

## Was sagt die Wissenschaft? Mother Hood-Infodokumente

# Sind geplante außerklinische Geburten sicher?<sup>1</sup>

### Datengrundlage

- Qualitätsbericht 2014 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland im Auftrag der "Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V." (QUAG e.V.)  
[http://www.quag.de/downloads/QUAG\\_bericht2014.pdf](http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2014.pdf)  
Datengrundlage: 11157 außerklinisch geplante und begonnene Geburten von Einlingen (Erfassungsgrad: 88,6%)
- Bundesauswertung 2014 – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
[https://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu\\_Gesamt\\_16N1-GEBH\\_2014.pdf](https://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf)  
Datengrundlage: 677204 in Kliniken geborene Einlinge / 690547 Mütter mit Klinikgeburten

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

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

[www.mother-hood.de](http://www.mother-hood.de)

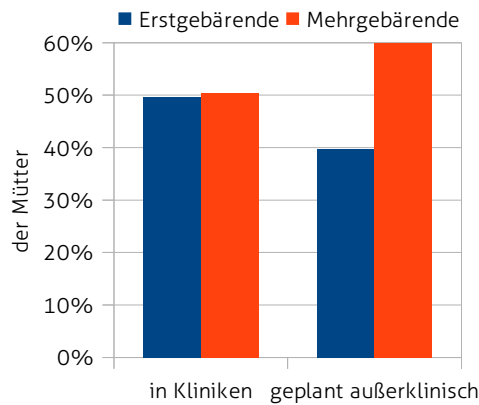
Vorstand:  
Dr. Katharina Hartmann  
Eva Abert  
Sarah Kaufmann

### Übersicht

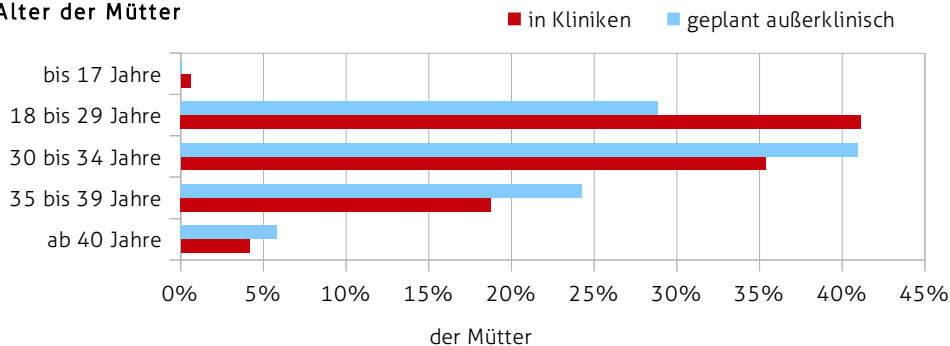
	außerklinisch	in Kliniken
wievielte Geburt	v.a. zweite & mehr	alle
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen	vergleichbar	
Risiko der Geburt	gering	?
Dauer der Schwangerschaft	bis 41 SSW	bis 42 SSW
natürliche Geburten	91%	68%
ungeplanter Kaiserschnitt	6,8%	12,1%
Dauer der Geburt	länger	kürzer
Gebärposition	aufrecht	liegend
Eingriffe in den Geburtsverlauf	selten	ja
Dammschnitt	4,50%	22,75%
anwesende Personen	Hebammen	Hebamme, Ärzte
Verlegung während der Geburt	16,7%, v.a. in Ruhe	-
mütterliche Probleme nach der Geburt	sehr selten	selten
Zustand des Kindes	sehr gut	
Verlegung in Kinderklinik	2,43%	0,65%
Sterblichkeit	gleich	

**Anzahl der Geburten der Frau,  
Alter der Frau**

In den Kliniken sind Erst- und Mehrgebärende gleichermaßen vertreten, außerklinisch ist der Anteil Mehrgebärender höher. Entsprechend sind Frauen, die eine außerklinische Geburt anstreben, etwas älter als Frauen, die eine Klinikgeburt anstreben.

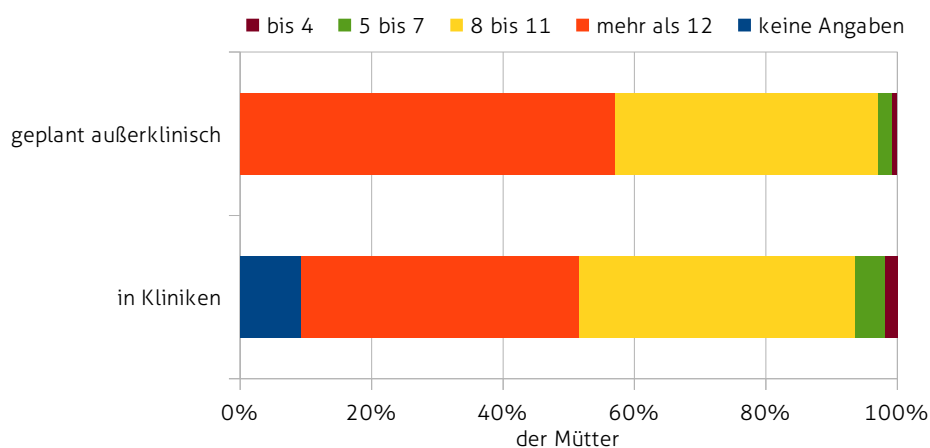


**Alter der Mütter**



Vorangegangene Geburtserfahrungen beeinflussen die Wahl des Geburtsortes und der Geburtsbegleitung.

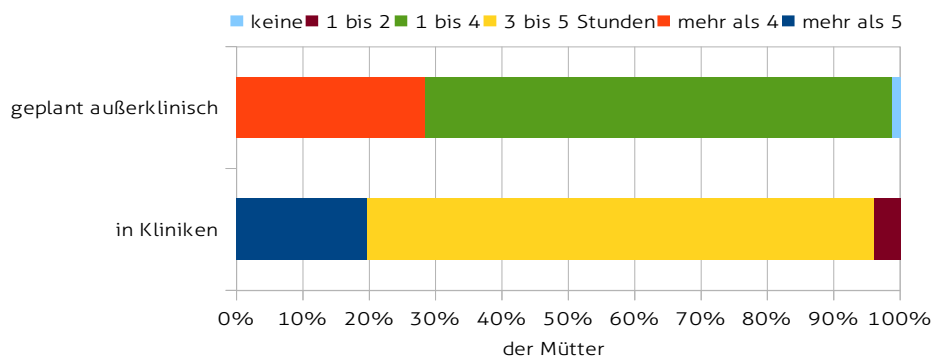
**Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft**



Außerklinisch gebärende Frauen lassen etwas mehr Vorsorgeuntersuchungen durchführen als in der Klinik gebärende Frauen. Die höhere Anzahl an Vorsorge-

untersuchungen deutet auf eine wohldurchdachte und -begleitete Entscheidung hin.

### Anzahl der Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

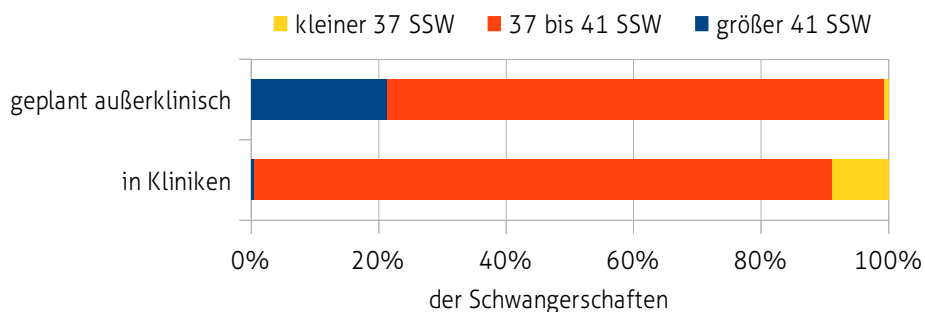


Datengrundlage für die Frauen in Kliniken sind alle risikoarmen Schwangerschaften mit Geburt zwischen 37 und 41 Schwangerschaftswochen. In den Datenquellen werden unterschiedliche Kategorien verwendet. Frauen mit geplant außerklinisch begonnener Geburt lassen in fast allen Fällen mindestens eine Ultraschalluntersuchung durchführen. *Mit dem Ultraschall erkennbare Fehlbildungen der Kinder und ungünstige Plazentasitze sind vor Geburtsbeginn bekannt. Das Wissen darüber fließt in die Entscheidung über den Geburtsort ein.*

### Bekannte Befunde in der Schwangerschaft

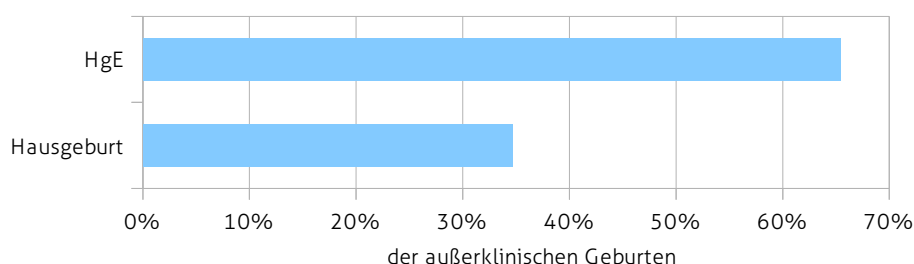
Außerklinische Geburten werden vor allem von Frauen durchgeführt, die keine oder nur geringfügig behandlungsbedürftige Krankheiten haben (siehe Seite 14f). Die umfassenden Vorsorgeuntersuchungen tragen zu einer Abschätzung des individuellen Risikos bei. *Außerklinisch gebären vor allem Frauen mit niedrigem Geburtsrisiko. Frauen mit zu erwartenden Komplikationen gebären in Kliniken. Den Hebammen sind die individuellen Risiken jeder Frau bekannt.*

### Dauer der Schwangerschaft

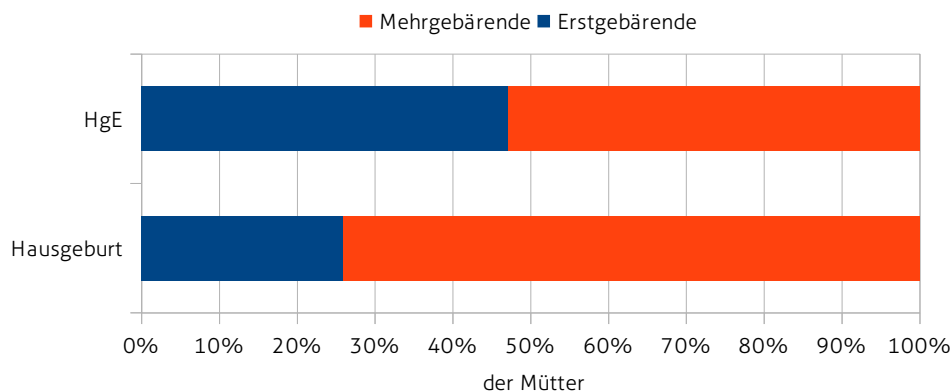


Über 90% der Geburten finden zwischen 37 und 41 Schwangerschaftswochen statt. In der außerklinischen Geburtshilfe finden sich nur wenige davor, und mehr Geburten finden nach dem berechneten Geburtstermin statt. *Geplant außerklinisch geborene Kinder erfüllen das Reifekriterium von mindestens 37 Wochen Schwangerschaftsdauer. Frühchen werden in Kliniken geboren. In Kliniken wird ab 41 SSW die Geburtseinleitung empfohlen.*<sup>2</sup>

### Gewählter Geburtsort (außerkl. Geburten)

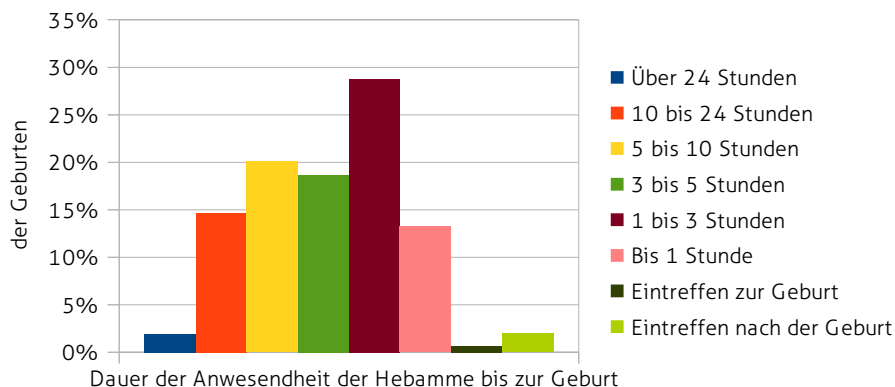


Von den geplant außerklinisch begonnenen Geburten finden zwei Drittel in einer hebammengeleiteten Einrichtung HgE (z.B. Geburtshaus) statt, ein Drittel zuhause. In maximal 10 km Abstand zur nächsten Klinik befinden sich 91,4% der Geburten in HgEs und 69,3% der Hausgeburten. Insgesamt 90,7% der Hausgeburten finden in maximal 20 km Entfernung zur nächsten Klinik statt.



Während Geburtshausgeburten gleichmaßen von Erst- und Mehrgebärenden gewählt werden, überwiegt der Anteil Mehrgebärender bei Hausgeburten deutlich. Es gibt für die Klinikgeburten keine Angaben darüber, wie weit die aufgesuchte Klinik vom Wohnort der Frau entfernt ist. *Für eine sichere Geburtshilfe unabhängig vom Geburtsort ist eine flächendeckende Versorgung mit Kliniken notwendig*<sup>3</sup>. *Geburtshäuser befinden sich in der Regel nah an einer Klinik. Frauen, die bereits geboren haben, bevorzugen Hausgeburten.*

### Dauer der Anwesenheit der Hebamme bis zur Geburt (außerkl. Geburten)



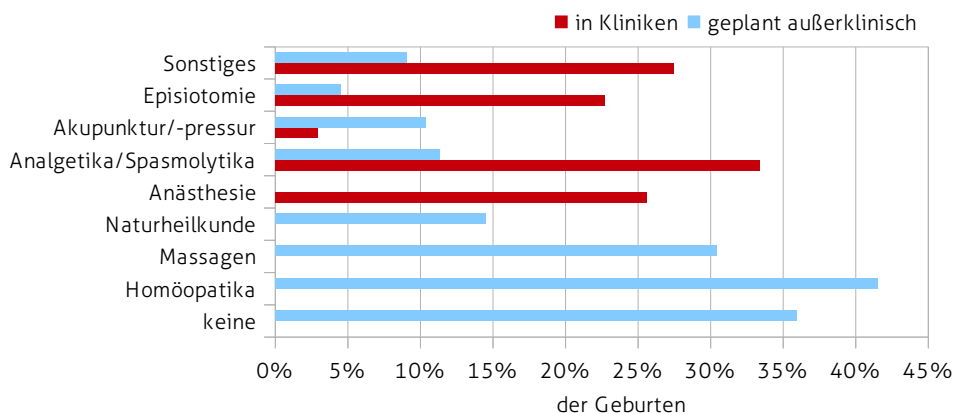
Bei außerklinischen Geburten findet eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch eine Hebamme statt. In der Regel beginnt die Betreuung mehrere Stunden vor der Geburt. Selten trifft die Hebamme erst zu oder nach der Geburt ein. Für die Kliniken gibt es keine Dokumentation der Betreuungszeit Gebärender zwischen Geburtsbeginn und Geburt. *Die Hebamme ist während der Betreuungszeit nur für die Gebärende zuständig und kann sich vollständig ihrer Begleitung und Überwachung widmen. In der Regel trifft eine Zweithebamme zur Geburt ein. In Kliniken betreuen Hebammen in der Regel mehrere Frauen gleichzeitig und können daher keine 1:1-Betreuung gewährleisten.*<sup>4</sup>

### Anwesendes Fachpersonal

Die Geburt wird durch Hebammen begleitet: Bei geplanten außerklinischen Geburten ist zur Geburt in 97,39% eine Hebamme anwesend, in 63,90% trifft die Zweithebamme vor der Geburt ein. In Kliniken ist bei 88,51% der Geburten eine Klinikhebamme anwesend, in 10,95% eine externe, sodass außerklinisch insgesamt 2,6% der Geburten und in den Kliniken 0,55% der Geburten ohne anwesende Hebamme stattfinden.

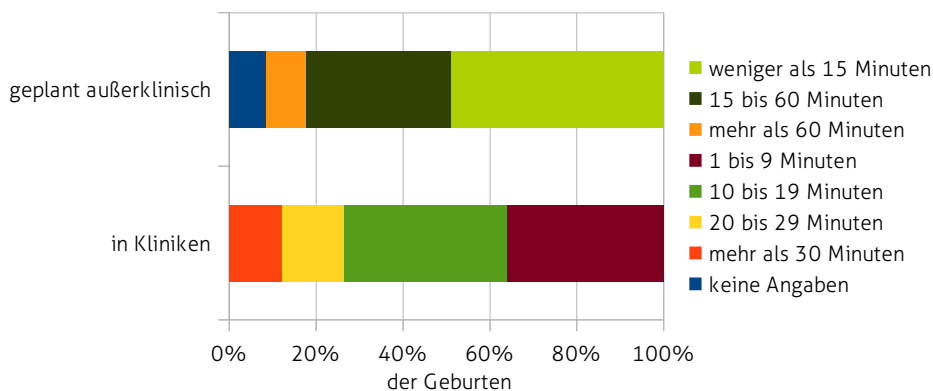
Während bei außerklinischen Geburten nur in 6,37% ein Arzt anwesend ist (unter anderem nach einer Verlegung), ist in Kliniken in 68,69% der Geburten zusätzlich zur Hebamme ein Facharzt Gynäkologie/Geburtshilfe anwesend, in 58,64% ein Assistenzarzt in Weiterbildung und in 26,52% ein Kinderarzt. *Der Frau vertraute Personen sind vor allem außerklinisch anwesend. Eine intime und vertraute Atmosphäre zur Geburt begünstigt einen komplikationslosen Geburtsverlauf und stärkt das seelische Wohlbefinden der Mutter nachhaltig. Die Anwesenheit von zwei Hebammen zur/nach der Geburt stellt sicher, dass Mutter und Kind bei Bedarf gleichzeitig versorgt werden können.*

## Eingriffe in den Geburtsverlauf



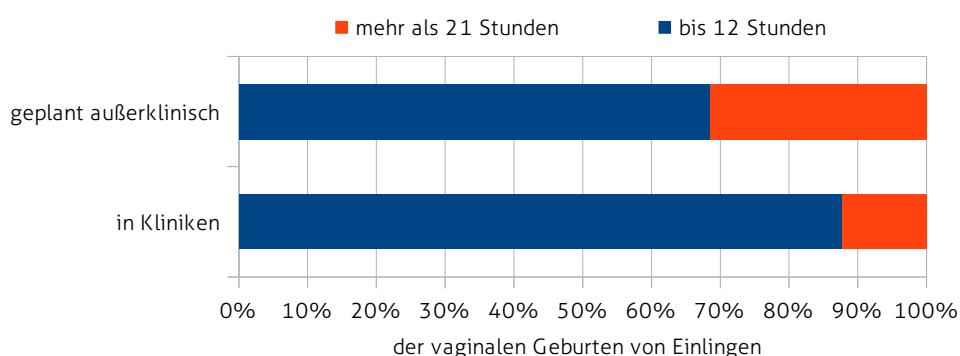
Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle Spontangeburt (bzw. vaginale Geburten im Fall des Dammschnitts). Für Klinikgeburten ist nicht bekannt, wie viele Geburten ohne Eingriffe stattfinden ("keine"), weiterhin sind die Eingriffe nicht so detailliert aufgeschlüsselt wie in der Dokumentation außerklinischer Geburten. 95% aller Klinikgeburten befinden sich unter CTG-Kontrolle. Im außerklinischen Bereich wird bevorzugt auf nicht-medikamentöse Eingriffe wie Massagen und Akupunktur zurückgegriffen. Dammschnitte werden außerklinisch seltener durchgeführt als in den Kliniken. Ein Drittel der außerklinischen Geburten findet ohne jegliche Eingriffe (Medikamente, Dammschnitte, aber auch Massagen, Naturheilkunde etc.) in den Geburtsverlauf statt. *Insgesamt erleben in Deutschland 8% der gesunden Schwangeren eine Geburt ohne Eingriffe.<sup>5</sup> Außerklinische Geburten laufen zu einem Drittel ohne Eingriffe in den Geburtsverlauf ab; kommt es zu Eingriffen, so werden diese zurückhaltender eingesetzt und sind weniger invasiv als in der Klinik. Die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme verringert die Notwendigkeit von Eingriffen in den Geburtsverlauf.<sup>6</sup>*

## Dauer des aktiven Mitschiebens



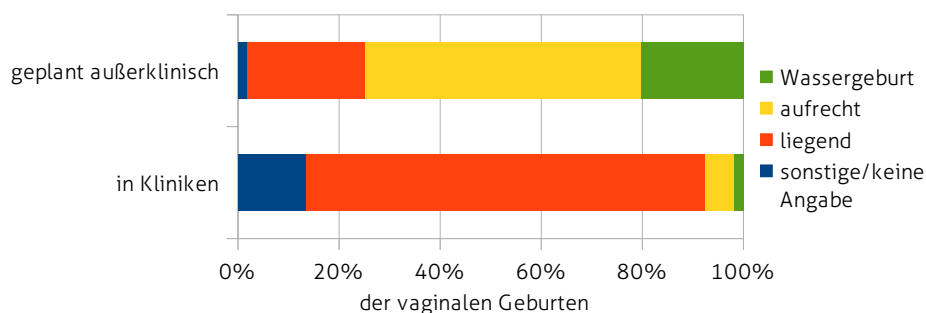
Datengrundlage sind jeweils alle vaginalen Geburten. Auffällig ist, dass unterschiedliche Kategorien angelegt werden. Die Phase des aktiven Mitschiebens wird in Kliniken sehr genau beziffert, außerklinisch existieren gröbere Kategorien. Ein Großteil der Mütter schiebt in beiden Situationen für bis zu 15 bis 20 Minuten aktiv mit. *In Kliniken werden längere Austreibungsphasen (invasiv) unterbunden.*

### Geburtsdauer



Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle vaginalen Geburten von Einlingen. Längere Geburtsverläufe finden sich vor allem bei den außerklinischen Geburten: Jede dritte außerklinische Geburt dauert länger als 12 Stunden, während nur jede fünfte Geburt in der Klinik eine Dauer von 12 Stunden überschreitet. *Mehrgebärende haben in der Regel schnellere Geburten, daher wäre zu erwarten, dass außerklinische Geburten aufgrund des höheren Anteils Mehrgebärender tendenziell kürzer sind als Klinikgeburten. Das Gegenteil ist der Fall. In Geburten in Kliniken wird häufiger invasiv eingegriffen als in Geburten außerhalb von Kliniken, sodass die Geburt schneller beendet ist.*

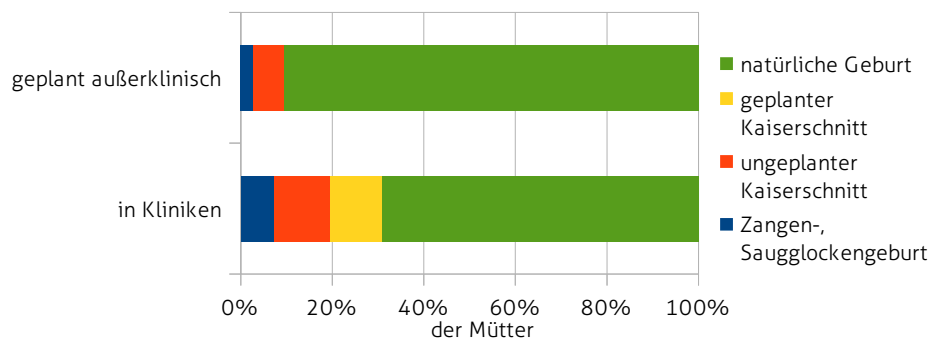
### Gebärpositionen



Datengrundlage sind jeweils alle vaginalen Geburten. In Kliniken findet die Geburt vor allem liegend statt, außerklinisch dominiert die aufrechte Geburt.

Die außerklinisch bevorzugt intuitiv eingenommenen aufrechten Gebärlagen verringern die Wahrscheinlichkeit und Schwere von Geburtsverletzungen.

### Geburtsmodus



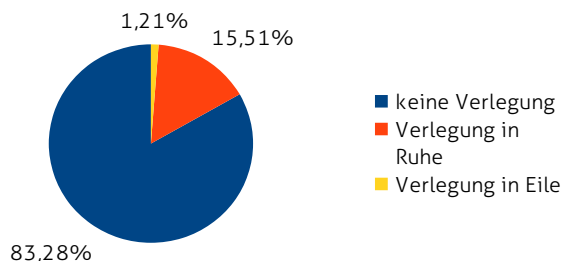
Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle reif geborenen Einlinge (37 bis 41 Schwangerschaftswochen) in regelrechter Schädellage. Natürliche Geburten finden in Kliniken mit einem Anteil von zwei Dritteln statt, außerklinisch sind sie mit 90% die Regel. In Kliniken gibt es einen höheren Anteil an vaginal-operativen Entbindungen (Saugglocken-, Zangengeburt) und ungeplanten Kaiserschnitten. Die vaginal-operativen und Kaiserschnittgeburten außerklinisch begonnener Geburten finden nach einer Verlegung in ein Krankenhaus statt. Bei außerklinischen Geburten entsteht seltener die Notwendigkeit eines operativen Beendens der Geburt. Die kontinuierliche 1:1-Betreuung und die individuelle Abschätzung der persönlichen Risiken begünstigen einen natürlichen Geburtsverlauf.

### Risiken, die während der Geburt entstehen

Für die Klinikgeburten gibt es keine Aufstellung der bei der Geburt aufgetretenen Risiken aller Mütter. Datengrundlage für den Hauptverlegungsgrund bei außerklinischen Geburten sind alle 1865 Verlegungen während der Geburt (16,7% der außerklinisch begonnenen Geburten). Nur in Einzelfällen entstehen Risiken während der Geburt. Diese Frauen werden in eine Klinik verlegt. Eine Verlegung auf Wunsch der Mutter ist ebenso möglich (siehe Seite 16). Bei außerklinisch gebärenden Frauen treten, unter anderem durch die kontinuierliche 1:1-Betreuung, selten Risiken während der Geburt auf. Die Frauen werden entsprechend ihres individuellen Risikos für eine außerklinische Geburt zugelassen. Treten Risiken während der Geburt auf, werden die Frauen, auch vorbeugend, für die weitere Geburt in eine Klinik verlegt. Hauptverlegungsgrund ist ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase. Verlegungen auf Wunsch der Mutter sprechen für eine Achtung des Bauchgefühls der Gebärenden.

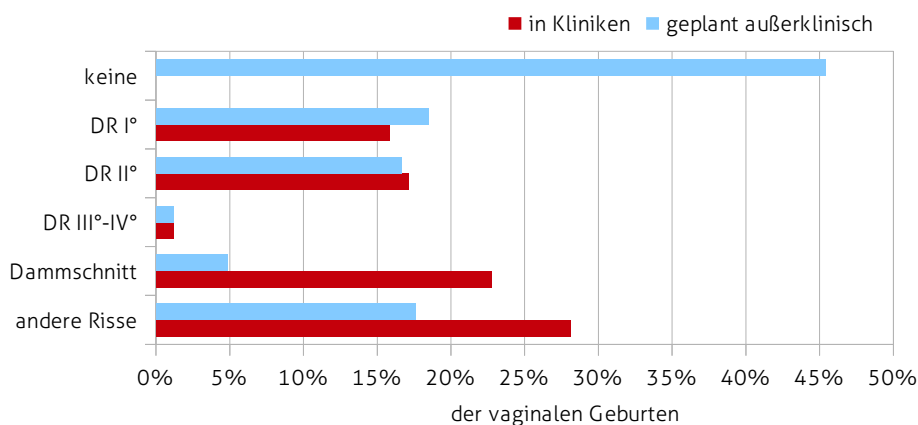


### Verlegung während der Geburt



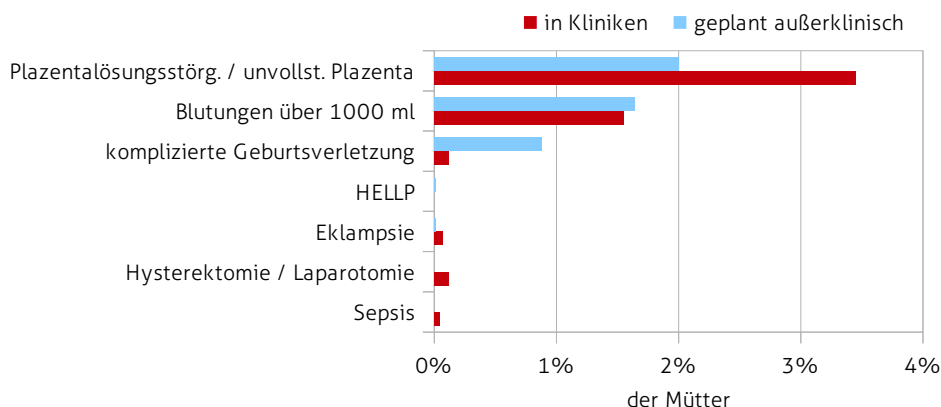
Die meisten Geburten finden am geplanten Geburtsort statt (68,7% der Geburten Erstgebärender, 92,9% der Geburten Mehrgebärender). Findet eine Verlegung während der Geburt in die nächste Klinik statt, so erfolgt sie in der Regel in Ruhe. Nur selten ist eine Verlegung in Eile notwendig. *Die kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme und das individuelle Abschätzen des Geburtsrisikos tragen zu einer sicheren Geburt bei. Hebammen treffen im Bedarfsfall rechtzeitig die Entscheidung, zu verlegen.*

### Geburtsverletzungen der Mutter



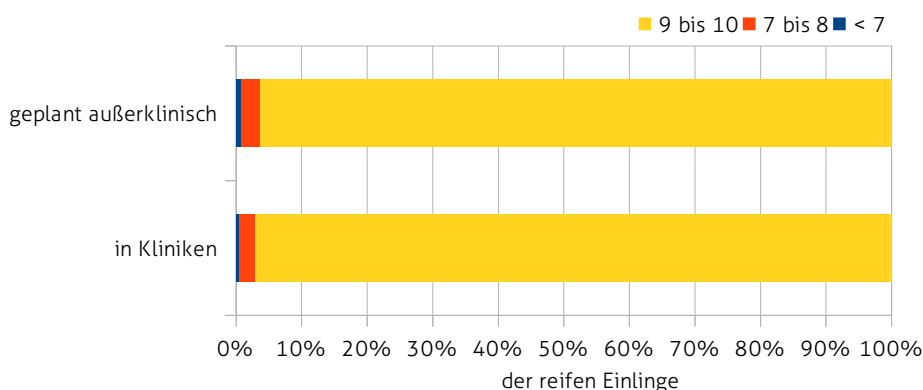
Datengrundlage sind jeweils alle vaginalen Geburten. Es ist nicht dokumentiert, wie hoch in Kliniken der Anteil der Frauen ohne Geburtsverletzung ist. Knapp die Hälfte der außerklinisch gebärenden Frauen erleidet keine Verletzung. Verletzungen sind hier vor allem leichte Dammsrisse (DR I-II). In Kliniken dominiert der Dammschnitt. *Ein Dammschnitt ist eine Verletzung, die nicht durch den Geburtsverlauf, sondern durch den Geburtshelfer erfolgt und anderen Verletzungen vorbeugen soll. In Kliniken ist der Anteil an schweren Rissen und anderen Rissverletzungen höher als außerklinisch, obwohl außerklinisch der Anteil vaginal geborener Kinder deutlich höher ist.*

### Mütterliche Probleme nach der Geburt



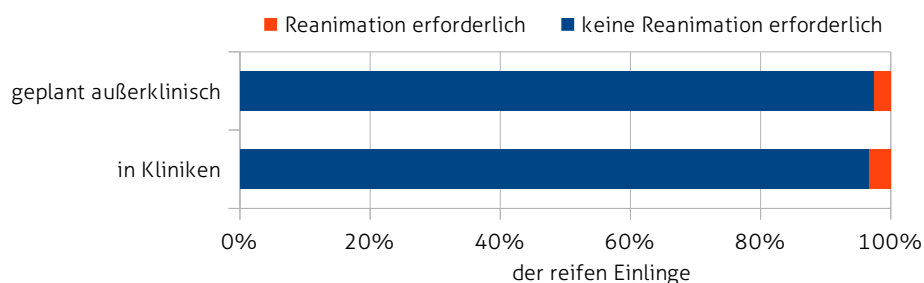
Datengrundlage sind in der Klinik alle vaginalen Geburten. Für die Klinik ist nicht bekannt, wie hoch der Anteil der Frauen ohne Probleme nach der Geburt ist. (Der Anteil behandlungsbedürftiger Probleme ist mit 2,23% angegeben.) Bei den außerklinisch begonnenen Geburten liegt der Anteil der Frauen ohne Probleme bei 94,87%. Auffällig ist, dass bei außerklinischen Geburten (inklusive ungeplanter Kaiserschnitte) weniger Probleme auftreten als bei Klinikgeburten (die in diesem Fall keine Kaiserschnitte beinhalten). *Kontinuierliche Betreuung und wenige Eingriffe in den Geburtsverlauf fördern einen positiven Geburtsausgang für die Mutter.*

### Zustand des Kindes nach 5 Minuten (APGAR)



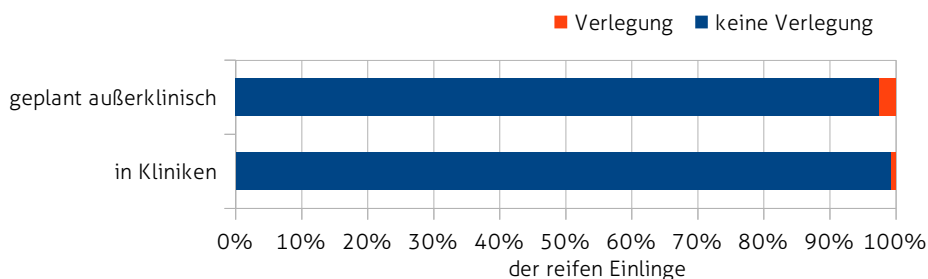
Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle reif geborenen Einlinge (37 bis 41 Schwangerschaftswochen) in regelrechter Schädellage und alle außerklinischen Lebendgeburten. In beiden Gruppen geht es den Kindern nach der Geburt sehr gut (APGAR 9-10). *Der Anteil der Kinder mit niedrigen APGAR-Werten ist ähnlich. Die kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme und weniger Eingriffe in den Geburtsverlauf fördern die Gesundheit von Mutter und Kind.*

### Wiederbelebung des Kindes



Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle reif geborenen Einlinge (37 bis 41 Schwangerschaftswochen) in regelrechter Schädellage und alle außerklinischen Lebendgeburten. Wiederbelebungen sind in beiden Gruppen vergleichbar oft erforderlich.

### Verlegung in Kinderklinik



Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle reifgeborenen Einlinge (37 bis 41 Schwangerschaftswochen) nach Geburt ohne Risiko. Bei außerklinisch geborenen Kindern wird ein etwas größerer Anteil nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt. *Ein großer Teil der Verlegungen erfolgt „zur Beobachtung“ - da Klinikgeburten oft nicht ambulant sind, kann eine Beobachtung vor Ort erfolgen, ohne dass das Kind in eine Kinderklinik verlegt werden muss. Die Gruppen sind jedoch nicht vollständig vergleichbar. Das Ergebnis spricht für eine große Sorgfalt in der außerklinischen Geburtshilfe.*

### Krankheiten des Kindes (außerkl. Geburten)

Datengrundlage sind alle außerklinisch lebendgeborenen Kinder. In seltenen Fällen kommt es zu Komplikationen bei den Kindern (siehe Seite 17). Diese werden im Bedarfsfall in eine Kinderklinik verlegt. Zu den Klinikgeburten gibt es keine Daten. *Dort sind Atemstörungen jedoch ebenfalls als typische Anpassungsstörung bekannt.*

### **Sterblichkeit**

Datengrundlage der Klinikgeburten sind alle Einlinge. Es gibt keinen Unterschied in der Kindersterblichkeit. Weiterhin ist außerklinisch keine Mutter im Zusammenhang mit der Geburt (inklusive Wochenbett) verstorben, in den Kliniken sind 23 Mütter während ihres Aufenthalts verstorben. *Sowohl Geburtskliniken als auch die außerklinische Geburtshilfe tragen zur geringen Müttersterblichkeit in Deutschland bei.*

### **Zusammenfassung**

Eine außerklinische Geburt ist eine bewusste Entscheidung der Mutter und ihrer Geburtshelferinnen. Sie wird verstärkt von Frauen, die bereits ein Kind geboren haben, getroffen, sodass davon auszugehen ist, dass die Erfahrung vorangegangener (Klinik)Geburten einen Einfluss auf die Entscheidung über den Geburtsort und damit die Geburtsbegleitung ausüben. Außerklinisch gebärende Frauen haben tendenziell eine höhere Zahl an Vorsorgeuntersuchungen, während der die bevorstehende Geburt thematisiert werden kann. Die Mütter und Geburtshelferinnen haben genügend Zeit, sich umfassend auf die Geburt vorzubereiten, sowie individuelle Risiken abzuschätzen und sich gegebenenfalls gegen eine außerklinische Geburt zu entscheiden. Außerklinische Geburten werden nur bei reifen Kindern und bei Frauen ohne oder mit nur wenigen Risikofaktoren durchgeführt. Die Risiken sind zu Geburtsbeginn bekannt, sodass die Geburtshelferinnen diese besonders beachten können und handlungsbereit sind.

Meistens erfolgt die Geburt natürlich, aus einer Vielzahl von körperlich günstigen Gebärlagen. Die Geburten unterliegen keinen strengen Zeitvorgaben. Während der Geburt auftretende Komplikationen sind selten. In diesen Fällen erfolgt eine Verlegung in eine Klinik, im Allgemeinen in Ruhe. Der häufigste Verlegungsgrund ist ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase. Wenn die Mutter es wünscht, kann sie ebenso verlegt werden. Die nächste Klinik ist oft in einem Umkreis von weniger als 10km, insbesondere bei Geburten in Geburtshäusern. Im Gegensatz zu Geburten in Kliniken kommt es bei außerklinischen Geburten seltener zu Eingriffen in den Geburtsverlauf, und diese sind in der Regel weniger invasiv. Die intensive und kontinuierliche 1:1-Betreuung durch die Hebamme begünstigt natürliche Geburtsverläufe. Knapp die Hälfte der Frauen gebiert ohne Geburtsverletzung. Der in der Klinik sehr häufig durchgeführte Dammschnitt kommt bei geplant außerklinisch begonnenen Geburten nur selten zum Einsatz. Geburtsverletzungen beschränken sich vor allem auf leichte Dammsrisse.

Bei der Mutter treten selten Probleme nach der Geburt auf. Der Zustand der Kinder, die Notwendigkeit einer Wiederbelebung und die geringe Sterblichkeit

im Zusammenhang mit der Geburt unterscheidet sich nicht von den Werten von Klinikgeburten.

Die Ergebnisse sprechen für eine große Sorgfalt in der außerklinischen Geburtshilfe. Durch die intensive und individuelle 1:1-Betreuung und die Anwesenheit einer Zweithebamme zur Geburt selbst ist eine außerklinische Geburt sicher für Mutter und Kind.

Die Verwendung unterschiedlicher Schwerpunkte und Kategorien in der Dokumentation der Geburten (bspw. Dauer des aktiven Mitschiebens, eingenommene Geburtspositionen, Betreuung während der Geburt, Anteil Frauen ohne Geburtsverletzungen) weist auf unterschiedliche Ansprüche an die Geburtsbegleitung hin.

- 1 Da es sich um zwei verschiedene und teilweise (im Falle der Verlegungen) überlappende Datenquellen handelt, ist ein echter Vergleich nicht möglich, nur ein Nebeneinanderstellen.
- 2 Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung-Leitlinie S1 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe(DGGG). In: AMWF online (Stand Februar 2010), <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-065.html>.
- 3 Ravelli et al., *Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands*, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118(4):457-465, 2011.
- 4 Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken, Hebammenbefragung 2015 des Deutschen Hebammenverbandes und des Picker Instituts Deutschland gGmbH, [https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/DHV\\_Studie\\_Hebammenbefragung2015\\_final\\_web.pdf](https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/DHV_Studie_Hebammenbefragung2015_final_web.pdf).
- 5 Natürliche Geburt in der Klinik - ganz ohne Arzt - Hebammenkreißsäle machen es möglich, Bundesministerium für Bildung und Forschung, <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4095.php>.
- 6 Sandall et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*, Cochrane Database Systematic Reviews, 15(9):CD004667, 2015.

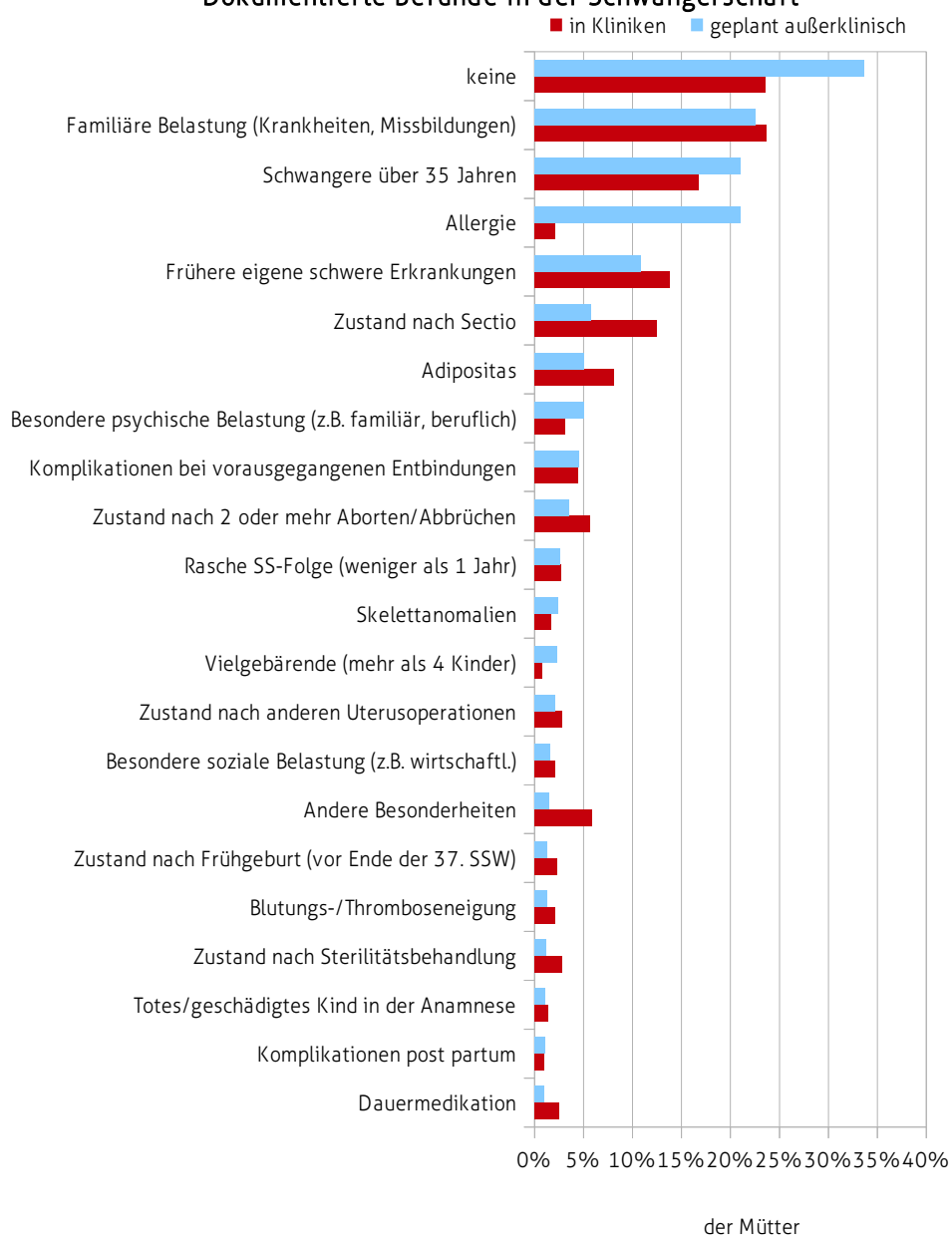
Zusammengefasst von Dipl.-Bioinf. Anja Lück

Stand: 07/206

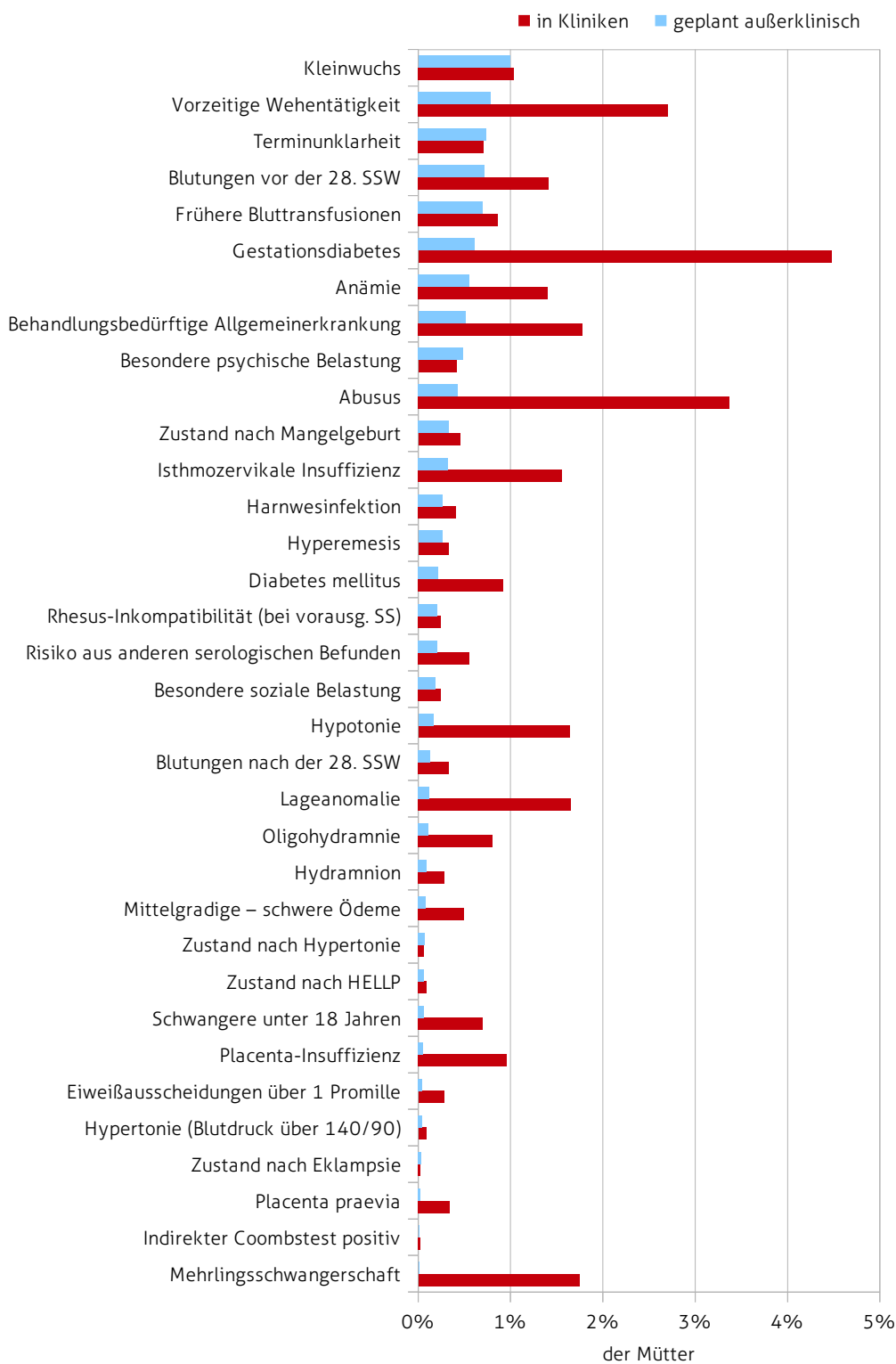
Kontakt: [jena@mother-hood.de](mailto:jena@mother-hood.de)

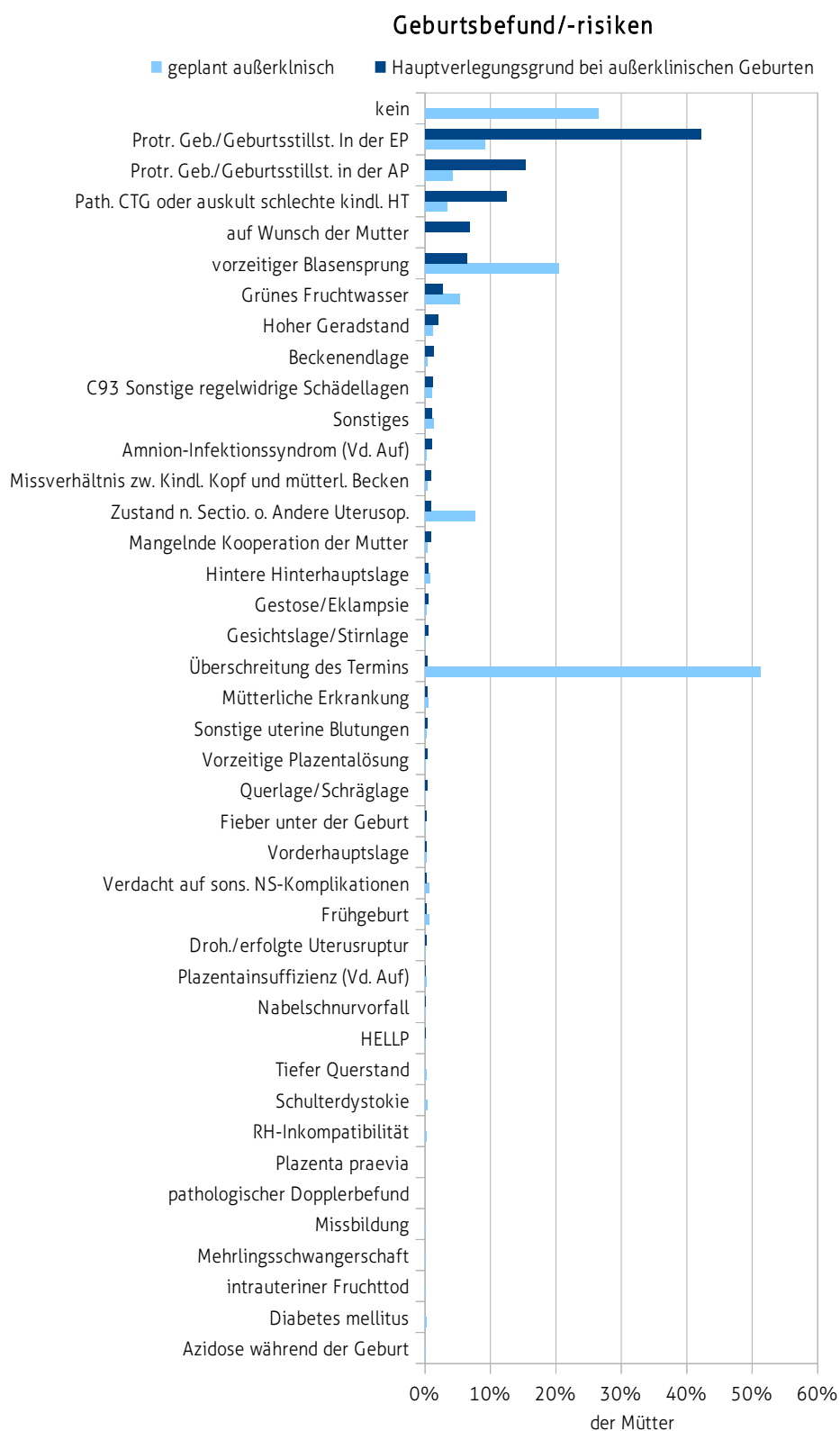
Mother Hood hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen sicher zu stellen. Das veröffentlichte Material wird jedoch ohne ausdrückliche oder stillschweigende Gewähr verbreitet. Die Verantwortung für die Auslegung und Verwendung des Materials trägt der Leser. Mother Hood haftet nicht für aus der Verwendung entstehende Schäden.

## Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft



## Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft







### Krankheiten der Kinder

