

**Beiblatt 1 Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld**  
zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung  
zum Vertrag nach § 134a SGB V

## **1. Präambel**

Die Vertragspartner nach § 134a SGB V,  
der GKV-Spitzenverband,  
der Deutsche Hebammenverband e.V. und  
der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.

haben unter Mitarbeit

des Netzwerkes der Geburtshäuser e.V.,  
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. und  
des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

unter den Gesichtspunkten

- des Qualitätsmanagements,
- der partizipativen Entscheidungsfindung (= shared decision making) unter Beachtung der Sicherheit für die Schwangere und das ungeborene Kind (Patientensicherheit),
- der Aufklärungspflichten der Hebamme im Sinne des § 630e BGB

die fallspezifischen Befunde/Risiken identifiziert, bei denen ein besonderes Vorgehen erforderlich ist, und diese in dem nachstehenden Kriterienkatalog zusammengefasst.

Nachfolgende Ausführungen sollen dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, unter welchen Voraussetzungen Geburten im häuslichen Umfeld von freiberuflich tätigen Hebammen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen.

Berücksichtigung fanden:

- die einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen (insbesondere des Hebammengesetzes, der Berufsordnungen der Länder, der Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses),
- (internationale) Leitlinien (DGGG, DGHWi, NICE usw.),
- Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt,
- Studienergebnisse/Evidenzen/ExpertInnenwissen und
- Kataloge von unterschiedlichen Nationen mit einem Deutschland vergleichbaren Niveau der medizinischen Versorgung, die eine Einteilung von Befunden/Risiken vorgenommen haben, nach denen Geburten in einem außerklinischen oder klinischen Setting zu betreuen sind.

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.

## **2. Leistungsvoraussetzungen und Prozessablauf**

Qualität wird in erster Linie durch die Betreuungsformen und -inhalte bestimmt, sie kann nicht allein durch Befunde/Risikoabklärung garantiert werden. Die Auswahl des Geburtsortes unterliegt einer fortlaufenden Beurteilung in der Gesamtschau aller Befunde. Der folgende Kriterienkatalog enthält

- 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. Voraussetzung hierfür ist eine gründliche Abklärung durch fachärztliches Konsil und/oder weitere fachärztliche Diagnostik und ggf. eine zusätzliche Teamentscheidung sowie eine spezielle Risikoaufklärung.

Bei dem für eine außerklinische Geburt im häuslichen Umfeld notwendigen Besuch des geplanten Geburtsortes vergewissert sich die betreuende Hebamme zudem, dass die Rahmenbedingungen (z. B. Licht, Wasser, Heizung, Rettungszugang) gegeben sind.

### 3. Grenzen des Kriterienkatalogs

Nach Artikel 42 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen haben die Mitgliedsstaaten dafür zu sorgen, dass Hebammen u. a. folgende Tätigkeiten gestattet werden:

- Die Betreuung einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft,
- einer physiologisch verlaufenden Geburt sowie
- eines physiologisch verlaufenden Wochenbettes einschließlich der Durchführung der zur Feststellung eines physiologischen Verlaufs zugehörigen Untersuchungen.

Darüber hinaus gehört die „Erkennung der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen“ zu den Tätigkeiten der Hebammen.

Entsprechende Regelungen finden sich in allen existierenden Berufsordnungen der Länder ebenso wie im Gesetz über das Studium und die Berufserlaubnis von Hebammen (Hebammengesetz – HebGStand: 01.01.2020). Letzteres hält in § 1 fest, dass der Hebammenberuf „insbesondere die selbständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen“ umfasst.

In § 9 Abs. 4 Satz 1 HebG werden die selbstständig durchzuführenden Aufgaben dann dezidiert dargestellt. Dort heißt es unter anderem:

- § 9 Abs. 4 Nummer 1 Buchstabe f) „Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung zu ergreifen“
- § 9 Abs. 4 Nummer 1 Buchstabe k) „die Frau und das Neugeborene fachgerecht in die ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben“

Die gesetzlichen Vorgaben implizieren damit sowohl die Fähigkeit von Hebammen, Regelwidrigkeiten zu erkennen sowie die Hinzuziehung einer Ärztin/ eines Arztes beim Eintreten von Regelwidrigkeiten, sofern es sich hier nicht um einen ausdrücklichen Notfall (insbesondere im Gesetz festgehalten: manuelle Lösung der Plazenta, Wiederbelebungsmaßnahmen) oder um die Durchführung von Steißgeburten in Dringlichkeitsfällen handelt. In der Auflistung aller nachfolgenden Pathologien, die eine Hinzuziehung einer Ärztin/ eines Arztes erforderlich machen,

stößt der folgende Kriterienkatalog an seine Grenzen und kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

#### 4. Kriterienkatalog

(1) Kriterien, die eine Geburt im häuslichen Umfeld im Sinne dieses Vertrages ausschließen:

##### a) anamnestische Risiken

Kriterium	Konkretisierung
Drogenabhängigkeit	Harte Drogen in zeitlichem Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft, z. B. synthetische Drogen, Heroin, Kokain
Alkoholabhängigkeit	Verweis auf S3-LL 022-025 FASD
Adipositas	BMI vor der Schwangerschaft > 35 absolutes Kriterium bei eingeschränkter Beweglichkeit
FGC (Definition nach WHO)	Typ III
Operationen am Gebärmutterkörper (ausschließlich Sectio) gemäß folgender OPS Ziffern: 5-695 Rekonstruktion des Uterus (z. B. nach Ruptur) 5-681.9 Myomentfernung mit ausgedehnter Naht 5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien (z. B. Uterustransplantationen)	
insulinpflichtiger Diabetes	QFR-RL: Level III (gilt nur für insulinpflichtigen Diabetes) LL S3 AWMF 057-023 (gilt nur für präkonzeptionell bekannten Diabetes)
Zustand nach Re-Sectio ohne nachfolgende vaginale Geburt	

##### b) befundete Risiken

Kriterium	Konkretisierung
Infektionen: manifeste Erkrankung in der Schwangerschaft (z. B. offene Tuberkulose)	Bei aktiver Infektion mit nachgewiesener Viruslast über definiertem Grenzwert ist eine außerklinische Geburt ausgeschlossen, s. AWMF-LL 093/001.  <b>Sonderbestimmungen:</b> HIV: AWMF-LL 055/002 erfordert Anbindung an ein HIV-Zentrum mit Behandlung im FA-Team, denn Kind/Mutter brauchen bei nachgewiesener Viruslast Behandlung!  Erstinfektion mit Herpes genitalis: Bei Schwangeren mit genitalen Herpesläsionen und/oder mit positivem Virusnachweis kurz vor dem oder am Entbindungstermin ist eine Sectio caesarea indiziert, um das Neugeborene vor einer schweren Infektion durch Übertragung zu schützen (Leitlinie 093-001 „Labordiagnostik schwangerschaftsbedingter Virusinfektionen“ *).

	Hepatitis: Die Impfung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt bei HBs-Ag-positiver Schwangeren muss gewährleistet sein.
Nachgewiesene Blutgruppen-Inkompatibilität	
Thrombose in dieser Schwangerschaft	
Übertragung 42 + 0, nach gesichertem ET	Geburtsstermin aufgrund der Scheitel-Steiß-Länge nach Ultraschalluntersuchung und/oder Berücksichtigung des Konzeptionstermins
SIH, HELLP-Syndrom	
Plazenta praevia	
fachärztlich gesicherte Plazentainsuffizienz	
Geburt (oder vorzeitiger Blasensprung) vor 37 + 0 Schwangerschaftswoche bei gesichertem Termin	

Kriterium	Konkretisierung
<u>Darüber hinaus können bei Geburtsbeginn oder unter der Geburt bislang unbekannte Befunde auftreten, die einer außerklinischen Geburt entgegenstehen:</u>	
grünes Fruchtwasser	Ausschluss, sofern „dickgrün“ bei unreifen vag. Befund und in Abhängigkeit von der Parität
protrahierte Geburt	Vorgehen laut AWMF LL 015-083 S3 „Die vaginale Geburt am Termin“ *)
Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom	
Fieber > 38°C	
Schräg-/ Querlage des Kindes	
pathologische fetale Herzöne	Vorgehen laut AWMF LL 015-083 S3 „Die vaginale Geburt am Termin“ *)
pathologische Blutungen bei Geburtsbeginn	

(2) Kriterien, die eine Geburt im häuslichen Umfeld

- nach gründlicher Abklärung durch fachärztliches Konsil und/oder weitere fachärztliche Diagnostik (z. B. Labordiagnostik)
- und ggf. zusätzlicher Teamentscheidung

sowie nach spezieller Risikoauflärung nicht ausschließen:

**a) anamnestische Risiken**

Kriterium	Konkretisierung
Nikotinabusus	relatives Kriterium > 20 Zig/d
Adipositas mit Komorbidität	BMI vor der Schwangerschaft > 30
schwere Allgemeinerkrankung, es sei denn, dass aus fachärztlicher Sicht keine Einwände bestehen	Die Hebamme setzt sich mit den jeweils zuständigen Facharzt*innen in Verbindung.
FGC ( WHO Definition)	Typ I und II nach genauer Abwägung
Operationen am Gebärmutterkörper (ausschließlich Sectio) gemäß folgender OPS-Ziffern: 5-681.1 Exzision eines kongenitalen Septums 5-681.2 Enukeation eines Myoms 5-681.3 Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus	

5-681.8 Myomentfernung ohne ausgedehnte Naht	
Gerinnungsstörungen	
Thromboembolie in der Anamnese	
HELLP in der vorausgegangenen Schwangerschaft	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko, s. auch S1-LL AWMF 015/018 „Überwachung nach den Kriterien einer Risikoschwangerschaft“
Hoher postpartaler Blutverlust mit hämodynamischen Auswirkungen bei vorausgegangener Schwangerschaft	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko
Vorzeitige Plazentalösung bei vorausgegangener Schwangerschaft	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko
Zustand nach manueller Lösung	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko
Schulterdystokie bei vorausgegangener Schwangerschaft	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko
Totgeborenes oder unter der Geburt beeinträchtigtes Kind in der Anamnese	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko

## b) befundete Risiken

Kriterium	Konkretisierung
Myom	
Infektionen nach Exposition mit relevantem Kontakt (Masern, Windpocken, Ringelröteln, Zytomegalie)	<b>Generelles Vorgehen:</b> Titerbestimmung bzw. Abstrichentnahme zur Abklärung des Immunstatus bzw. Diagnostik, Rücksprache mit Facharzt (Labormedizin, Gynäkologie, Innere) zur Unterscheidung zwischen aktiver Infektion und serologischer Narbe; ggfs. ärztliche Behandlung veranlassen
Beckenanomalien	
Therapieresistente Anämie mit einem Hb unter 10 g/dl	<u>relative Kriterien:</u> milde Anämie mit 10 bis < 11 g/dl bei klinischer Symptomatik und moderate Anämie mit 7 bis < 10 g/dl in Abhängigkeit vom Ferritinspiegel <u>absolutes Kriterium:</u> schwere Anämie mit < 7 g/dl. Als Grenzwert für Eisenmangel bietet sich Ferritin < 30 µg/l an, ein Ferritinwert < 15 µg/l zeigt völlig entleerte Eisenspeicher an
unklarer Geburtstermin Verdacht auf Übertragung Terminüberschreitung	unklarer/unbekannter Geburtstermin aufgrund fehlender Angaben zur Scheitel-Steiß-Länge nach Ultraschalluntersuchung oder fehlender Einschätzung der Frau

	Überschreitung des Termins 41+0, +/- 2 Tage: fachärztliches Konsil
Blutungen im letzten Drittel der Schwangerschaft	
Gestationsdiabetes (GDM)	S3-LL AWMF 057-008 (Gestationsdiabetes) in Verbindung mit LL S2k AWMF 024-006 „Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter“
vorzeitiger Blasensprung	spätestens 24 Std. nach gesichertem BS => Laborkontrolle, befundabhängig Einleitung
Hydramnion, Oligohydramnion	
Verdacht auf fetale Makrosomie (Gewicht über der 95. Perzentile)	
kindliche Fehlbildungen	

(Stand: 14.01.2020; eine Überarbeitung soll spätestens in fünf Jahren erfolgen)

Bei einer geplanten Geburt mit im Verlauf der Schwangerschaft diagnostizierter infauster Prognose oder intrauterinem Fruchttod ist eine Geburt im häuslichen Umfeld in Abwägung der fallspezifischen Besonderheiten/ Risiken für die Mutter möglich.

Ist die Präsenz einer Ärztin / eines Arztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe unter der Geburt sichergestellt, ist eine Geburt aus Beckenendlage sowie die Geburt von Zwillingen im häuslichen Umfeld möglich.

\*) Voraussichtliche Veröffentlichung 1. Juli 2020