



# Kliniktransfer der Mutter in der außerklinischen Geburtshilfe – Unterschiede in Abhängigkeit des vorausgegangenen Geburtsmodus

Lea Beckmann\*, Charlotte Ullrich\*\*, Sabine Metzging\*\*\*, Claudia Hellmers\*

\*Hochschule Osnabrück - Universität Witten/Herdecke \*\*Hochschule Osnabrück \*\*\*Universität Witten/Herdecke – Hochschule Osnabrück

## Hintergrund:

In Deutschland entscheiden sich jährlich ca. 11.000 (1,7%) der schwangeren Frauen für eine Geburt im außerklinischen Setting.<sup>1</sup> Mit der steigenden Sectorate (33% in 2011)<sup>2</sup> wächst auch die Anzahl der Mütter, die nach einem erlebten Kaiserschnitt die Geburt ihres nächsten Kindes im Geburtshaus oder Zuhause beginnen.<sup>1</sup> Internationale Fachgesellschaften empfehlen die vaginale Geburt nach Sectio caesarea (vaginal birth after caesarean – VBAC), unter Berücksichtigung einer Risikoabwägung.<sup>3</sup> Das außerklinische Setting wird in diesem Zusammenhang jedoch kontrovers diskutiert.<sup>4, 5</sup> Als gefürchtete Komplikationen gelten die Uterusruptur und Blutungen in Folge von Plazentalösungsstörungen.<sup>6</sup> Die Verlegungsrate der Mütter in ein Krankenhaus kann in diesem Kontext neben anderen Outcome-Parametern als Qualitätskriterium für die Arbeit der Hebammen herangezogen werden. In den wenigen internationalen Studien zum Thema VBAC im außerklinischen Setting variiert die Verlegungsrate während der Geburt von einem außerklinischen in ein klinisches Setting zwischen 8,7% und 41,2%.<sup>4, 5</sup> Die Anzahl der Verlegungen ist geringer, wenn die Mütter neben dem erlebten Kaiserschnitt auch vaginal geboren haben.

## Fragestellung

- Unterscheiden sich die Verlegungsraten während und nach der Geburt von einem außerklinischen in ein klinisches Setting bei Frauen mit einem vorausgegangenen Kaiserschnitt zu Erstgebärenden und Müttern, die ihr letztes Kind vaginal geboren haben?
- Beeinflusst der letzte Geburtsmodus die mütterliche Verlegung nach der Geburt?
- Welche Unterschiede lassen sich unter den Hauptverlegungsgründen bei Frauen mit Status nach Kaiserschnitt im Vergleich zu Erstgebärenden oder zu Frauen, die eine vaginale Geburt als vorausgegangenen Geburtsmodus erleben, darstellen?
- Welche Komplikationen werden dokumentiert die zu einer mütterlichen Verlegung während oder nach der Geburt von einem außerklinischen in ein klinisches Setting führen?

## Methode:

Sekundärdatenanalyse der Perinataldaten der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland aus den Jahren 2005 bis 2011. Eingeschlossen sind 66.437 Frauen mit Einlingen, in Schädellage, am Entbindungstermin (ET-21 Tage bis ET+14 Tage). Der Datensatz beinhaltet 25.000 Erstgebärende und 41.437 Zweit- und Mehrgebärende. Davon haben 2.217 Frauen einen direkt vorausgegangenen Kaiserschnitt. Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den drei Gruppen wird der Chi<sup>2</sup>-Test mit einem Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  gewählt.

Abb. 1:

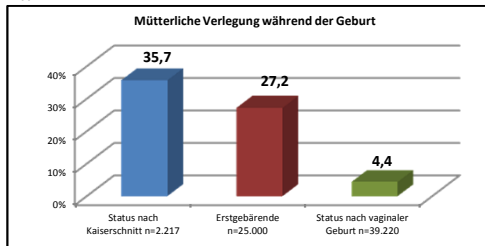
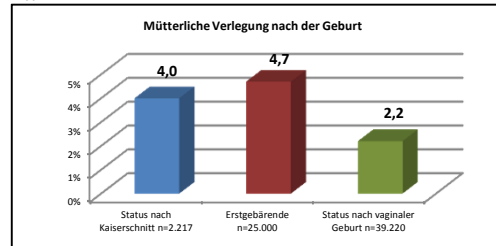


Abb. 2:



## Ergebnisse:

- 14% aller Frauen werden während der Geburt von einem außerklinischen Setting in eine Klinik verlegt.
- Bei Frauen mit einem direkt vorausgegangenen Kaiserschnitt ist die Verlegungsrate während der Geburt signifikant höher, als bei Erstgebärenden und bei Frauen die zuvor vaginal geboren haben ( $p < 0,05$ ) (Abb. 1).
- Erstgebärende werden nach der Geburt am häufigsten verlegt, jedoch nicht signifikant häufiger als Frauen mit Kaiserschnitt ( $p = 0,11$ ) (Abb.2).

Abb. 3:

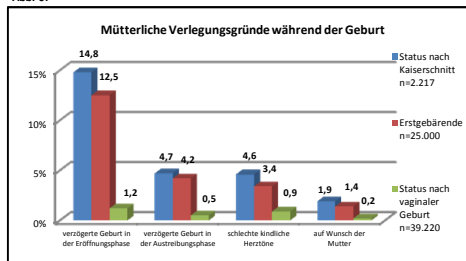
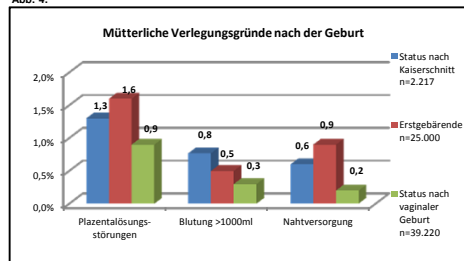


Abb. 4:



## Ergebnisse:

- Der häufigste Verlegungsgrund ist die verzögerte Geburt in der Eröffnungsphase, unabhängig vom vorangegangenen Geburtsmodus. Frauen nach einem Kaiserschnitt werden signifikant häufiger aufgrund von verzögerter Eröffnungsperiode verlegt als Erstgebärende und Frauen nach einer vaginalen Geburt ( $p < 0,05$ ) (Abb. 3).
- Bei der verzögerten Austreibungsphase besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Erstgebärenden und den Müttern mit vorangegangenem Kaiserschnitt ( $p = 0,19$ ). Alle anderen Unterschiede sind signifikant ( $p < 0,05$ ) (Abb. 3).
- Die häufigsten mütterlichen Verlegungsgründe nach der Geburt sind Plazentalösungsstörungen, Blutungen  $> 1.000$ ml und die klinische Nachtsversorgung in Folge von Geburtsverletzungen (Abb. 4).
- In dieser Untersuchung gibt es keinen signifikanten Unterschied bei den Hauptverlegungsgründen aufgrund von Plazentalösungsstörungen von Frauen nach einem Kaiserschnitt und Erstgebärenden ( $p = 0,30$ ) und Frauen nach einer vaginalen Geburt und Erstgebärenden ( $p = 0,08$ ) (Abb. 4).
- Die Blutungen  $> 1.000$  ml kommen in der Gruppe der Mütter mit einem vorausgegangenen Kaiserschnitt am häufigsten vor, jedoch sind die Unterschiede zu den Erstgebärenden nicht signifikant ( $p = 0,19$ ) (Abb. 4). Alle anderen Unterschiede sind signifikant ( $p = 0,05$ ).

## Diskussion:

Die hohe Verlegungsrate während der Geburt von Frauen nach einem Kaiserschnitt kann als Hinweis für die umsichtige Arbeitsweise der außerklinisch arbeitenden Hebammen interpretiert werden,<sup>4</sup> da bei verzögerten Geburtsverläufen signifikant häufiger verlegt wird als bei Erstgebärenden. Die Verlegungsrate nach der Geburt unterscheidet sich nicht von der Verlegungsrate der Erstgebärenden. Die international diskutierte deutliche Erhöhung der Plazentalösungsstörungen und der hohe Blutverlust<sup>4</sup> bei Status nach Sectio caesarea kann in dieser Analyse nur im Vergleich zu Müttern nach einer vaginalen Geburt aufgezeigt werden. Hier ist weitere Forschung notwendig, die das Risiko der VBAC im außerklinischen Setting untersuchen. Vor dem Hintergrund des Ergebnisses dieser Untersuchung ist die rasche Erreichbarkeit einer Klinik sowie die umfangreiche Aufklärung der schwangeren Frauen über eine mögliche Verlegung während oder nach einer Geburt im außerklinischen Setting dringend empfehlenswert. Dieses Ergebnis zeigt jedoch, dass die Empfehlung unabhängig vom Geburtsmodus ausgesprochen werden kann.

## Literatur:

- 1 Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) Qualitätsbericht 2011 Zwickau, 2013
- 2 AQA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2012): Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2011. 16/1 - Geburtshilfe Basisauswertung. Göttingen.
- 3 Foureur, M.; Ryan, C.L.; Nicholl, M.; Homer, C. (2010): Inconsistent Evidence: Analysis of Six National Guidelines for Vaginal Birth After Caesarean Section. In: *Birth* 37 (1), S. 3–10.
- 4 David, M.; Gross M.M.; Wiemer A.; Pachaly J.; Yetter K. (2009): Prior caesarean section – an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after caesarean section (VBAC) German birth centers. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 142 (2), S. 106–110.
- 5 Lieberman, E.; Ernst, E.K.; Rooks, J.P.; Stapleton, S.; Flamm, B. (2004): Results of the National Study of Vaginal Birth After Caesarean in Birth Centers. In: *Obstetrics & Gynecology* 104 (5, Part 1), S. 933–942.
- 6 Welsch, H.; Wischnik, A.; Lehner, R. (2011): Müttersterblichkeit. In: Schneider, H. (Hrsg.) *Die Geburtshilfe*. Springer, 1207 – 1223.

