

# Adipositas in der außerklinischen Geburtshilfe mit Fokus auf Schulterdystokie und postpartale Blutung

Ingrid Kronast, Melanie Leker-Wortmann, Michael Schuler  
Hochschule Bochum – Bochum University of Applied Sciences

Hochschule Bochum  
Bochum University  
of Applied Sciences



QUAG

Gesellschaft für Qualität in der  
außerklinischen Geburtshilfe e.V.



## Hintergrund & Fragestellung

Adipositas nimmt weltweit zu und ist in der Geburtshilfe mit diversen Risiken (GDM, Geburtsstillstand, Schulterdystokie, Blutung etc.) assoziiert. Seit 2020 wird in den Kriterien für Geburtshilfe im häuslichen Umfeld (§134a, SGB V) davon abgeraten, dass Schwangere mit einem BMI >35 zuhause gebären sollen. Diese Empfehlung wurde mit dem erhöhten Risiko für Schulterdystokie und PPH (als Notfallsituationen) begründet. Vor allem klinische Studien und Leitlinien zeigten diesen Zusammenhang. So sind diese Schwangeren allein wegen ihres BMIs von einer außerklinischen Geburt ausgeschlossen.

**Fragestellungen:** Ist das Risiko für Schulterdystokie und/oder postpartale Blutung >1000ml für Frauen mit Adipositas erhöht? Steigt das Risiko mit ansteigendem BMI? Welche weiteren Risiken gehen mit Schulterdystokie, PPH und Adipositas einher?



## Methodik

225.836

begonnene  
außerklinische  
Geburten

10.850

mit Adipositas  
(4,8 %)

817

Schulterdystokien

4.040

PPH > 1000 ml

**Design:** retrospektive Sekundärdatenanalyse der QUAG-Perinatalerhebung aus 18 Jahren, 2006–2023

**Einschluss:** alle begonnenen Haus- und Geburtshausgeburten, auch subpartal in die Klinik verlegte

**Adipositas:** BMI  $\geq 30$  vor der Schwangerschaft (Vergleich: BMI < 30); WHO-Klassifikation ab 2013 (n = 143.883)

**Statistik:** SPSS 29.0;  $\chi^2$ -Test, Odds Ratio (95%-KI), Kendall- $\tau$ -b; Ethikvotum HS Gesundheit Bochum



## Ergebnis: Schulterdystokie

Frauen mit BMI < 30

0,4 %

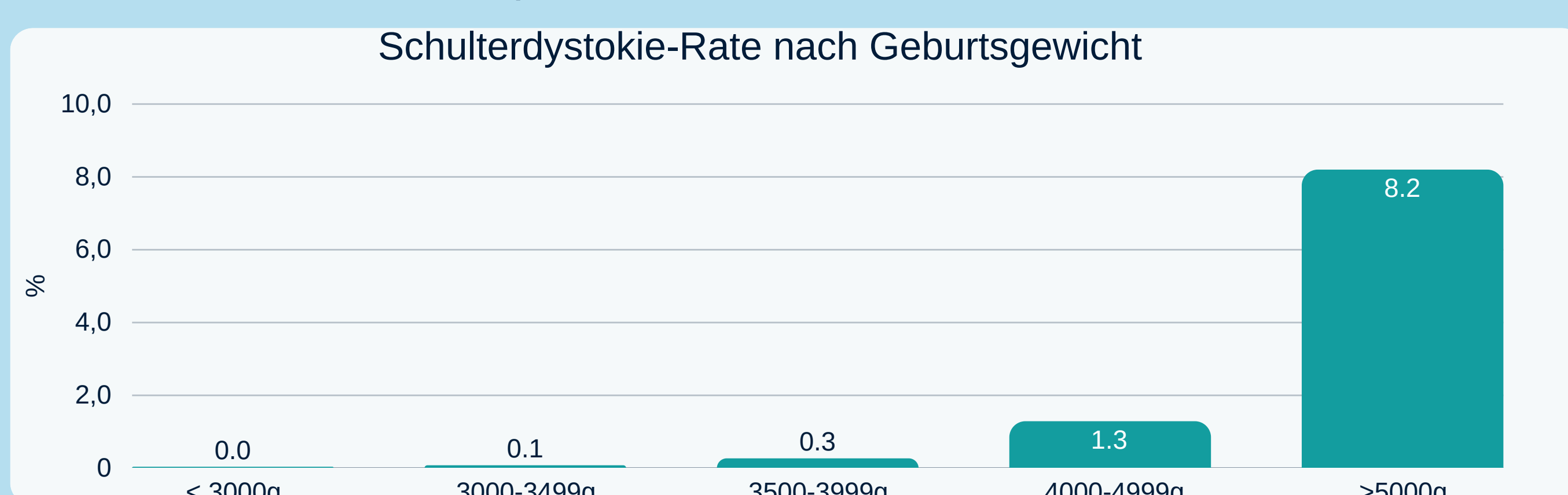
762 von 214.986 Geburten

Frauen mit Adipositas

0,5 %

55 von 10.850 Geburten

OR 1,43 [95%-KI 1,09–1,88]; p = 0,01: statistisch signifikant, die absolute Differenz beträgt aber nur 0,1 Prozentpunkte. Nach WHO-BMI-Klassen kein signifikanter Zusammenhang ( $\tau$ -b = 0,003; p = 0,199), auch nicht in den höheren Adipositas-Graden.



### Weitere Risiken abgesehen von Adipositas

**Kind > 4000 g:** 1,3 % ( $\emptyset$  0,4 %); bei Schulterdystokie wogen die Kinder im Mittel 4130 g (sonst 3560 g)

**Rückenlage:** 19,8 % der Fälle vs. 7,8 % aller Geburten (OR 2,92);

**protrahierte Austreibungsphase:** OR 2,32

**Erstgebärende** seltener betroffen (0,2 % vs. 0,5–0,6 % bei Mehrgebärenden)



## Ergebnis: PPH > 1000 ml

Frauen mit BMI < 30

1,8 %

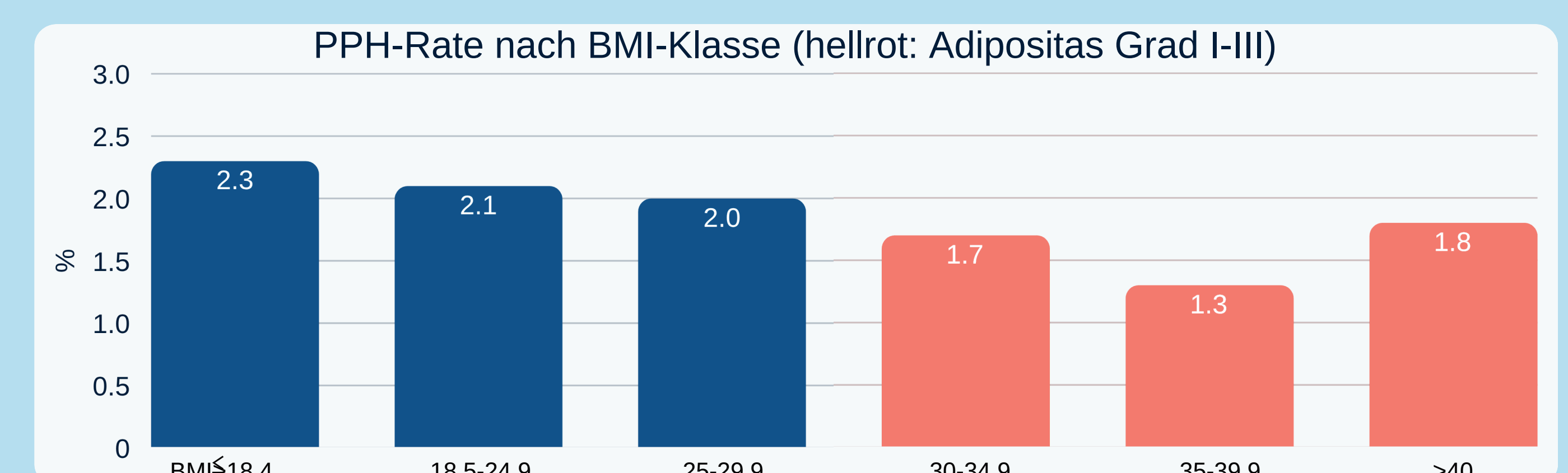
3.866 von 214.986 Geburten

Frauen mit Adipositas

1,6 %

174 von 10.850 Geburten

OR 0,89 [95%-KI 0,76–1,04]; p = 0,136: kein erhöhtes Risiko. Mit steigendem BMI sinkt die Blutungsrate tendenziell ( $\tau$ -b = -0,07; p = 0,004).



**Kind > 4000 g:** 2,7 %, > 5000 g: 4,8 % ( $\emptyset$  1,8 %); **Erstgebärende:** 2,5 % vs. 1,1–1,5 % bei Mehrgebärenden

**Protrahierte Geburt:** PPH häufiger nach langer Eröffnungs- und Austreibungsphase (je p < 0,001)

**Z. n. Sterilitätsbehandlung:** 3,6 % ( $\emptyset$  1,8 %), OR 2,06 [1,69–2,52]; nur n = 102 Fälle



## Diskussion & Limitation

**Adipositas Ergebnisse:** Verlegung 19,2% vs 15,6% insgesamt; Schwerere Kinder: >4000g 25,9% vs 15,8%; signifikant erhöhtes Risiko für protrahierte EP und Morbidität des Kindes; signifikant erniedrigtes Risiko für protrahierte AP

**Kein relevanter Zusammenhang** von Adipositas und Schulterdystokie – wie in außerklinischen Studien, anders als in klinischen Studien und Leitlinien

**Mögliche Erklärungen** (Hypothesen): Low-risk-Selektion, wenig geburtshilfliche Interventionen, gute Beweglichkeit, aufrechte Gebärhaltung

**Limitationen:** BMI erst ab 2013/14 valide erfasst; Dokumentations-bias(evtl. Untererfassung von Schulterdystokie, PPH); Haus- und Geburtshausgeburten nicht trennbar; keine multivariable Adjustierung; selektiertes Low-risk-Kollektiv; keine Kausalaussagen möglich



## Fazit & klinische Relevanz

**Der BMI allein** rechtfertigt nach diesen Daten keinen pauschalen Ausschluss von der außerklinischen Geburt.

**Individuelle Risikobewertung** (kindliches Gewicht, Geburtsverlauf, Beweglichkeit) statt starrer BMI-Grenze sollte maßgeblich sein.

**Der Kriterienkatalog (§ 134a SGB V)** sollte daher unter Einbezug von mehr außerklinischen Daten überprüft werden.

## Ausblick

**Ursachen des Unterschieds zu klinischen Daten sollten weiter erforscht werden.**

### Literatur (Auswahl)

AWMF (2019). Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft (S3).  
Artus S. (2019). Adipositas in der Schwangerschaft. Diss., Univ. Regensburg.

Bovbjerg ML et al. (2017). Birth 44(3):209–221.  
GKV-SV (2020). Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld, Beiblatt 1.

### Daten: QUAG e. V. – Herzlichen Dank für die Bereitstellung!

Hollowell J et al. (2014). BJOG 121(3):343–355.  
Pillai S et al. (2020). Birth 47(4):409–417.

Rowe R et al. (2018). PLOS ONE 13(12):e0208041.  
Schäfers R. (2024). Qualitätsbericht 2023 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. QUAG e. V.