

## FAQ Tabelle Kriterien für außerklinische Geburtshilfe

Der nun vorliegende Kriterienkatalog löst die Ausschlusskriterien ab und ist für beginnende Betreuungen seit dem 01. April 2020 gültig. Die Arbeitsgruppe, die diesen Katalog erarbeitet hat, sieht sich in einem Prozess. Demzufolge werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse eine Bewertung der vorliegenden Liste nach sich ziehen. Spätestens 2025 muss eine vollständige Überarbeitung stattfinden.

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

### a) anamnestische Risiken

Kriterium	Konkretisierung	Anmerkung
Drogenabhängigkeit	Harte Drogen in zeitlichem Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft, z. B. synthetische Drogen, Heroin, Kokain	Auch Schwangere mit Drogen-Ersatzpräparaten wie Methadon.
Alkoholabhängigkeit	Verweis auf LL 022-025 S3 FASD	<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025I_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025I_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06.pdf</a>
Adipositas	BMI vor der Schwangerschaft > 35 absolutes Kriterium mit eingeschränkter Beweglichkeit	Ein BMI > 35 zieht nach derzeitiger Studienlage ein erhöhtes Risiko für eine Wehenschwäche und damit einhergehend auch ein erhöhtes Risiko für Nachblutung pp nach sich. Eine eingeschränkte Beweglichkeit erhöht die Gefahr der Schulterdystokie

FGC (Def. nach WHO)	Typ III (Infibulation)	FGC/FGM: weibliche Genitalbeschneidung <a href="https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation">https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation</a>
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)	Bei Schwangeren, die vor oder in dieser Schwangerschaft insulinpflichtig sind, ist grundsätzlich eine außerklinische Geburt ausgeschlossen. Laut LL ist die Geburt an eine Klinik mit Kinderklinik gebunden.
Zustand nach Re-Sectio ohne nachfolgende vaginale Geburt		

## b) befundete Risiken

<p>Infektionen: manifeste Erkrankung in der Schwangerschaft (z.B. offene Tuberkulose)</p>	<p>Bei aktiver Infektion mit nachgewiesener Viruslast über definiertem Grenzwert ist eine außerklinische Geburt ausgeschlossen, s. AWMF-LL 093/001.</p> <p><b>Sonderbestimmungen:</b>  <u>HIV:</u> AWMF-LL 055/002 erfordert Anbindung an ein HIV-Zentrum mit Behandlung im FA-Team, denn Kind/Mutter brauchen bei nachgewiesener Viruslast Behandlung!  <u>Erstinfektion mit Herpes genitalis:</u>  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“ *).</p> <p><u>Hepatitis:</u> Die Impfung des</p>	<p>Hier wird von einem akuten Infektionsgeschehen ausgegangen.</p>
---	--	--

	Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt bei HBs-Ag-positiver Schwangeren muss gewährleistet sein.	
Nachgewiesene Blutgruppen-Inkompatibilität		Rhesusfaktor neg Schwangere können grundsätzlich eine Geburt im häuslichen Umfeld anstreben. Sind in dieser Schwangerschaft allerdings wiederholt durch Laborbefund Antikörper (die eindeutig nicht von der Anti-D Gabe stammen) nachgewiesen, was auf eine Blutgruppeninkompatibilität hindeutet, ist dies nicht möglich.
Thrombose in dieser Schwangerschaft		Es handelt sich um einen Verschluss eines tiefen venösen Gefäßes.
Übertragung 42+0, nach gesichertem ET	Geburtsstermin aufgrund der Scheitel-Steiß-Länge nach Ultraschalluntersuchung und/oder Berücksichtigung des Konzeptionstermins	Der voraussichtliche Geburtsstermin wird bestimmt durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menstruationsanamnese und Angaben zur Konzeption seitens der Schwangeren oder/und</li> <li>• SSL per Frühultraschall bis zur 12. Schwangerschaftswoche</li> </ul> Und im Laufe der Schwangerschaft durch Leopold'sche Handgriffe und Messungen des Symphysen-Fundus-Abstand im Schwangerschaftsverlauf bestätigt.
SIH, HELLP-Syndrom		

Plazenta praevia		Es wird hier ausdrücklich auf eine detaillierte Qualifizierung verzichtet. Der Sitz der Plazenta wird spätestens im Rahmen des 3. Ultraschalls (30.–32. Schwangerschaftswoche) definiert.
Fachärztlich gesicherte Plazentainsuffizienz		<ul style="list-style-type: none"> <li>Plazentainsuffizienz wurde per (Doppler-) Ultraschall (Wachstumsretardierung/ Oligohydramnion/ eingeschränkter Blutfluss) bestätigt und dokumentiert und die Hebamme stellt mit Hilfe der Leopold'schen Handgriffen und Messungen des Symphysen-Fundus-Abstands eine Retardierung fest.</li> </ul>
Geburt (oder vorzeitiger Blasensprung) vor 37 + 0 Schwangerschaftswoche bei gesichertem Termin		
<p><b>Darüber hinaus können bei Geburtsbeginn oder unter der Geburt bislang unbekannte Befunde auftreten, die einer außerklinischen Geburt entgegenstehen:</b></p>		
Grünes Fruchtwasser	Ausschluss, sofern dickgrün bei unreifen vag. Befund und in Abhängigkeit von der Parität	Sofern die Verlegung aufgrund einer (sehr) dynamischen Austreibungsphase nicht mehr möglich ist, erfolgt die Beendigung im außerklinischen Setting unter bestmöglichen Bedingungen. Die Überleitung in die Klinik wird durch folgende Punkte bestimmt:

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erst- oder Mehrgebärende</li> <li>• Muttermundseröffnung</li> <li>• Wehentätigkeit</li> </ul>
Protrahierte Geburt	Vorgehen laut AWMF LL 015-083 S3 „Die vaginale Geburt am Termin“ *)	Noch steht diese LL nicht zur Verfügung, daher findet das Kriterium derzeit (noch) keine Anwendung. Seitens der Vertreterinnen der Hebammen wurde eine zeitliche Vorgabe zum Geburtsablauf abgelehnt. Inwieweit in der LL Angaben hierzu gemacht werden, war zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Kriterien nicht bekannt. Es kann bei diesem Kriterium durch die LL zu Anpassungen kommen.
Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tachykardie des Kindes nach FIGO</li> <li>• Steigende Temperatur, beschleunigter Puls der Mutter</li> <li>• ggf. Laborbefunde</li> </ul>
Fieber > 38°C		Bei Temperatur der Mutter über 38 °C ist auszuschließen: Durstfieber, überwärmte Räume/Kleidung/zu warmes Entspannungsbad Nochmalige Kontrolle => wird Fieber bestätigt Überleitung in die Klinik.
Schräg-/ Querlage des Kindes		Bei Geburtsbeginn durch Leopold'sche Handgriffe bestätigt.

Pathologische fetale Herztöne		Noch steht diese LL (AWMF LL 015-083 S3 „Die vaginale Geburt am Termin“) nicht zur Verfügung, daher findet dieses Kriterium derzeit (noch) keine Anwendung. Inwieweit in der LL Angaben hierzu gemacht werden, war zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Kriterien nicht bekannt. Es kann bei diesem Kriterium durch die LL zu Anpassungen kommen.
Pathologische Blutungen bei Geburtsbeginn		Bei starker Blutung ist immer die Ursache abzuklären.

(2) Kriterien, die eine Geburt im häuslichen Umfeld

- nach gründlicher Abklärung durch fachärztliches Konsil und/oder weitere fachärztliche (z.B. Labordiagnostik)
- und ggf. Teamentscheidung, sowie nach spezieller Risikoaufklärung nicht ausschließen:

a) **Anamnestiche Risiken**

Kriterium	Konkretisierung	Anmerkung
Nikotinabusus	Relatives Kriterium >20 Zig/d	
Adipositas mit Komorbidität	BMI vor der Schwangerschaft > 30 relatives Kriterium	Hebammen müssen prüfen, welche Handlungsmöglichkeiten sie haben, wenn in einer Notfallsituation Gebärende mit einem hohen BMI zu lagern oder zu transportieren sind.

Schwere Allgemeinerkrankung, es sei denn, dass aus fachärztlicher Sicht keine Einwände bestehen	Die Hebamme setzt sich mit den jeweils zuständigen Fachärzt*innen in Verbindung.	Zum Beispiel bei Schilddrüsenerkrankung, Morbus Crohn, Epilepsie, Skoliose schriftliche Einschätzung empfohlen
FGC (WHO Definition)	Typ I und II nach genauer Abwägung	<a href="https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation">https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation</a>
Operationen am Gebärmutterkörper (ausschließlich Sectio) gemäß folgender OPS-Ziffern: 5-681.1 Exzision eines kongenitalen Septums 5-681.2 Enukleation eines Myoms 5-681.3 Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus 5-681.8 Myomentfernung ohne ausgedehnte Naht		Beachten: zeitliche Abstand zwischen Operation und Schwangerschaft erfragen und im Einzelfall entscheiden
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 LL S1 AWMF 015/018 „Überwachung nach den Kriterien	Gibt es im Laufe der Schwangerschaft erste Anzeichen einer Präeklampsie ist von einer außerklinischen Geburt abzusehen. Neben der Beurteilung des kindlichen Wachstums kommt dem Befinden der Schwangeren, Laborwerte und RR-Kontrolle eine wichtige Rolle zu shared decision making: Def. siehe unten



	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	Anamnese besonders beachten: Einleitung bei der letzten Geburt? Wenn ja, womit? Dauer der Geburt? Medikamenteneinnahme vor oder während der Geburt, die eine Blutung verstärkt? Interventionen (Kristeller u.a.), die eine Blutung verstärkt haben könnten? Plazentalösungsstörung? shared decision making: Def. siehe unten
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	Anamnese: Hypertonie? Präeklampsie? shared decision making: Def. siehe unten
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	Nach vorausgegangener vaginaler Geburt erfragen: Management der Plazentaphase, Cordtraktion? shared decision making: Def. siehe unten
Schulterdystokie bei vorausgegangener Schwangerschaft	Für die jetzige Schwangerschaft: shared decision making (Hebamme/Ärzt*innen), gründliche Anamnese mithilfe des entsprechenden	Erfragen der Geburtsposition, Gewicht des Kindes, Beckenanomalie, forcierte Austrittsphase, Kindliches Outcome? shared decision making: Def. siehe unten

	Krankenblattes und erweiterte Aufklärung zu diesem Risiko	
Totgeborenes oder unter der Geburt beeinträchtigt 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	shared decision making: Def. siehe unten

#### b) Befundete Risiken

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	In welchem Trimenon hatte die Schwangere Infektion/Kontakt mit einer der genannten Erkrankungen? Impfstatus

	veranlassen.	
Beckenanomalien		z. B. Hüftdysplasie, nach Beckenbruch
Therapieresistente Anämie mit einem Hb unter 10g/dl	<p><u>relative Kriterien:</u> milde Anämie mit 10 bis &lt; 11 g/dl bei klinischer Symptomatik und moderate Anämie mit 7 bis &lt; 10 g/dl in Abhängigkeit vom Ferritinspiegel</p> <p><u>absolutes Kriterium:</u> schwere Anämie mit &lt; 7 g/dl.</p> <p>Als Grenzwert für Eisenmangel bietet sich Ferritin &lt; 30 µg/l an, ein Ferritinwert &lt; 15 µg/l zeigt völlig entleerte Eisenspeicher an</p>	<p>Symptome erfragen</p> <p>Relatives Kriterium: Milde Anämie mit klinischer Symptomatik</p> <p>Relatives Kriterium bei moderate in Abhängigkeit zum Ferritinspiegel</p> <p>Absolutes Kriterium: &lt; 7 g/dl</p>
unklarer Geburtstermin, Verdacht auf Übertragung Terminüberschreitung	<p>Unklarer/unbekannter Geburtstermin aufgrund fehlender Angaben zur Scheitel–Steiß–Länge nach Ultraschalluntersuchung oder fehlender Einschätzung der Frau</p> <p>Überschreitung des</p>	<p>Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Geburtsbeginns.</p> <p>Bei einem unklaren Geburtstermin ist das Abwarten über die rechnerische 42+0 möglich. Eine Befundung zur Beschaffenheit der Plazenta und Fruchtwassermenge wird in die Entscheidung mit einbezogen. Die Schwangere wird über Risiken und die Möglichkeit der Einleitung aufgeklärt.</p> <p>Terminbestimmung/Verschiebungen laut U'Schall in einer späteren Schwangerschaftswoche finden keine Berücksichtigung.</p> <p>NICE Guideline: Antenatal care for uncomplicated pregnancies (Clinical</p>

	Termins 41+0, +/- 2 Tage: fachärztliches Konsil	guideline [CG62] 2008, zuletzt Feb. 2019 aktualisiert)
Blutungen im letzten Drittel der Schwangerschaft		Persistierende, frisch rote Blutung, es ist nicht eine bräunliche Schmierblutung z.B. nach vag Untersuchung oder Geschlechtsverkehr gemeint. Hier muss die Blutungsursache abgeklärt werden und danach richtet sich die Entscheidung zum Geburtsort.
Gestationsdiabetes (GDM)	S3-LL AWMF 057-008 (Gestationsdiabetes) in Verbindung mit LL S2k AWMF 024-006 „Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter“	Die Schwangere hat stabile Blutzuckerwerte durch Ernährungsregeln, der Fetus entwickelt keine Makrosomie (oberhalb der 95. Perzentile am ET (4350g). Eine Hausgeburt ist möglich, wenn die Überwachung des Neugeborenen laut der LL S2k 024-006 gewährleistet werden kann. „Liegen zwei aufeinanderfolgende präprandiale Blutglukosewerte > 35 mg/dl [ $\geq$ 2,0 mM] (bei asymptomatischen Kindern ohne perinatale Azidose) bzw. > 45 mg/dl [ $>$ 2,5 mM] (bei einmalig symptomatischen Kindern oder nach perinataler Azidose) kann in der Regel auf weitere Blutglukosemessungen verzichtet werden, sofern das Kind asymptomatisch bleibt.“
Vorzeitiger Blasensprung	spätestens 24h nach gesichertem BS => Laborkontrolle, befundabhängig Einleitung	Temperatur + Puls Kontrolle spätestens 4-stündlich. Hat die Hebamme eine Laboranbindung, soll sie eine Bestimmung der Entzündungswerte innerhalb von 24h nach BS ohne Wehen veranlassen. Ergeben sich Auffälligkeiten, muss eine Überleitung in die Klinik zu Einleitung umgehend veranlasst werden. Hat die Hebamme keinen Zugang zu einem Labor, muss sie die Schwangere spätestens nach 24h in die Klinik überleiten. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#prelabour-rupture-of-membranes-at-term">https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#prelabour-rupture-of-membranes-at-term</a>
Hydramnion, Oligohydramnion		Abklärung unbedingt erforderlich

Verdacht auf fetale Makrosomie (Gewicht über der 95. Perzentile)		Im Schwangerschaftsverlauf bestätigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultraschall,</li> <li>• Leopold'sche Handgriffe und</li> <li>• Messung des LU und SFA</li> </ul>
Kindliche Fehlbildungen		Müssen bestätigt und dokumentiert sein. Wenn keine unmittelbare fachärztliche Behandlung des Neugeborenen nach der Geburt notwendig ist, steht einer Hausgeburt nichts im Wege.

### **Allgemeine Anmerkungen:**

Hebammen sind an die Berufsordnungen der Länder und das Hebammengesetz gebunden. Sie sind aufgefordert sich über den neuesten Stand der Forschung zu informieren und kennen die aktuellen Leitlinien, die für ihre Arbeit relevant sind. Sie nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Der hier vorliegende Katalog bezieht sich auf die Vergütung der Geburt im häuslichen Umfeld, entbindet die Hebamme aber nicht von ihrer fachlichen Verantwortung.

**Shared decision making** heißt Schwangere sollen und wollen in Therapieentscheidungen miteinbezogen werden. Sie erwarten eine patientenzentrierte Kommunikation mit ihrer Hebamme und ihrem Arzt/Ärztin und eine ausführliche Information. Die Entscheidung zu einer spezifischen Behandlungsmethode seitens der Hebamme erfolgt nach ausführlicher, möglichst evidenzbasierter Information und Abwägung aller Alternativen in gemeinsamer Verantwortung der Schwangeren und der Hebamme. Diese Entscheidung wird dokumentiert und von beiden Seiten unterschrieben.

### **Evidenzbericht zur intrapartalen Ultraschalldiagnostik des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):**

Die Testgüte des Ultraschalls zur Genauigkeit der Schätzung des kindlichen Gewichts und / oder zum Erkennen von Wachstumsauffälligkeiten und Plazentopathologien bleibt unklar, [...] Aufgrund der unzureichenden Datenlage zur Testgüte der Ultraschalldiagnostik zum Erkennen von Wachstumsauffälligkeiten und Plazentopathologien sowie aufgrund der unklaren Vor- und Nachteile von Managementanpassungen bei

diesbezüglich auffälligem Befund kann keine Aussage zu Vor- und Nachteilen des Ultraschalleinsatzes bezüglich kritischer oder wichtiger maternaler und neonataler Endpunkte getroffen werden.“ (IQWiG 2018)

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. Die Diagnose ist fachärztlich bestätigt und entsprechend dokumentiert und in der Geburtsdokumentation der Hebamme hinterlegt. Die Eltern werden darüber aufgeklärt, dass keine lebenserhaltenden Maßnahmen im häuslichen Umfeld möglich sind. Der Kontakt zu einer Einrichtung des Hospizdienstes wird der Schwangeren/den Eltern angeboten.