen Sorgfalt zu erbringen.
- Die Hebamme informiert über ihre eigene Qualifikation und ihr Leistungsspektrum.
- Unter Verweis auf die Vorschriften der §§ 630a bis e BGB (Vorschriften zum

Behandlungsvertrag) wird explizit die Aufklärung nach dem aktuellen Stand der Hebammenwissenschaften genannt, innerhalb derer es das individuelle Risiko abzuklären gilt und auch pathologische Verläufe/Kriterien zu der Geburt im häuslichen Umfeld in die Aufklärung mit einzubeziehen und auch zu dokumentieren sind.

In einem gesonderten „Beiblatt 1“ ist ein Kriterienkatalog ausgearbeitet worden, der als Ziel formuliert: „Ziel dabei ist es, eine größtmögliche Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten und dafür medizinisch begründete Kriterien bereitzustellen, die sowohl die jeweilige Versicherte mit ihrem ungeborenen Kind als auch die Hebammen darin unterstützen, komplikationsträchtige Verläufe der Geburt zu vermeiden.“

Das liest sich doch gut, und keiner wird bezweifeln, dass die Sicherheit von Mutter und Kind in der außerklinischen wie klinischen Geburtshilfe im Fokus jeden geburtshilflichen Handelns steht.

Warum gibt es dann aber Stimmen, die die außerklinische Geburtshilfe zumindest nicht forcieren wollen?

Oder anders gefragt: Wenn mir die Geburt meines Kindes in einer Klinik weniger empathisch scheint, ich angesichts eines nicht zu verkennenden Personalnotstandes auch in der klinischen Geburtshilfe ein weniger an persönlicher Zuwendung fürchte: Warum soll die außerklinische Geburtshilfe keine (sichere) Alternative sein?

Welche Geburten dürfen von einer Hebamme betreut werden?

Hebammen leisten nach dem Hebammengesetz Geburtshilfe, die die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufes umfasst. Neben einer generalklauselartig festgehaltenen Verpflichtung, den Beruf nach dem Stand der jeweiligen medizinischen Wissenschaft gewissenhaft auszuüben, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten. In den landesrechtlichen Vorgaben finden sich insbesondere Vorschriften zur Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit. Beispielhaft sei § 3 Abs. 1 der BayHebBO zitiert (entsprechende Regelungen finden sich in allen existierenden Berufsordnungen der Länder):

„Hebammen und Entbindungspfleger leisten Hilfe bei allen regelrechten Vorgängen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts (...)

Das Behandeln regelwidriger Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden Wöchnerinnen und Neugeborenen ist Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.“

Die Aufgabenzuweisung besteht demnach insbesondere in der Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit. Gleich, ob die Hebamme nun freiberuflich oder angestellt tätig wird, betont die Rechtsprechung regelmäßig, dass die Kompetenzen der Hebammen dort enden, wo es zu „regelwidrigen Vorgängen“ kommt.

An diese Vorgaben und in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit anknüpfend, ist so beispielsweise in § 3 Abs. 2 BayHebBO formuliert:

„Hebammen und Entbindungspfleger haben auf Regelwidrigkeiten und Risikofaktoren zu achten und beim Auftreten von Regelwidrigkeiten die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes oder die Einweisung in ein Krankenhaus zu veranlassen. Wird die notwendige Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes von der Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerin abgelehnt, sind Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen wird oder eine Einweisung in eine Klinik erfolgt. Bleibt es bei der Ablehnung, soll dies schriftlich bestätigt werden.“

Wann aber ist ein Verlauf regelhaft oder regelwidrig?

Der Kriterienkatalog zu einer Geburt im häuslichen Umfeld beinhaltet eine Auflistung von fallspezifischen Befunden/Risiken, die eine vollstationär zu betreuende Geburt erforderlich machen sowie eine Auflistung von fallspezifischen Befunden/Risiken, bei denen grundsätzlich eine Geburt im häuslichen Umfeld unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls möglich sein kann, dann aber unter der Voraussetzung der gründlichen Abklärung durch fachärztliches Konzil und/oder fachärztliche Diagnostik sowie einer speziellen Risikoauflklärung. Demzufolge sind absolute Kriterien aufgestellt, die die Geburt im häuslichen Umfeld ausschließen und relative Kriterien, die die Geburt im häuslichen Umfeld nicht ausschließen, aber durch einen Facharzt*In abgeklärt gehören.

Wenn wir uns also nochmals die Zielsetzung der größtmöglichen Sicherheit für

alle Beteiligten vor Augen führen, lässt sich ohne Weiteres sagen, dass die aufgestellten Kriterien dazu dienen sollen, individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Schwangeren Rechnung zu tragen und im Gegensatz dazu potentielle Risiken ebenso wenig zu bagatellisieren.

Um einige Beispiel aus dem Kriterienkatalog zu nennen:

Eine Geburt im häuslichen Umfeld ist ausgeschlossen, bei Adipositas mit einem BMI vor der Schwangerschaft > 35. Auch ein insulinpflichtiger Diabetes schließt die Geburt im häuslichen Umfeld aus. Keinen generellen Ausschluss sehen die Kriterien dagegen z. B. bei einer Schulterdystokie bei vorausgegangener Schwangerschaft vor, bei einer Beckenanomalie, bei unklaren/unbekanntem Geburtstermin. Überschreitet die Schwangere den *gesichert* errechneten Geburtstermin um mehr als eine Woche, ist hingegen ein fachärztliches Konzil (41 SSW +/- 2 Tage) gefordert.

Zwischenfazit

Die gesetzlichen Vorgaben, auch der Kriterienkatalog, implizieren die Fähigkeit von Hebammen, Regelwidrigkeiten zu erkennen und eben Kompetenz an einen Arzt/eine Ärztin abzugeben, wenn Regelwidrigkeiten eintreten oder aber das Risikoprofil für das Eintreten solcher nahe liegt und die physiologische Geburt gefährdet ist. In einem solchen Fall endet die Alleinkompetenz der Hebamme und sie ist verpflichtet, einen Arzt herbeizurufen.

Nutzen Sie das folgende Fallbeispiel aus der Praxis, um sich ein Urteil zu bilden:

Ein Fall aus der Praxis: Für Frau G. ist es die erste Schwangerschaft. Zum Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft ist sie 37 Jahre alt und gesund. Der mutmaßliche Entbindungstermin wird auf den 20. September 2019 berechnet und später auf den 5. Oktober 2019 korrigiert. Am 9. Oktober 2019 lässt sich Frau G. (40+4 SSW) ärztlich beraten und untersuchen. Es wird eine Sonografie durchgeführt und das fetale Schätzwert mit ca. 4300 g ermittelt. Über das Risiko einer möglichen Schulterdystokie wird sie aufgeklärt. Ihr wird zu geburtseinleitenden Maßnahmen mit ET +7 geraten.

Beide Eltern entscheiden sich für eine Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung; ein entsprechendes Protokoll wird von beiden Elternteilen unterzeichnet.

In den frühen Morgenstunden des 11. Oktober 2019 (40 + 6) setzen spontan die

Wehen ein. Die Hebamme ist in der Wohnung der Eltern seit 3:00 Uhr präsent. Sie überwacht mit dem Hörrohr die fetale Herzfrequenz. Die erste Beurteilung der Eröffnung des Muttermundes erfolgt um 12:22 Uhr „6 cm“; für 13:55 Uhr ist dokumentiert: „wahrscheinlich vollständig eröffnet“. Pressdrang ist ab 14:45 Uhr dokumentiert, die Fruchtblase platzt um 15:52 Uhr. Um 17:30 Uhr findet eine vaginale Untersuchung statt, innerhalb derer eine „rückschiebbare Lippe am Muttermund“ befundet und kurz vor 18:00 h mit „kleiner geworden“ beschrieben wird. Rund 10 Minuten später schlägt die Hebamme vor, eine weitere Hebamme hinzuzuziehen, die Klinik anzurufen oder aber schlichtweg weiter abzuwarten. Frau G. ist zu diesem Zeitpunkt bereits maximal erschöpft und bekundet mehrfach, sie könne nicht mehr. Die Eltern entscheiden sich dafür, dass eine weitere Hebamme kommt, die dann um 18:30 Uhr eintrifft und eine vaginale Untersuchung durchführt. Die vollständige Eröffnung des Muttermundes ist für 18:45 Uhr festgehalten. Das vorangehende Kindsteil steht in Höhe der Beckenmitte, die Geburtsgeschwulst auf Beckenboden. Die fetale Herzfrequenz wird um 19:13 Uhr als o.B. beurteilt. Dokumentiert ist, dass Frau G. um 19:30 Uhr eine O2-Vorlage erhält. Die kindlichen Herztöne werden um 19:35 Uhr, 19:55 Uhr und letztmalig um 20:00 Uhr kontrolliert. Um 20:14 Uhr wird das Kind geboren und dessen Outcome mit einem Geburtsgewicht von 4500 g bei einer Länge von 53 cm dokumentiert. Für den Apgar Score werden 2-2-? Punkte vergeben. Eine Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie wird nicht vorgenommen.

Tatsächlich muss das Neugeborene von den Hebammen durch Mund-zu-Mund Beatmung und Herzdruckmassage reanimiert werden.

Notärztlicher Beistand wird um 20:15 Uhr angefordert. Dieser ist ab 20:23 Uhr präsent. Nachgeforderte Neonatologen treffen weitere 10 Minuten später ein und übernehmen die Behandlung des Kindes ohne jedwede Spontanatmung. Das Neugeborene wird schließlich maschinell beatmet in stationäre Behandlung des nächstgelegenen Krankenhauses überführt.

Das Neugeborene weist nach den dort gestellten Diagnosen eine schwere Asphyxie mit hypoxisch ischämischer Enzephalopathie auf, ist schwerstgeschädigt, auf Sondennahrung und Beatmung angewiesen.

Der geschilderte Fall befindet sich noch in der gerichtlichen Klärung und soll an

dieser Stelle lediglich für die vorgenannte Problematik sensibilisieren.

Auch wenn die Eltern sich für ihr erstes Kind eine Hausgeburt gewünscht haben, bestanden nicht ausreichend Anhaltspunkte dafür, die Geburt eben nicht im außerklinischen Bereich stattfinden zu lassen? Hätte die Betreuung und Leitung der Geburt weder die erstanwesende Hebamme noch die später hinzugerufene Hebamme übernehmen dürfen? Hätte nicht jedenfalls der Geburtsverlauf als nicht regelhaft interpretiert werden müssen, nachdem sich für eine Erstgebärende die Eröffnungsperiode, erst recht die Austreibungsperiode als massiv protrahiert dargestellt hat?

Haben die vorliegenden Risiken die Betreuung einer Geburt durch die Hebamme nicht ausgeschlossen? Allein das Alter von Frau G. von über 35 Jahren als Erstgebärende qualifiziert die Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien als eine Risikoschwangerschaft, die als solche mit einem erhöhten Risiko für das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind vergesellschaftet ist.

Jedenfalls eine Überschreitung des Geburtstermines lag mit den angegebenen berechneten Entbindungstermin vor. Womöglich war der Entbindungstermin nicht sicher berechnet, so dass auch eine Übertragung in Betracht gezogen werden musste. Bekannt war ferner, dass mit der Geburt eines großen bis sehr großen Kindes zu rechnen war, bei zugleich extremer Schlankheit von Frau G., die vor der Schwangerschaft einen BMI von unter 20 aufwies und dann in der Schwangerschaft auch noch exzessiv an Gewicht zugelegt hatte.

Haben sich demzufolge nicht genau diejenigen Risiken realisiert, mit denen aufgrund bereits vor der Geburt bekannter Faktoren gerechnet werden musste und die infolgedessen der Geburt im häuslichen Umfeld entgegenstanden, jedenfalls aber einer speziellen Risikoaufklärung bedurft hätten?


FAZIT

Die außerklinische Geburtshilfe als Hausgeburt oder als Geburt in Geburtshäusern in Gegenüberstellung zur Geburt in einer Klinik bietet jede Menge Diskussionsstoff. Denn es gibt sicherlich genug Beispiele, in der außerklinisch (wie klinisch) tätige Hebammen aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung eine Situation ganz anders einordnen und beherrschen können

als beispielsweise eine ganz junge Ärztin/junger Arzt, der mit einer kritischen Situation noch nicht konfrontiert worden ist. Wer ist in einer solchen Konstellation dann der „richtige Ansprechpartner“ und wer hat dann faktisch die Kompetenz? Bin ich dann in einer Klinik tatsächlich besser versorgt und sicher aufgestellt?

Der Fall aus der Praxis verdeutlicht, wie entscheidend es ist, dass man die Grenzen der eigenen Kompetenz kennt und sie nicht überschreitet; denn oberste Maxime geburtshilflichen Handelns ist und bleibt die Sicherheit von Mutter und Kind. Und werdende Eltern möchten vor allen Dingen ein gesundes Kind zur Welt bringen.

Der außerklinischen Geburtshilfe sind in diesem Bereich spätestens dann Grenzen gesetzt, wenn in einer Risikobetrachtung der Wunsch nach einer außerklinischen Geburt als zu unsicher betrachtet werden muss sowie, wenn bei geringsten Zweifeln über den klinischen Zustand des Kindes nach Geburt dieses an einem Ort versorgt gehört, an dem sein Zustand gut beurteilt werden kann und gegebenenfalls effektive Reanimationsmaßnahmen eingeleitet werden können.

Bei einer nicht auszuklammernenden möglichen Regelwidrigkeit des Geburtsverlaufs gilt es, den sicheren Weg einzuschlagen und auch die werdenden Eltern davon zu überzeugen, in einer gut ausgestatteten Klinik zu entbinden, die mit den erforderlichen Strukturen und Personal im Notfall schnell reagieren und Schlimmeres verhindern kann. 

AUTORIN

Caterina Krüger
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht



NÄTHER | KRÜGER | PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de
