



Qualitätsbericht

2001

Außerklinische
Geburtshilfe in
Deutschland



Inhalt	Seite
1 Einleitung	5
1.1 Der Dokumentationsbogen	6
1.2 Datenbasis und beteiligte Einrichtungen unter Berücksichtigung der Vorjahresdaten	8
1.3 Ziele und Thesen der Verbände	8
1.4 Erfasste Geburten	9
1.5 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen	9
1.6 Datenbasis im Überblick	13
1.6.1 Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	14
1.6.2 Alter und Geburtenrang der Frauen	17
1.6.3 Information und Motivation der Frauen	18
1.6.4 Motivation der Frau in Abhängigkeit von der beteiligten Einrichtung	20
1.6.5 Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots	21
1.6.6 Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern	21
2 Auswertung der in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett geleisteten Hilfe	24
2.1 Schwangerschaft	24
2.1.1 Beratungen und Untersuchungen	24
2.1.2 Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	27
2.1.3 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft	30
2.2 Geburt	35
2.2.1 Geburtsort wie geplant?	35
2.2.2 Hebammenbetreuung	37
2.2.2.1 Zeitintervall vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme	37
2.2.2.2 Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes)	39
2.2.3 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung	40
2.2.4 Verlegungen während der Geburt	41
2.2.4.1 Transportmittel bei der Verlegung	42
2.2.4.2 Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik	42
2.2.4.3 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung	46
2.2.5 Betreuungskontinuität nach der Verlegung	50
2.2.6 Dokumentierte Geburtsrisiken	50
2.2.6.1 Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung	55
2.2.6.2 Befunde und Risiken als Weichenstellung für eine außerklinische Geburt	56
2.2.7 Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt	58
2.2.8 Daten zur Geburt	61
2.2.9 Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und Verletzungen nach Geburtsort	63
2.2.10 Begleitende Maßnahmen	68
2.3 Nach der Geburt des Kindes	70
2.3.1 Postpartale Verlegungen allgemein	70
2.3.1.1 Postpartale Verlegungen der Mütter	70
2.3.1.2 Postpartaler Zustand der Kinder	72

2.3.2	Die Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen	73
2.3.2.1	Schwangerschaftsalter	76
2.3.2.2	Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal	79
2.4	Kurzdarstellung der Geminigeburten	81
3	Abschließende Diskussion	83
3.1	Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen	83
3.2	Die Ergebnisse auf der Grundlage der Qualitätsziele der Hebammenverbände	85
Anhang Teil I:		
	Entstehungsgeschichte des Verfahrens zur Auswertung der außerklinischen Geburten	90
Anhang Teil II:		
	Ausgesuchte Daten des Jahres 2001	97

1 Einleitung

Zum dritten Mal¹ werden die Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Geburtshäusern, in anderen außerklinischen Institutionen² und in Arztpraxen vorgestellt. Nach diesem einleitenden Kapitel, welches Informationen zur Struktur der Daten in einer Gegenüberstellung zum Vorjahr liefert, werden im Hauptteil die Ergebnisse zu Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach dargestellt und mit denen aus dem Jahr 2000 verglichen. Im letzten Kapitel ist die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung kurz zusammengefasst.

In die aktuelle Erhebung sind insgesamt 9483 Geburten eingegangen. Dies bedeutet eine weitere Steigerung zu den Zahlen von 2000 (mit 8800 dokumentierten Geburten), um genau 683 ausgefüllte Dokumentationsbögen.

An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2001 folgende Einrichtungen: 504 Hebammen, 64 Geburtshäuser, 17 andere außerklinische Institutionen und 1 Arztpraxis. Im Jahr zuvor haben 453 Hausgeburtshebammen, 55 Geburtshäuser, 14 andere Institutionen und keine Arztpraxis im ganzen Bundesgebiet teilgenommen. Da die Zahl der beteiligten Arztpraxen so gering ist, dass der jeweilige Wert sich aus den Daten der Tabelle ergibt bzw. in einigen Abfragen auf Grund der geringen Zahl nicht interpretierbar ist, bleiben die Ergebnisse aus der Arztpraxis im Kommentar grundsätzlich unerwähnt.

Die Untersuchung stellt damit das umfangreichste Zahlenmaterial außerklinischer Geburten dar, das bisher innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr in Deutschland zusammengetragen wurde. Dieser Fundus wird sich im Laufe der nächsten Jahre noch vergrößern, da die Erhebung – in Anlehnung an die klinische Perinatalerhebung – auf Dauer angelegt ist.

Ziel der Dauererhebung ist es, ein Versorgungssegment transparenter zu machen, das von schwangeren Frauen zunehmend nachgefragt wird. Gleichzeitig geht es nach wie vor darum, den bestehenden Mangel an substantiellen Daten zu beheben und Aussagen über die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe zu treffen.

Der Erfassungsgrad der außerklinischen Geburten lag für das Jahr 2000 bei etwa 72%. Vorausgesetzt die Gesamtgeburtenszahl und der Anteil an klinischen Geburten ist mit den Vorjahreszahlen vergleichbar, kann auch die hier vorgelegten Ergebnisse als repräsentativ für den Bereich der außerklinischen Geburtshilfe – zumindest für diejenigen Abfragen, die mit genügend großen Zahlen operieren – angesehen werden³.

¹ Die erste „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe – Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1999“ und der zweite „Qualitätsbericht 2000 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“ erschienen 2001 im Auftrag des Bundes Deutscher Hebammen e.V. und des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V.

² unter dem Begriff „andere außerklinische Institutionen“ sind Hebammenpraxen und hebammengeleitete Entbindungsheime zusammengefasst, die außerklinische Geburten in ihrer Einrichtung durchgeführt und dokumentiert haben.

³ Die fehlenden Zahlen zum Jahr 2001 zu den Geburtszahlen in deutschen Krankenhäusern lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vor. Sie werden immer erst am Ende eines jeden Jahres veröffentlicht.

Dokumentationsbeleg für die außerklinische Geburtshilfe

Identifikation der Hebamme 1. Hebammen- / Einrichtungsnummer <input type="text"/> 2. Laufende Geb.-Nummer d. Heb./Inst. <input type="text"/>		Name der Frau (nur auf Deckblatt) _____ _____	
Schwangere 3. Geburtsjahr der Schwangeren <input type="text"/> 4. Postleitzahl (nur die ersten zwei Stellen) <input type="text"/> 5. vorausgeg. Schwangerschaften <input type="text"/> davon: Lebendgeb. <input type="text"/> EU <input type="text"/> Totgeburten <input type="text"/> Cürettagen <input type="text"/> 6. Information über außerklinische Geburtshilfe erhalten durch Hebammenkontakte/Kurse <input type="checkbox"/> Persönliches Umfeld <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin/Geburtskliniken <input type="checkbox"/> Öffentliche Medien <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> 7. Motivation der Frau zur außerklinischen Geburt Sicherheitsbedürfnis <input type="checkbox"/> Vertraute Hebamme <input type="checkbox"/> Selbstbestimmung <input type="checkbox"/> außerklinische Geb.-Erfahrung <input type="checkbox"/> klinische Geb.-Erfahrung <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>		27. Dauer des aktiven Mitschiebens kleiner als 15 Minuten <input type="checkbox"/> 15 bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> größer als 60 Minuten <input type="checkbox"/> 28. Geburtsverletzungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, DR I ^o <input type="checkbox"/> DR II ^o <input type="checkbox"/> DR III ^o -IV ^o <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> andere nahtpflichtige Risse <input type="checkbox"/> 29. Mütterliche Problematik p.p. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche Blutung > 1000ml <input type="checkbox"/> Plazentalösungsstörungen/unvollst. Plazenta <input type="checkbox"/> komplizierte Geburtsverletzung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> 30. Naht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, versorgt von Hebamme <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/>	
Vorsorge/Schwangerschaft 8. Berechneter, ggf. korr. Geburtstermin <input type="text"/> 9. Hebammenerstkontakt in SSW (tel. oder persönlich) <input type="checkbox"/> 10. Anzahl persönlicher Kontakte insgesamt (ohne Kurse) <input type="text"/> davon: Hebammen-Vorsorgeuntersuchungen <input type="text"/> 11. Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 12. Ultraschalluntersuchung nach der 30. SSW Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 13. Schwangerschaftsbefunde (lt. Katalog A/B) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche <input type="text"/> 14. Entfernung zur nächstgelegenen Klinik (km) <input type="text"/>		Verlegung während und nach der Geburt 31. Entschluß zur Verlegung durch Hebamme Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Datum: <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 32. Gebärende verlegt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 33. Transportbeginn <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 34. Hauptverlegungsgrund s. p. (lt. Katalog G/E) <input type="text"/> 35. Transportmittel Privatfahrzeug <input type="checkbox"/> Rettungsfahrzeug <input type="checkbox"/> 36. Transport in Klinik in Ruhe <input type="checkbox"/> als Notfall <input type="checkbox"/> 37. Gefahrene Kilometer zur Klinik ca. <input type="text"/> 38. Übergabe in Klinik <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 39. Geburtsmodus in Klinik Spontan <input type="checkbox"/> Kristellerhilfe <input type="checkbox"/> Vaginal-operativ <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> 40. Geburt beendet durch dieselbe Heb. <input type="checkbox"/> andere Heb. <input type="checkbox"/> 41. Mutter verlegt p.p. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="checkbox"/> innerhalb 7 Tagen <input type="checkbox"/> 42. Verlegungsgrund p.p. (lt. Katalog E) <input type="text"/> 43. Mutter verstorben Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Geburt 15. Erster Ruf zum Geburtsbeginn Datum: <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 16. Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme Datum: <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 17. Herztotonkontrolle Dopton Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> CTG Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hörrohr Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 18. Blasensprung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Amniotomie Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum: <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 19. Wehenbeginn am: <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 20. Geburtsrisiken (lt. Katalog C) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche <input type="text"/> 21. Zweite Hebamme gerufen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, zur normalen Geburt <input type="checkbox"/> wegen Komplikationen <input type="checkbox"/> Zweite Hebamme eingetroffen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> zur Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/> 22. Arzt gerufen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, zur normalen Geburt <input type="checkbox"/> wegen Komplikationen <input type="checkbox"/> Arzt eingetroffen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> zur Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/> 23. Weitere anwesende Personen Keine <input type="checkbox"/> Fam.-Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> 24. Lage des Kindes regelrechte Schädellage <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> regelwidrige Schädellage <input type="checkbox"/> wenn ja, welche (lt. Katalog C) <input type="text"/> 25. Begleitende Maßnahmen sub partu Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche Analgetika/Spasmolytika <input type="checkbox"/> Homöopathika <input type="checkbox"/> Naturheilkunde <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Akupunktur-pressure <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> 26. Geburtsmodus Spontan <input type="checkbox"/> Kristellerhilfe <input type="checkbox"/> Vaginal-operativ <input type="checkbox"/>		Kind (unabhängig vom Geburtsort) 44. Tag der Geburt <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 45. Geburtsgewicht <input type="text"/> g Länge <input type="text"/> cm Kopfumfang <input type="text"/> cm 46. Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> 47. APGAR 1' <input type="text"/> 5' <input type="text"/> 10' <input type="text"/> 48. Reanimationsmaßnahmen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Maske <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> O2-Dusche <input type="checkbox"/> Mund-zu-Mund-Beatmung <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> 49. Kinderarzt / ärztlichen Notdienst gerufen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 50. Morbidität des Kindes (lt. Katalog D) <input type="text"/> 51. Kind in Kinderklinik verlegt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="checkbox"/> innerhalb 7 Tagen <input type="checkbox"/> 52. Verlegungsgründe (lt. Katalog D) <input type="text"/> 53. Kind verstorben Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> unter Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/> 54. Todesdatum <input type="text"/> Uhr <input type="text"/> 55. Todesursache (lt. Katalog D), auch Totgeburten <input type="text"/> Todesursache unbekannt <input type="checkbox"/>	
		Geburtsort 56. Geplanter Geburtsort (bei abgeschlossener 37. SSW) Hausgeburt <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Entbindungsheim <input type="checkbox"/> Hebammenpraxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> noch unklar <input type="checkbox"/> 57. Tatsächlicher Geburtsort Hausgeburt <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Entbindungsheim <input type="checkbox"/> Hebammenpraxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> 58. Die Geburt wurde geplant außerklinisch beendet <input type="checkbox"/> ungeplant außerklinisch beendet <input type="checkbox"/> verlegt <input type="checkbox"/>	

Deckblatt verbleibt bei der Hebamme

Durchschlag bitte an die Landeskoordinatoren schicken

© Copyright BDH e.V. und BfH-D e.V.

Bitte jede begonnene Geburt dokumentieren

20000

Der Risikokatalog

Katalog A (zu Zeile 13)

Anamnese und allgemeine Befunde (identisch mit Mutterpass)

- 01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
- 02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber Nieren, ZNS, Psyche)
- 03 Blutungs-/Thromboseneigung
- 04 Allergie
- 05 Frühere Bluttransfusionen
- 06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche) (648.4)
- 07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) (648.9)
- 08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) (656.1)
- 09 Diabetes mellitus (648.0)
- 10 Adipositas
- 11 Kleinwuchs
- 12 Skelettanomalien
- 13 Schwangere unter 18 Jahren
- 14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)
- 15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
- 16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung
- 17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. Ss-Woche)
- 18 Zustand nach Mangelgeburt
- 19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
- 20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
- 21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entbindungen
- 22 Komplikationen post partum
- 23 Zustand nach Sectio (654.2)
- 24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)
- 25 Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
- 26 Andere Besonderheiten
- 54 Zustand nach HELLP
- 55 Zustand nach Eklampsie
- 56 Zustand nach Hypertonie

Katalog B (zu Zeile 13)

Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (identisch mit Mutterpass)

- 27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen (648.-)
- 28 Dauermedikation
- 29 Abusus (648.-)
- 30 Besondere psychische Belastung (648.4)
- 31 Besondere soziale Belastung (648.9)
- 32 Blutungen vor der 28. Sswo. (640.-)
- 33 Blutungen nach der 28. Sswo. (641.-)
- 34 Placenta praevia (641.-)
- 35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 36 Hydramnion (657)
- 37 Oligohydramnie (658.0)
- 38 Terminunklarheit (646.9)
- 39 Placenta-Insuffizienz (656.5)
- 40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)
- 41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)
- 42 Anämie (648.2)
- 43 Harnwegsinfektion (646.6)

- 44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)
- 45 Risiko aus anderen serologischen Befunden
- 46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-)
- 47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr (646.2)
- 48 Mittelgradige - schwere Ödeme (646.1)
- 49 Hypotonie (669.2)
- 50 Gestationsdiabetes (648.0)
- 51 Lageanomalie (652.-)
- 52 Andere Besonderheiten (646.9)
- 53 Hyperemesis

Katalog C (zu Zeilen 20,34,42)

Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken

- 60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)
- 61 Überschreitung des Termins (645)
- 62 Mißbildung (655)
- 63 Frühgeburt (644.1)
- 64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) (656.5)
- 66 Gestose/Eklampsie (642.5)
- 67 RH-Inkompatibilität (656.1)
- 68 Diabetes mellitus (648.0)
- 69 Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen (654.2)
- 70 Plazenta praevia (641.-)
- 71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)
- 72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)
- 73 Amnion-Infektionssyndrom (Verdacht auf) (658.4)
- 74 Fieber unter der Geburt (659.2)
- 75 Mütterliche Erkrankung (648.-)
- 76 Mangelnde Kooperation der Mutter
- 77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne (656.3)
- 78 Grünes Fruchtwasser (656.3)
- 79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) (656.3)
- 80 Nabelschnurvorfall (663.0)
- 81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen (663.9)
- 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (662.0)
- 83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (662.2)
- 84 Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken (653.4)
- 85 Drohende/erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)
- 86 Querlage/Schräglage (652.2)
- 87 Beckenendlage (652.3)
- 88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)
- 89 Vorderhauptslage (652.5)
- 90 Gesichtslage/Stirmlage (652.4)
- 91 Tiefer Querstand (660.3)
- 92 Hoher Geradstand (652.5)
- 93 Sonstige regelwidrige Schädelagen (652.8)
- 94 Sonstiges
- 95 HELLP
- 96 intrauteriner Fruchttod (656.4)
- 97 pathologischer Dopplerbefund
- 98 Schulterdystokie

Katalog D (zu Zeilen 50, 52, 54)

Postpartale Krankheiten/Störungen, Verlegungsgründe, Diagnose bei Verstorbenen

- 01 Unreife/Mangelgeburt (765)
- 02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)
- 03 Atemnotsyndrom/kardiopulmonale

- Krankheit (769)
- 04 andere Atemstörungen (770)
- 05 Schockzustand (785)
- 06 Ikterus (774)
- 07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO-Isoimmunisierung etc.) (773)
- 08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.) (776)
- 09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775)
- 10 hereditäre Stoffwechseldefekte (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))
- 11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))
- 12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)
- 13 intrakranielle Blutungen
- 14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemisyndrom) (779)
- 15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)
- 16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)
- 17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))
- 18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.) (771)
- 19 zur Beobachtung
- 20 Sonstiges

- 25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.) (758)
- 26 (andere) multiple Mißbildungen (759)
- 27 Anenzephalus (740)
- 28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen) (741)
- 29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)
- 30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)
- 31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)
- 32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)
- 33 Gaumen- und Lippenspalten (749)
- 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)
- 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)
- 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753)
- 37 Anomalie Genitalorgane (752)
- 38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln (755, 756)
- 39 Zwerchfellmißbildung (7566)
- 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671)
- 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757)
- 42 Hernien (550-553)
- 43 biomechanische Verformung (d. Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)
- 44 andere Anomalie

Katalog E (zu Zeilen 34,42)

Verlegung der Mutter sub partu

100 Auf Wunsch der Mutter

Verlegung der Mutter post partu

- 101 Blutungen >1000ml
- 102 Placentalösungsstörungen/unvollst. Placenta
- 103 Komplizierte Geburtsverletzungen
- 104 Nahtversorgung von Episiotomie / Dammrissen
- 105 Sonstiges

1.1 Der Dokumentationsbogen

Der Erhebungsbogen fragt nicht nur fachliche Aspekte der außerklinischen Geburtshilfe ab. Mit den Belegen über bestimmte soziodemographische Merkmale und Kategorien zu Informationsquellen und Motivationslagen der Frauen sollen vor allem Aspekte des Risikomanagements in der außerklinischen Geburtshilfe darstellbar werden. Die zentralen geburtsmedizinischen Merkmale des klinischen Perinatalbogens wurden in den außerklinischen Dokumentationsbogen übernommen. Dazu gehören auch die medizinischen Risikokataloge A bis D. Darüber hinaus ist ein Risikokatalog E eingeführt worden, der der besonderen Situation sub- und postpartaler Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung trägt. Der aktuelle Erhebungsbogen und die dazugehörigen Risikokataloge sind auf den folgenden Seiten abgebildet.

1.2 Datenbasis und beteiligte Einrichtungen unter Berücksichtigung der Vorjahresdaten

Behandelt werden in diesem Kapitel zunächst neben der Anzahl der beteiligten Hebammen und Einrichtungen, Ergebnisse zu Geburtenrang und Alter sowie zu Motivation und Informationsquellen der Frauen, die die Entscheidung für eine außerklinische Geburt maßgeblich beeinflusst haben. Es schließen sich im nächsten Kapitel Ergebnisse über die Betreuung in der Schwangerschaft und über die geleistete Geburtshilfe inklusive der Geburtsverläufe an, in denen unter oder nach der Geburt eine Verlegung in die Klinik notwendig wurde. Als „Resultat“ dieser Betreuungsform werden die postpartalen Ergebnisse bei Mutter und Kind dargestellt.

1.3 Ziele und Thesen der Verbände

Die Erfassung möglichst aller geplanten außerklinischen Geburten steht an erster Stelle. Darüber hinaus haben die Hebammenverbände in dem Verfahren „Qualitätsmanagement in der außerklinischen Geburtshilfe“ folgende Ziele und Thesen in Bezug auf die Qualität außerklinischer Geburtshilfe aufgestellt:

Die Dokumentation der außerklinischen Geburten

- untermauert die Eigenverantwortung unserer Berufsgruppe
- verbessert die Chance der Frauen auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung
- verbessert die Chance auf ein positives „Fetal Outcome“ durch ein individuelles Zeitmanagement
- dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur
- belegt eine differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt
- belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung

Die Hebammenverbände möchten mit den Ergebnissen

- die Kompetenz von schwangeren Frauen und Hebammen aufzeigen
- die Hebammengeburtshilfe sichern und erweitern
- zeigen, dass die Betreuung Schwangerer und Gebärender durch Hebammen eine Selbstverständlichkeit in unserer Gesellschaft ist
- in einen interdisziplinären Dialog treten, in den auch Eltern einbezogen werden

Auf dem Hintergrund dieser Forderungen an die klinische Geburtshilfe und an die Berufsgruppe der Hebammen sollen die hier präsentierten Ergebnisse diskutiert werden.

1.4 Erfasste Geburten

In der vorliegenden Auswertung sind 9483 dokumentierte außerklinische Geburten – darunter 9 Zwillingsgeburten (2000: 11 Zwillingsgeburten) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten⁴ in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt, werden diese Geburten analog zur klinischen Perinatalerhebung aus der Gesamtmenge herausgenommen⁵. Neben anderen Besonderheiten der Ergebnisse werden diese 18 Geburten nochmals unter Punkt 2.4 separat dargestellt. Somit beläuft sich die in den allgemeinen Berechnungen berücksichtigte Gesamtmenge auf 9465 Geburten.

1.5 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

Die 9465 dokumentierten Geburten verteilten sich auf 4529 Hausgeburten (47,8%), gefolgt von 4082 Geburtshausgeburten (43,1%) und 685 andere außerklinische Institutionen (7,2%) und eine Arztpraxis⁶ (s. Tabelle im Anhang S. 97). Im Jahr 2000 waren es 4303 Hausgeburten (49%), gefolgt von 3514 Geburtshausgeburten (40%) und 961 andere außerklinische Institutionen (10,9%). Der Anteil der Hausgeburten in der Gesamtmenge ist zahlenmäßig (um genau 226 Geburten) gegenüber dem Vorjahr gestiegen, hat aber prozentual leicht abgenommen. Die Geburtshausgeburten haben von der Anzahl zugenommen (um genau 297 Geburten), sind aber von der Prozentzahl her genau geblieben, während bei den Geburten in anderen außerklinischen Institutionen die Anzahl um 5 Geburten und damit unerheblich abgenommen hat.

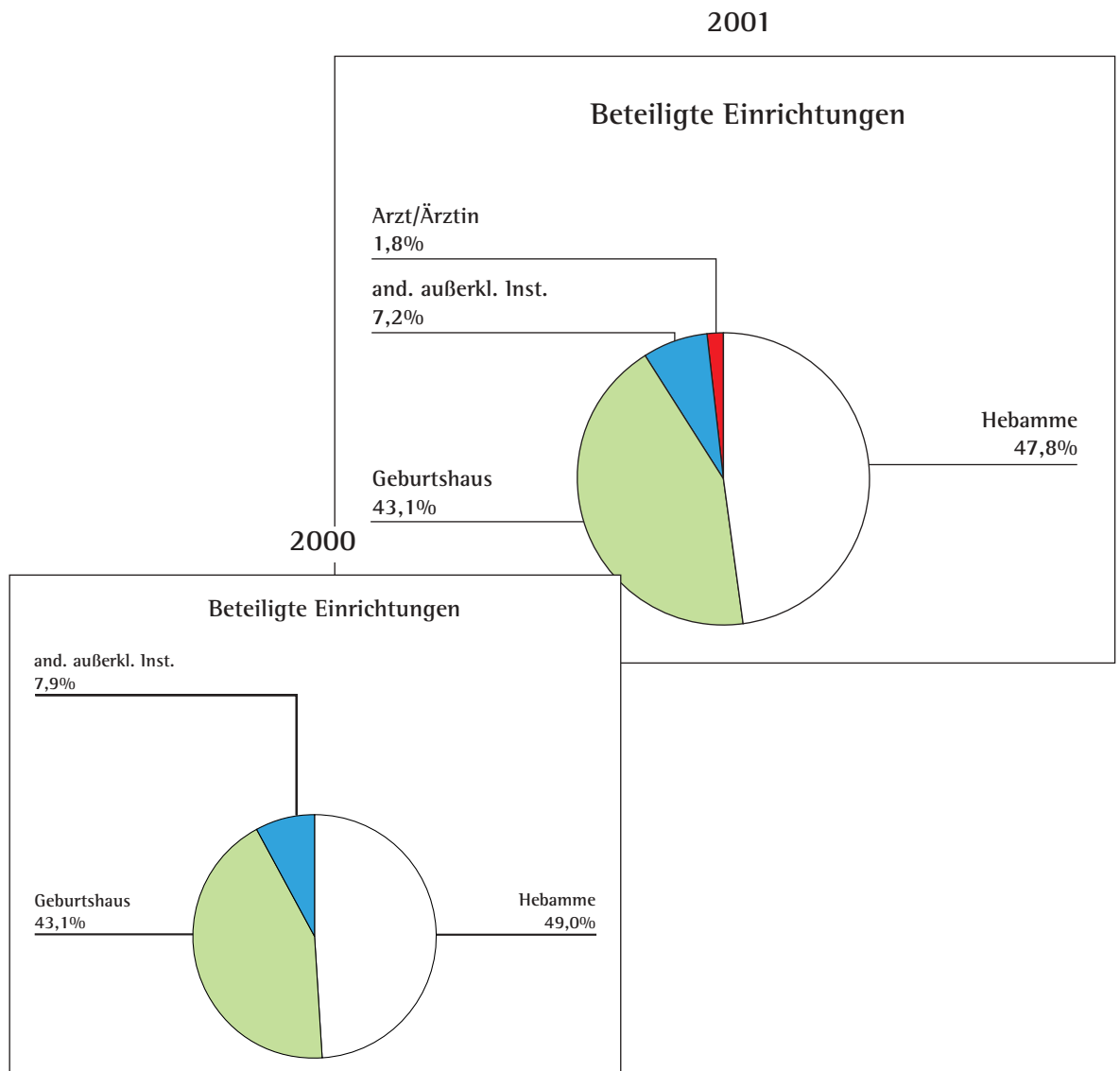
Das prozentuale Verhältnis der beiden Jahre zeigt nochmals folgende Abbildung.

⁴Die vom Bund Deutscher Hebammen herausgegebenen Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes stellen klar, dass Frauen mit einer Mehrlingsschwangerschaft eine außerklinische Geburt nicht empfohlen werden kann (siehe Bund Deutscher Hebammen e.V.: Hebammengeleitete Geburtshilfe, Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes).

⁵Somit tauchen die Mütter der Zwillinge nicht doppelt in den Abfragen auf.

⁶Hier ist immer der Ort gemeint, an dem die Geburt begonnen hat.

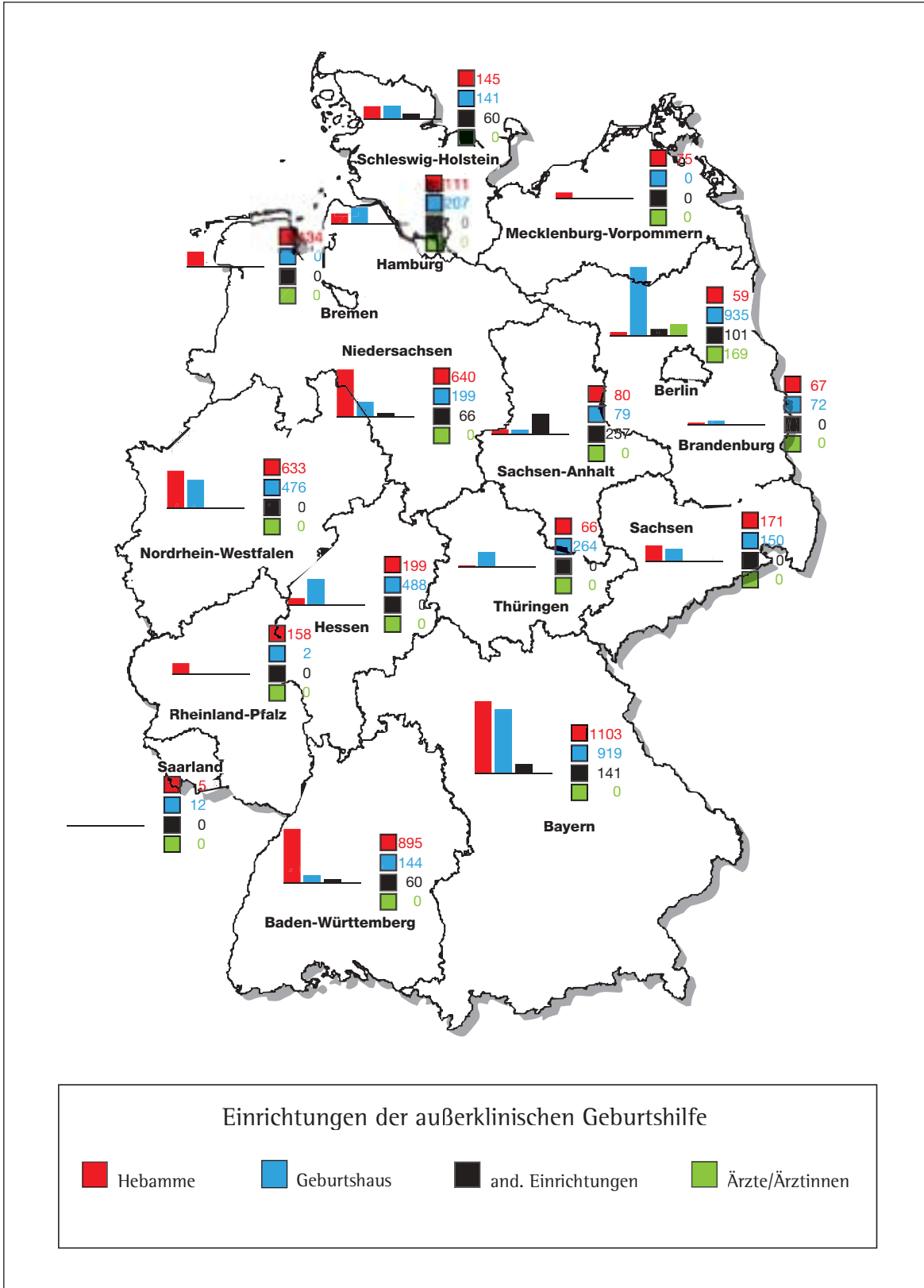
Abbildung 1
Beteiligte Einrichtungen im Jahr 2001 und 2000



Die nächste Abbildung veranschaulicht die Anzahl dokumentierter Geburten getrennt nach den beteiligten Institutionen in den einzelnen Bundesländern.

Diese Karte hat sich zum Vorjahr nur unwesentlich verändert. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sowohl in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg als auch in den Flächenstaaten Hessen und Thüringen der Anteil der dokumentierten Geburtshausgeburten zum Teil erheblich höher ist als der Anteil der Hausgeburten. In allen anderen Bundesländern ist dagegen der Anteil der dokumentierten Hausgeburten höher. Entbindungen in anderen außerklinischen Institutionen, welche die insgesamt kleinste Gruppe erfasster Geburten darstellen, sind in nur fünf Bundesländern dokumentiert. Auffallend für diese Gruppe ist jedoch der starke Anstieg von Geburten im Bundesland Sachsen-Anhalt gegenüber dem Vorjahr.

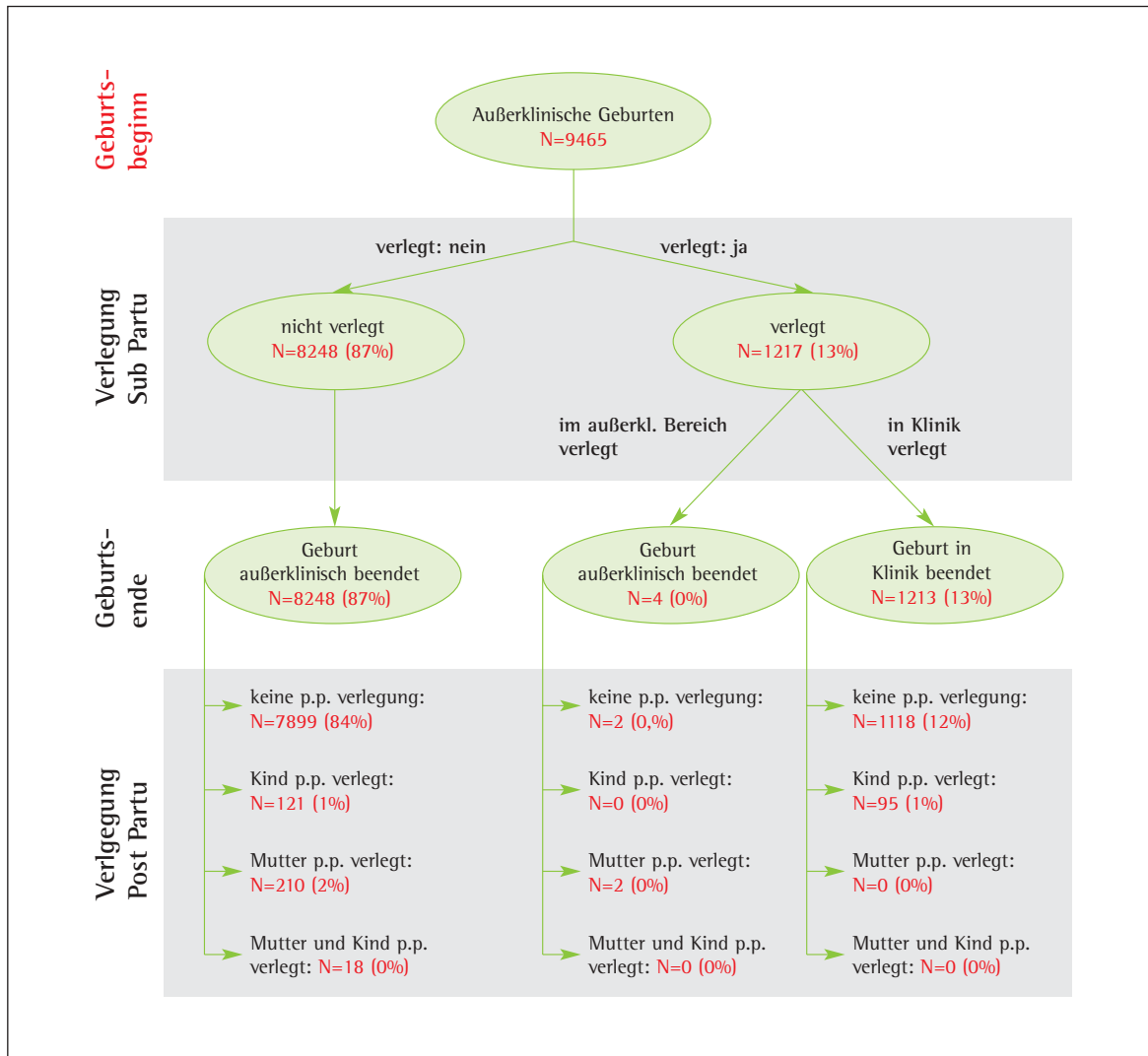
Abbildung 2
 Im Projekt „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe“ 2001
 erhobene Geburten, differenziert nach Einrichtungen



1.6 Datenbasis im Überblick

Einen Überblick über die ausgewerteten Geburten und ihre in diesem Kommentar gewählte Differenzierung gibt die folgende Abbildung.

Abbildung 3
Überblick über die ausgewerteten Geburten 2001



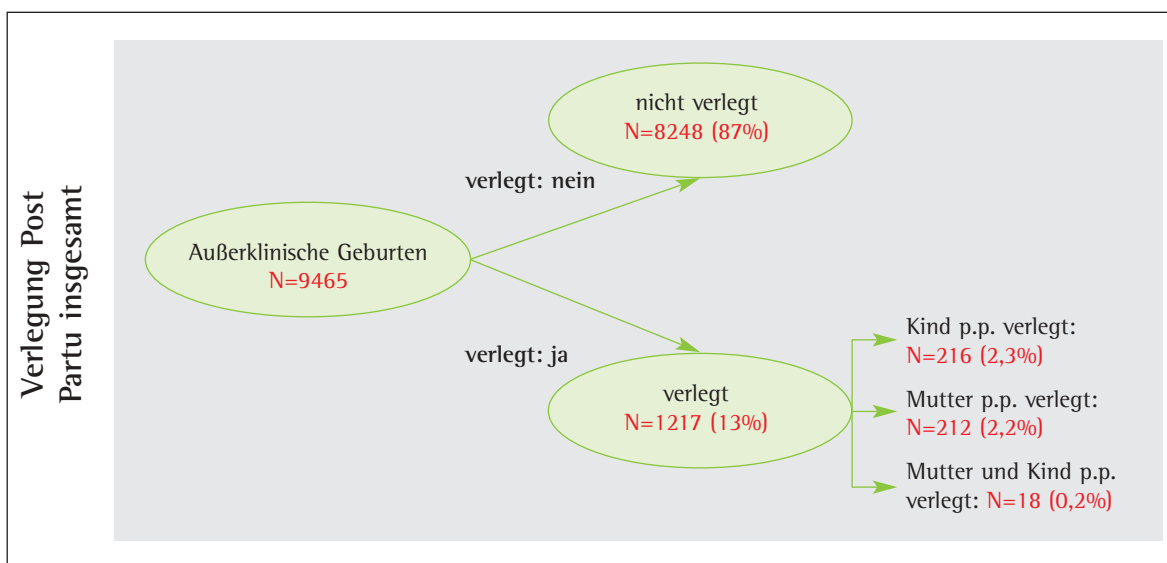
Die Gesamtmenge beläuft sich nach Abzug der Zwillingssgeburten auf 9465 Geburten. Von diesen Geburten begannen und endeten 8248 Entbindungen oder 87,1% aller Geburten an ein- und demselben Ort. In 1213 Fällen oder 13% aller Geburten (bis auf 4 Fälle, die in eine andere außerklinische Institution verlegt wurden) kam es zu einer Verlegung während der Geburt in eine Klinik.

Der linke untere Bereich zeigt die postpartalen Verlegungen: Nach der Geburt wurde es nötig, 121 Kinder nach einer außerklinisch beendeten Geburt sowie 95 Kinder nach einer klinisch beendeten Geburt und 212 Mütter zu verlegen. In 18 zusätzlichen Fällen (wie im Jahr 2000) waren bei Mutter und Kind Verlegungsgründe aufgetaucht. Im Vorjahr wurden nach der Geburt 139 Kinder und 230 Mütter verlegt. Bei den außerklinisch been-

deten Geburten kam es damit zu einem Prozent weniger Verlegungen als im Vorjahr (bezogen auf alle erfassten Einlingsgeburten).

Die nächste Grafik zieht die drei Spalten der letzten Abbildung zusammen und listet alle Verlegungen auf, die nach der Geburt – unabhängig vom Geburtsort – vorkamen. alle Verlegungen auf, die nach der Geburt – unabhängig vom Geburtsort – vorkamen.

Abbildung 4
Gesamte postpartale Verlegungen



Insgesamt wurden bei allen außerklinisch begonnenen Geburten 216 Kinder (2,3% im Gegensatz zu 2000 mit 2,2% aller Geburten), 212 Mütter (2,2% im Gegensatz zu 2000 mit 2,5% aller Geburten) und in 18 Fällen Mutter und Kind (0,2% aller Geburten wie im Jahr 2000) verlegt.

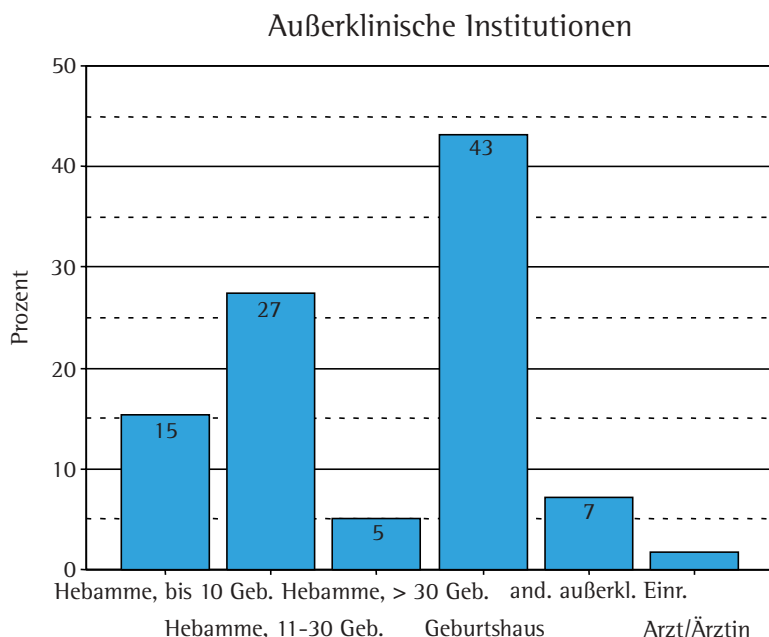
1.6.1 Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

Um ein Bild darüber zu bekommen, wie sich innerhalb der beiden größten Gruppen (Gruppe der Hausgeburten und Gruppe der Geburtshausgeburten) die Anzahl der Geburten auf die Hebammen verteilen, wurden diese beiden Gruppen nochmals differenziert betrachtet.

Geburtenzahlen der Hausgeburtshebammen

Eine Unterteilung der Gruppe der freiberuflichen Hebammen in der Hausgeburtshilfe in drei Untergruppen erfolgte auf der Basis der Erfahrungen beider Hebammenverbände bezüglich der Betreuungshäufigkeit. Die erste Gruppe umfasst Geburten bei Hausgeburtshebammen mit bis zu 10 Geburten pro Jahr, die zweite Gruppe mit 11 bis 30 Geburten und die dritte Hebammengruppe mit mehr als 30 Geburten pro Jahr. Hinsichtlich der Verteilung ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 5
Verteilung der Anzahl Hebammengeburt



Die Hälfte aller Hausgeburten werden von Hebammen betreut, die ausreichend Geburten im außerklinischen Bereich pro Jahr betreuen, um entsprechende Routine zu besitzen.

In dieser Grafik zeigen die ersten drei Säulen folgendes: Nur 5% aller Geburten – im Gegensatz zu 7,9% aller Geburten im Vorjahr – wurden von Hausgeburtshebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen. Es kann angenommen werden, dass diese Hebammen ihren Arbeitsschwerpunkt in der außerklinischen Geburtshilfe haben. Etwas mehr Geburten als im Vorjahr wurden von Hausgeburtshebammen betreut (27,5% im Jahr 2001 gegenüber 25,8% im Jahr 2000), die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben. Zahlenmäßig und prozentual ist die Anzahl der Geburten gestiegen (von 15,4% im Jahr 2000 auf 15,3% im Jahr 2001), die von Hausgeburtshebammen betreut werden, die nur bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (siehe auch Tabelle im Anhang (S....)). Es ist anzunehmen, dass diese Hebammen zusätzlich noch einer Klinik­tätigkeit als Beleghebamme nachgehen, ihren Beruf als Nebentätigkeit ausüben oder aber zusätzlich Frauen und Kinder in größerer Zahl in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuen.

Betrachten wir nur die Gruppe der Hausgeburten, so verteilen sich die Prozente (Spalte „gültige Prozente“ in Tabelle 1) wie folgt:

Tabelle 1

Anzahl Hebammengeburt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1349	15,4	31,4
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2261	25,8	52,5
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	693	7,9	16,1
Gesamt	4303	49,0	100,0
andere Einrichtung	4475	51,0	
Gesamt	8778	100,0	

Dies bedeutet: Nur noch 10,5% der Geburten – im Gegensatz zu 16,1% der Geburten im Vorjahr – wurden von Hausgeburtshebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen. Hier macht sich ein starker Abwärtstrend bemerkbar. Mehr als im Vorjahr (57,5% der Geburten gegenüber 52,5% der Geburten im Jahr 2000) wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben. Etwas weiter gestiegen ist auch die Prozentzahl der Geburten (von 31,4% der Geburten im Jahr 2000 auf 32% der Geburten im Jahr 2001), die von Hausgeburtshebammen betreut werden, die bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten.

Geburtenzahlen der Geburtshäuser

Hinsichtlich der Zahl geburtshilflich betreuter Frauen im Jahr können die Geburtshäuser in vier Untergruppen zusammengefasst werden. Eine Gruppe der Geburtshäuser betreut bis zu 70 Geburten, eine zweite 71 bis 140 Geburten, eine dritte 141 bis 210 Geburten und eine vierte Gruppe über 210 Geburten pro Jahr. Eine Berechnung der Anzahl der Geburten pro Hebamme konnte dabei nicht vorgenommen werden. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 2

Anzahl Geburtshausgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Geburtshaus, bis 70 Geb. p.a.	1337	14,1	32,8
Geburtshaus, 71 bis 140 Geb. p.a.	1067	11,3	26,1
Geburtshaus, 141 bis 210 Geb. p.a.	909	9,6	22,3
Geburtshaus, mehr 210 Geb. p.a.	769	8,1	18,8
Gesamt	4082	43,1	100,0
andere Einrichtung	5383	56,9	
Gesamt	9465	100,0	

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Geburten in solchen Geburtshäusern gestiegen, die bis zu 140 Geburten im Jahr betreuen.

Betrachten wir hier nur die Gruppe der Geburtshäuser, so verteilen sich die Prozentzahlen (Spalte „gültige Prozente“ in Tabelle 2) wie folgt: Etwas mehr Geburten als im Vorjahr (32,8% gegenüber 30,6% aller Geburtshausgeburten) wurden in Geburtshäusern betreut, die bis zu 70 Geburten im Jahr angeben. Auch die Geburten in Geburtshäusern mit einer Anzahl von 71 bis 140 Geburten im Jahr sind prozentual angestiegen: Hier sind 26,1% der Geburten gegenüber 24,2% der Geburten für das Jahr 2000 zu verzeichnen. Dagegen sind die Geburten in Häusern zwischen 141 bis 210 Geburten pro Jahr prozentual weiter, wenn auch nur leicht abgesunken (22,3% der Geburtshausgeburten gegenüber 21,6% für das Jahr 2000). Die Geburtshäuser, die mehr als 210 Geburten im Jahr betreuen, haben einen prozentualen Abfall der Geburten zu verzeichnen (waren es 2000 noch 24,3%, sind es für 2001 nur noch 18,8% der Geburtshausgeburten). Diese Senkung beruht jedoch nur darauf, dass ein Geburtshaus personell zwar ähnlich besetzt ist, aber im Verlauf des Jahres 2001 seinen Charakter geändert hat. Damit hat sich innerhalb der Erhebung ein Wechsel in der Einordnung ergeben.

Die Anzahl betreuter Geburten in den Geburtshäusern ist zum einen abhängig vom Einzugsgebiet und zum anderen von der Anzahl der in einem Geburtshaus beschäftigten Hebammen.

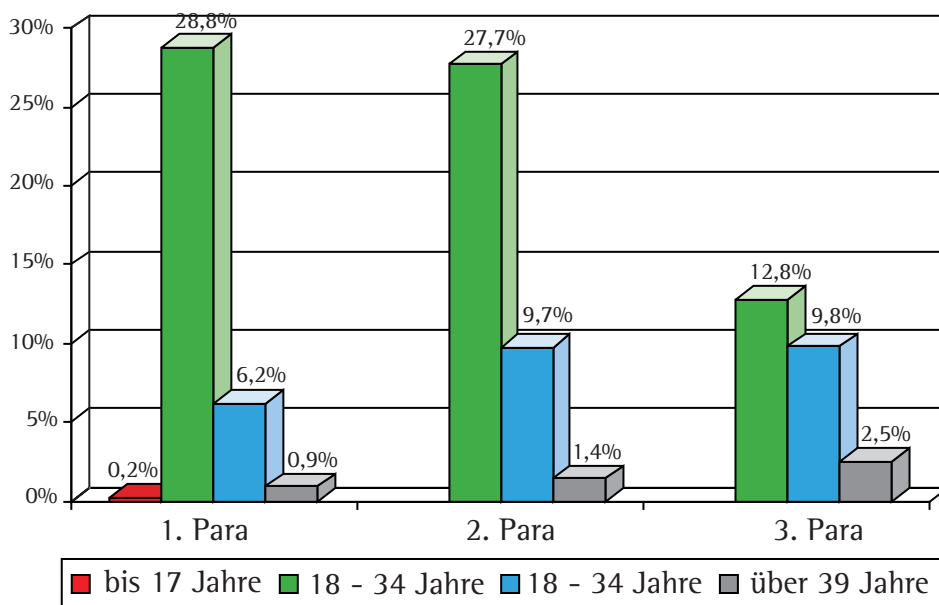
1.6.2 Alter und Geburtenrang der Frauen

Die Auswertung zum Alter und zum Geburtenrang zeigt, dass Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entscheiden, in der Tendenz älter sind als Frauen in vergleichbaren Kollektiven.

Vergleicht man das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden im vorliegenden Kollektiv in Höhe von 30 Jahren mit dem durchschnittlichen Alter der verheirateten Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in Höhe von 29 Jahren bundesweit, ergibt sich eine Altersdifferenz von einem Jahr (Auskünfte des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden von 2002). Zum Teil erklärt sich der größere Anteil von Frauen über 35 Jahren im außerklinischen Kollektiv mit dem größeren Anteil Mehrgebärender in Höhe von etwa 64% (im Jahr zuvor lag der Anteil bei etwa 63% der Frauen und ist damit gleich geblieben). In klinischen Kollektiven ist der Anteil der Mehrgebärenden in der Regel geringer.

In folgender Abbildung ist das Alter mit dem Geburtenrang der Frauen in Verbindung gesetzt worden. Wie nicht anders zu erwarten, steigt das Alter der Frauen mit zunehmendem Geburtenrang an.

Abbildung 6



fehlende Angaben: N=4

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der älteren Erstgebärenden gestiegen.

Die Zahl der Erstgebärenden (3417 Erstgebärende (36,1%) gegenüber 3201 Erstgebärende (36,5%) im Vorjahr) ist weiter gestiegen, wenn sie auch prozentual gesehen leicht gesunken ist. Insgesamt ist das Klientel etwas „älter“ geworden – im vergangenen Jahr war die Tendenz umgekehrt. In der Altersklasse von 18–34 Jahren finden sich im Jahr 2001 nur noch genau 6565 Frauen oder 69,4% im Vergleich zu 6850 Frauen oder 77,9% im Vorjahr. Dagegen sind in der Altersklasse von 34–39 Jahren 2422 Frauen (25,6% der Gebärenden) gegenüber 1700 Frauen (19,4% der Gebärenden) anzutreffen, dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr stark gestiegen. Interessanterweise verteilen sich die Gebärenden aus dieser Gruppe zu einem größeren Teil auf die Erstgebärenden (6,2%) als im Vorjahr mit 4,2% aller Gebärenden. Auch in der Altersklasse über 39 Jahre befinden sich in

diesem Jahr 454 Frauen (4,8% der Gebärenden) gegenüber 202 Frauen (2,4% der Gebärenden) im Vorjahr. Die meisten Frauen aus dieser Altersklasse (über 39 Jahre) sind Mehrgebärende (2,5% aller Gebärenden gegenüber 0,9% an Erstgebärenden). Im Vorjahr machten die Mehrgebärenden ebenfalls die größte Gruppe aus, erreichten aber nur 1,3% aller Gebärenden. Die ganz jungen Gebärenden sind wie im Vorjahr mit einem sehr geringen Prozentsatz vertreten (0,2%) (siehe Tabelle im Anhang [S....](#)).

1.6.3 Information und Motivation der Frauen

Ein weiteres Mal liegen Ergebnisse vor, die Aussagen darüber treffen, woher Frauen Informationen über außerklinische Geburten beziehen.

Tabelle 3
Informationsquellen über die außerklinischen Geburtsmöglichkeiten

Empfehlungen aus dem persönlichen Umfeld sind für die Wahl des außerklinischen Geburtsortes von hoher Bedeutung.

Information durch...	Persönliches Umfeld	Anzahl	6041
		Gesamt-%	63,8
	Hebammenkontakte/Kurse	Anzahl	5435
		Gesamt-%	57,4
	Öffentliche Medien	Anzahl	1462
		Gesamt-%	15,4
	Sonstiges	Anzahl	1099
		Gesamt-%	11,6
	ÄrztInnen/Geburtskliniken	Anzahl	604
		Gesamt-%	6,4
	keine Angabe	Anzahl	66
		Gesamt-%	,7
Gesamt	Anzahl		9465
		Gesamt-%	100,0

Mehrfachnennungen waren möglich.

Die am häufigsten genannten Informationsquellen, welche die Entscheidung der Frauen beeinflusst haben, kommen mit rund 64% aus dem persönlichen Umfeld und sind damit im Vergleich zum Vorjahr in ihrer Nennung etwas gesunken.

Die Kontakte über Hebammen und Kurse werden mit etwa 57% angegeben. Dieser Prozentsatz ist ebenfalls etwas gesunken. Öffentliche Medien haben weiterhin mit rund 15% einen kleineren – aber nicht unwichtigen – Einfluss. Die Informationsquelle Arzt/Ärztin und Geburtskliniken ist mit rund 6,5% am wenigsten ausschlaggebend für die Wahl einer außerklinischen Geburt, was nicht weiter verwundert.

Hinsichtlich der Motivation für die außerklinische Geburt sind die Ergebnisse aus der folgenden Tabelle auch eindeutig:

Tabelle 4
Motivation zur außerklinischen Geburt

Motivation	Selbstbestimmung	Anzahl	6743
		Gesamt-%	71,2%
	vertraute Hebamme	Anzahl	7083
		Gesamt-%	74,8%
	klinische Geburtserfahrung	Anzahl	2907
		Gesamt-%	30,7%
	außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	2437
		Gesamt-%	25,7%
	Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	2748
		Gesamt-%	29,0%
	Sonstige	Anzahl	1079
		Gesamt-%	11,4%
	keine Angabe	Anzahl	56
		Gesamt-%	,6%
Gesamt		Anzahl	9465
		Gesamt-%	100,0%

Mehrfachnennungen waren möglich.

Es gaben 74,8% der Gebärenden als Motivation für eine außerklinische Geburt das Vertrauensverhältnis zur Hebamme an. Mit 71,2% der Nennungen war auch das Motiv der Selbstbestimmung sehr stark. Die dritthäufigste Nennung – aber noch nicht mal halb so stark wie die vorhergehenden Motive – ist die klinische Geburtserfahrung, die zu einer außerklinischen Geburt motivierte. Sie wurde mit 30,7% der Nennungen prozentual genauso häufig wie im Vorjahr erwähnt. Das Sicherheitsbedürfnis und die außerklinische Geburtserfahrung haben prozentual einen ähnlichen Stellenwert wie die klinische Geburtserfahrung.

Die „vertraute Hebamme“ bleibt als Motivation für die außerklinische Geburt wie im Vorjahresergebnis die häufigste Nennung.

1.6.4 Motivation der Frau in Abhängigkeit von der beteiligten Einrichtung

Mit der folgenden Tabelle wird untersucht, ob Frauen – je nach ihrem geplanten Geburtsort – die schon genannten sechs abgefragten Kriterien anders einstufen.

Tabelle 5
Motivation der Frau differenziert nach beteiligter Einrichtung

Motivation		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerklin. Inst.	Arzt/Ärztin	
Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	1414	1084	177	73	2748
	Spalten %	31,2	26,6	25,8	43,2	29,0
vertraute Hebamme	Anzahl	3541	2905	574	63	7083
	Spalten %	78,2	71,2	83,8	37,3	74,8
Selbstbestimmung	Anzahl	3275	2852	513	103	6743
	Spalten %	72,3	69,9	74,9	60,9	71,2
außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	1485	791	137	24	2437
	Spalten %	32,8	19,4	20,0	14,2	25,7
klinische Geburtserfahrung	Anzahl	1649	1007	209	42	2907
	Spalten %	36,4	24,7	30,5	24,9	30,7
Sonstige	Anzahl	462	519	58	40	1079
	Spalten %	10,2	12,7	8,5	23,7	11,4
keine Angabe	Anzahl	32	18	5	1	56
	Spalten %	,7	,4	,7	,6	,6

Mehrfachnennungen waren möglich.

Fast ein Drittel der Frauen (25–36%) gaben (auch) die klinische Geburtserfahrung als Grund an, sich jetzt für eine außerklinische Geburt entschieden zu haben. Die Angabe „Selbstbestimmung“ liegt zwar wie im Vorjahr mit 70–75% in den hier betrachteten Kollektiven an erster bzw. zweiter Stelle und zeigt das hohe Bedürfnis der Frauen, in die Entscheidungsprozesse während der Geburt ihres Kindes einbezogen zu werden, aber der Bezug zur Hebamme ist in den ersten drei Spalten immer höher bewertet (71–84%).

Unter der Einrichtung „Hebamme“ haben 3275 Frauen oder 78,2% aller Frauen, die eine Hausgeburt planen, als Motivationsfaktor zur außerklinischen Geburt die „vertraute Hebamme“ angegeben (damit etwas weniger als im Vorjahr mit 3390 Frauen oder 79,3%). Die Frauen, die in einem Geburtshaus gebären wollten, haben diese Angabe wie im Vorjahr in etwa 72% der Fälle gemacht. In den anderen außerklinischen Einrichtungen haben die Klientinnen diesen Punkt in 574 Fällen oder 83,8% aller dort geplanten Geburten – und damit häufiger als im Vorjahr (im Jahr 2000 waren es 77,6%) – dokumentieren lassen.

1.6.5 Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots

Die außerklinische Geburtshilfe stellt ein gleichwertiges Angebot neben der Klinikgeburtshilfe dar. Alle Frauen sollten gleichermaßen Zugang zu dieser Art der Geburtshilfe haben. An dieser Stelle wird versucht, einen Überblick zu gewinnen, ob dieses Angebot flächendeckend in den einzelnen Bereichen vorhanden ist. Dazu werden die organisatorischen und personellen Ressourcen aufgezeigt (Anzahl der Geburten in den unterschiedlichen außerklinischen Einrichtungen in den einzelnen Bundesländern) und die strukturellen Bedingungen näher betrachtet (Auffächerung in neue und alte Bundesländer sowie Stadtstaaten). Damit können eventuelle lokale Defizite in der Erreichbarkeit aufgedeckt und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen angeregt werden.

1.6.6 Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern

Einen Überblick über die Versorgungsstruktur mit freiberuflichen Hebammen, Geburtshäusern oder anderen Einrichtungen in allen Bundesländern zeigt diese Tabelle:

Tabelle 6

Verteilung der Geburten auf die außerklinischen Einrichtungen in den Bundesländern

Bundesland	Beteiligte Einrichtung												Gesamt	
	Hebamme			Geburtshaus			and. außerkl. Inst.			Arzt/Ärztin			Anzahl	Gesamt-%
	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%		
Baden-Württemberg	853	80,7%	9,0%	144	13,6%	1,5%	60	5,7%	,6%	-	-	-	1057	11,2%
Bayern	1099	51,0%	11,6%	913	42,4%	9,6%	141	6,5%	1,5%	-	-	-	2153	22,7%
Berlin	99	7,6%	1,0%	935	71,7%	9,9%	101	7,7%	1,1%	169	13,0%	1,8%	1304	13,8%
Brandenburg	67	48,2%	,7%	72	51,8%	,8%	-	-	-	-	-	-	139	1,5%
Bremen	134	100,0%	1,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	134	1,4%
Hamburg	111	34,9%	1,2%	207	65,1%	2,2%	-	-	-	-	-	-	318	3,4%
Hessen	197	28,8%	2,1%	488	71,2%	5,2%	-	-	-	-	-	-	685	7,2%
Mecklenburg-Vorpommern	75	100,0%	,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	,8%
Niedersachsen	640	70,7%	6,8%	199	22,0%	2,1%	66	7,3%	,7%	-	-	-	905	9,6%
Nordrhein-Westfalen	629	56,9%	6,6%	476	43,1%	5,0%	-	-	-	-	-	-	1105	11,7%
Rheinland-Pfalz	158	98,8%	1,7%	2	1,3%	,0%	-	-	-	-	-	-	160	1,7%
Saarland	5	29,4%	,1%	12	70,6%	,1%	-	-	-	-	-	-	17	,2%
Sachsen-Anhalt	80	50,3%	,8%	79	49,7%	,8%	-	-	-	-	-	-	159	1,7%
Sachsen	171	29,6%	1,8%	150	26,0%	1,6%	257	44,5%	2,7%	-	-	-	578	6,1%
Schleswig-Holstein	145	41,9%	1,5%	141	40,8%	1,5%	60	17,3%	,6%	-	-	-	346	3,7%
Thüringen	66	20,0%	,7%	264	80,0%	2,8%	-	-	-	-	-	-	330	3,5%
Gesamt	4529	47,8%	47,8%	4082	43,1%	43,1%	685	7,2%	7,2%	169	1,8%	1,8%	9465	100,0%

Insgesamt hat sich die lokale Verteilung der außerklinischen Geburten im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert – von den Prozentanteilen der einzelnen Länder aus betrachtet. Für den Jahrgang 2001 lieferte Bayern mit 2153 Geburten oder 22,7% (ähnlich wie im Vorjahr mit 22,4% aller Geburten) den größten Anteil eines einzelnen Bundeslandes an dem Gesamtkollektiv der dokumentierten außerklinischen Geburten. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese Art der Geburtshilfe hier wie in Berlin (auf zweiter Position, mit einem Anteil von 1304 Geburten oder 13,8%, im Vorjahr 13,4% aller Geburten) schon länger etabliert ist, bzw. der Anteil der freiberuflichen Hebammen größer ist als in den anderen Bundesländern. In den meisten Ländern sind die Zahlen der dokumentierten Geburten kräftig angestiegen – nur bei den Ländern Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland kam es zu leichten und in Nordrhein-Westfalen zu stärkeren Rückgängen der Anzahl der außerklinischen Geburten.

Die Prozentanteile an den dokumentierten Geburten bei Hebammen zu allen dokumentierten außerklinischen Geburten in diesem betreffenden Land haben in einigen

Bundesländern zugenommen (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen) und in den übrigen abgenommen, wobei der Abfall im Saarland von 22 Geburten bei Hebammen im Jahr 2000 (entspricht 91,7% aller außerklinischen Geburten im Saarland) auf insgesamt 5 Geburten im Jahr 2001 (entspricht 29,4%) auf Grund der kleinen Zahlen am drastischsten ausfiel. Im Vergleich der Bundesländer untereinander hat Bayern die meisten Hausgeburten (1099 Geburten im Jahr 2001 und damit 11,6% der Gesamtgeburtenzahl), gefolgt von Baden-Württemberg (853 Geburten im Jahr 2001 und damit 9% der Gesamtgeburtenzahl).

Auffallend in Tabelle 6 ist weiterhin die Zunahme der dokumentierten Geburtshausgeburten in vielen Bundesländern, wobei Niedersachsen gegenüber dem Jahr 2000 mit 50 Geburten den größten Sprung gemeldet hat – dies schlägt sich aber prozentual nicht einschneidend nieder. Der steigende Trend zur Entbindung in anderen außerklinischen Institutionen hält in Schleswig-Holstein und in Sachsen an.

Um einen Überblick über die Verteilung der Geburtsorte nach neuen und alten Bundesländern sowie Stadtstaaten zu erhalten, dient folgende Tabelle.

Tabelle 7
Anzahl der Geburten in den verschiedenen Einrichtungen und Bundesländern

Bundesländer		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
<i>Über 80% aller Hausgeburten finden in den alten Bundesländern statt.</i>	alte Bundesländer	Anzahl	3726	2375	327	6428
		Spalten%	82,3%	58,2%	47,7%	67,9%
		Zeilen%	58,0%	36,9%	5,1%	100,0%
	neue Bundesländer	Anzahl	459	565	257	1281
		Spalten%	10,1%	13,8%	37,5%	13,5%
		Zeilen%	35,8%	44,1%	20,1%	100,0%
	Stadtstaaten	Anzahl	344	1142	101	1756
		Spalten%	7,6%	28,0%	14,7%	18,6%
		Zeilen%	19,6%	65,0%	5,8%	9,6%
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Zeilen%		47,8%	43,1%	7,2%	1,8%	100,0%

Da außerklinische Geburtshilfe in der DDR praktisch nicht vorkam, verwundert der geringe Anteil von 1281 Geburten und damit 13,5% aller außerklinischer Geburten für das Jahr 2001 nicht. Diese Zahl unterscheidet sich nicht stark vom Vorjahresergebnis mit insgesamt 1224 außerklinischen Geburten und einem etwas höheren Anteil an allen Geburten (13,9% aller außerklinischer Geburten für das Jahr 2000). In Zahlen bedeutet dies genau 57 dokumentierte Geburten weniger.

Die Frage ist zu stellen, warum die bisherige Zunahme an Geburten stagniert. Die gesamte Zunahme an dokumentierten Geburten kam somit aus den alten Bundesländern und den Stadtstaaten: Aus den alten Bundesländern wurden 475 Geburten mehr gemeldet, aus den Stadtstaaten wurden 155 Dokumentationsbögen mehr ausgewertet.

Innerhalb der Stadtstaaten überwiegen die Geburten im Geburtshaus deutlich (mit Ausnahme von Bremen, siehe Tabelle 6), da sich Geburtshäuser u.a. aus ökonomischen Gründen eher in Städten oder Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte etablieren. In den neuen Bundesländern sind Haus- und Geburtshausgeburten in Relation zu den alten Bundesländern eher selten, dagegen haben sich hier verhältnismäßig viele andere Institutionen etabliert. In den alten Bundesländern ist die Hausgeburt mit 58% aller dortigen außerklinischen Geburten eindeutig die meist gewählte oder angebotene Einrichtung.

Datenbasis: Die Gesamtzahl der dokumentierten Bögen hat sich zum Vorjahr weiter erhöht. Über 200 Hausgeburten wurden mehr gemeldet als im Vorjahr und der Anteil der Geburtshausgeburten stieg um fast 300 Geburten. Die Geburten von insgesamt 9483 Kindern wurden dokumentiert. Auf der Basis einer Geburtenzahl von 9465 Einlingen lassen sich repräsentative Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland vorstellen:

Betreuung im Überblick: Die meisten Hausgeburten werden von Hebammen begleitet, die durch genügend Geburten im Jahr über ausreichend Routine in der außerklinischen Geburtshilfe verfügen. Auch bei den Geburtshausgeburten erfolgen die meisten Geburten in Einrichtungen, die eine genügend große Geburtenzahl im Jahr vorweisen.

Klientel: Im Jahr 2001 ist das Verhältnis von Erstgebärenden zu Mehrgebärenden, die außerklinische Geburten durchführen, gleich geblieben. Der Anteil der Gebärenden zwischen 35 und 39 Jahren hat deutlich zugenommen.

Information und Motivation: Weiterhin sind das Persönliche Umfeld und die Vertrautheit mit der Hebamme die entscheidenden Einflussgrößen für eine außerklinische Geburt.

Flächendeckende Betreuung: Während in den Stadtstaaten meist eine gute Versorgung mit Institutionen der außerklinischen Geburtshilfe vorherrscht (wenn auch nicht überall die Auswahl zwischen Hausgeburt und Geburtshaus möglich ist), gibt es in den alten Bundesländern große Unterschiede im Angebot oder in der Nachfrage, während in den neuen Bundesländern eher ein insgesamt geringes Angebot an Einrichtungen der außerklinischen Geburtshilfe (und zudem ein auf andere außerklinische Institutionen beschränktes Angebot) zu verzeichnen ist.

2 Auswertung der in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett geleisteten Hilfe

Dieses Hauptkapitel stellt die wesentlichen Ergebnisse der Erhebung in Bezug auf die Schwangerschaft, Geburt und Zeit danach zusammen. Zunächst wird für die Schwangerschaft untersucht, inwieweit der Filter funktioniert, der bereits die in der Schwangerschaft (möglicherweise) auftauchenden Probleme für die anstehende Geburt wahrnimmt. Die Geburt erhält den größten Raum in diesem Kommentar. Besonders auf das Geburtsmanagement nach einer als problemlos eingestuften Schwangerschaft einerseits und auf die Entscheidung zur Verlegung andererseits wird hier das Augenmerk gerichtet. Im dritten Teil dieses Kapitels wird deutlich, welche Befunde nach der Geburt bei Mutter und Kind auftauchten bzw. nicht auftraten.

Auch wenn hier die „normale Schwangerschaft und Geburt“ im Vordergrund der Betrachtung stehen, ist das Gesamtkollektiv der hier behandelten außerklinischen und klinischen Geburten keineswegs ohne Probleme. Sinn dieser Untersuchung ist es, herauszufinden, ob mit den auftauchenden Problemen adäquat und situationsgerecht umgegangen wurde.

2.1 Schwangerschaft

Jeder der hier ausgewählten Aspekte des Kontakts zur Hebamme in der Schwangerschaft zielt darauf ab, zu überprüfen, ob es den Hebammen möglich war, ausreichende Kenntnisse von der Schwangerschaft, von der Situation der Schwangeren und vom Zustand des Neugeborenen zu erlangen, um die Weichen zu einer außerklinischen oder einer klinischen Geburt stellen zu können.

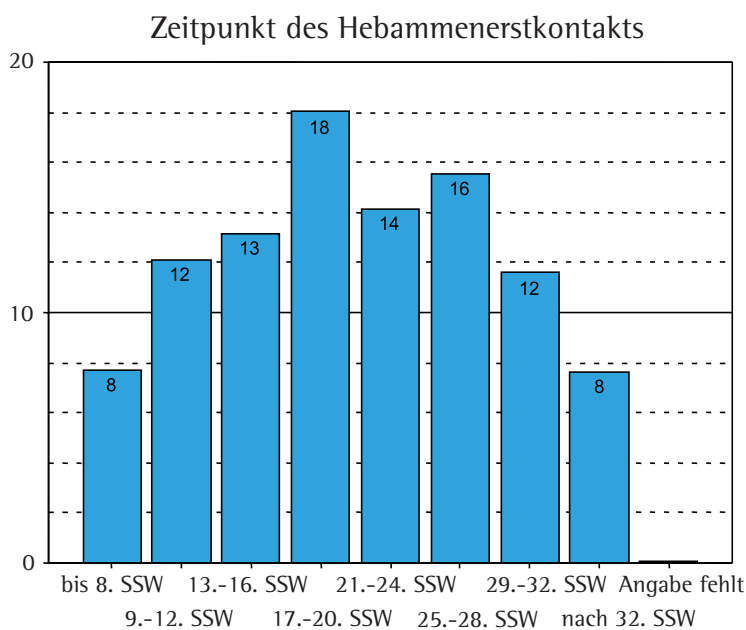
2.1.1 Beratungen und Untersuchungen

Die in diesem Abschnitt ausgewählten Punkte (Erster Kontakt mit der Hebamme, Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Ultraschalluntersuchungen) sollen Aufschluss darüber geben, ob früh genug und genügend häufige Kontakte mit der Hebamme bestanden und/oder ob Besuche einer ärztlichen Praxis stattfanden, um vorhersehbare Komplikationen entdecken zu können.

Erstkontakt

Im Erhebungsbogen wird der Zeitpunkt des ersten Kontaktes mit der Hebamme erfasst. Als Voraussetzung für die außerklinische Geburtshilfe empfehlen Hebammen eine möglichst frühe, spätestens aber eine Kontaktaufnahme bis zur 30. Schwangerschaftswoche, um durch Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen einen ausreichenden Eindruck über das physische und psychische Befinden der Frau erhalten sowie die Entwicklung des Ungeborenen beurteilen zu können. Dabei ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses besonders angestrebt.

Abbildung 7



Schwangere im Hausgeburtskollektiv suchen früher den Erstkontakte zur Hebamme als Frauen, die in einer anderen außerklinischen Einrichtung die Geburt planen.

In Abbildung 7 wird deutlich, dass der erste Kontakt mit der Hebamme kontinuierlich bis einschließlich der 20. Schwangerschaftswoche zunimmt und danach seltener wird. Diese Abbildung ähnelt stark derjenigen des Vorjahres. Zwischen der 17. und 20. Woche finden mit genau 18% die häufigsten Erstkontakte statt, im Jahr 2000 waren es noch 17,3% und damit wurde das schon positive Ergebnis noch etwas verbessert. Auch die recht späten Erstkontakte haben sich verringert: Kontaktierten im Jahr 2000 noch genau 20,9% der Schwangeren erst ab der 29. Schwangerschaftswoche die Hebamme, nahmen im Jahr 2001 nur noch 19,2% so spät Kontakt auf (siehe Tabelle im Anhang [S....](#)).

Eine differenzierte Analyse des Erstkontaktes im Bezug auf die Parität (ohne Abbildung) ergab, dass sowohl Erstgebärende als auch Mehrgebärende früher in der Schwangerschaft mit der Hebamme Kontakt aufnahmen. Dadurch bleibt die Tendenz der Vorjahre erhalten, dass die Erstgebärenden im Vergleich zu Mehrgebärenden generell zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt mit der Hebamme aufnehmen. Bis zur 16. Woche nahmen im Jahr 2001 im Verhältnis mehr Mehrgebärende (38,5% aller Mehrgebärenden) als Erstgebärende (23,1%) den ersten Kontakt auf. Zwischen der 17. und 20. Woche kontaktierten mehr Erstgebärende (19,3% aller Erstgebärenden) als Mehrgebärende (17,3% aller Mehrgebärenden) eine Hebamme. Nach der 20. bis einschließlich zur 32. Schwangerschaftswoche suchten mehr Erstgebärende (48,4% aller Erstgebärenden) als Mehrgebärende (37,3% aller Mehrgebärenden) den ersten Kontakt. Nach der 32. Woche nahmen wiederum mehr Erstgebärende (9% aller Erstgebärenden und damit genauso viel wie im Vorjahr) als Mehrgebärende (6,8% aller Mehrgebärenden und damit 2,2% weniger als im Vorjahr) den Kontakt auf. Es wäre demnach anzuraten, verstärkt den Erstgebärenden einen unverbindlichen, aber frühen Kontakt zu einer Hebamme in der außerklinischen Geburtshilfe zu ermöglichen.

Demnach kann angenommen werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Geburtsort bei Erstgebärenden später einsetzt als bei Frauen, die bereits ein Kind geboren haben. Zugleich deutet die tendenziell frühere Kontaktaufnahme der Mehrgebärenden darauf hin, dass Erfahrungen in der Betreuung zurückliegender Schwangerschaften dazu beitragen können, die Beratung durch Hebammen zeitlich früher zu suchen.

Der Hebammenerstkontakt ist ebenso ein wichtiger Parameter, wenn die differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren daraufhin untersucht wird, ob eine Hausgeburt oder aber eine Geburt im Geburtshaus oder in einer anderen außerklinischen Einrichtung geplant wird. Zumindest bei einer geplanten Hausgeburt sollte Zeit über mehrere Monate vor der Geburt für den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zwischen Schwangerer und Hebamme zur Verfügung stehen. Bei der Hebammenbetreuung wird in der nächsten Tabelle 8 deutlich, dass es bei einer geplanten Hausgeburt zu einem früheren Erstkontakt kommt als bei einer Geburtshausgeburt oder einer Geburt in einer anderen außerklinischen Institution.

Tabelle 8
Hebammenerstkontakt nach beteiligter Einrichtung

Hebammenerstkontakt in SSW		Beteiligte Einrichtung				Gesamt	
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin		
<i>Schwangere im Hausgeburtskollektiv suchen früher den Erstkontakte zur Hebamme als Frauen, die in einer anderen außerklinischen Einrichtung die Geburt planen.</i>	bis 8. SSW	Anzahl	468	207	48	7	730
		Spalten-%	10,3	5,1	7,0	4,1	7,7
	9.-12. SSW	Anzahl	673	367	98	10	1148
		Spalten-%	14,9	9,0	14,3	5,9	12,1
	13.-16. SSW	Anzahl	736	440	59	11	1246
		Spalten-%	16,3	10,8	8,6	6,5	13,2
	17.-20. SSW	Anzahl	808	752	103	42	1705
		Spalten-%	17,8	18,4	15,0	24,9	18,0
	21.-24. SSW	Anzahl	518	689	89	42	1338
		Spalten-%	11,4	16,9	13,0	24,9	14,1
	25.-28. SSW	Anzahl	588	729	111	43	1471
		Spalten-%	13,0	17,9	16,2	25,4	15,5
	29.-32. SSW	Anzahl	416	552	117	11	1096
		Spalten-%	9,2	13,5	17,1	6,5	11,6
	nach 32. SSW	Anzahl	318	342	59	3	722
		Spalten-%	7,0	8,4	8,6	1,8	7,6
	Angabe fehlt	Anzahl	4	4	1		9
		Spalten-%	,1	,1	,1		,1
	Anzahl		4529	4082	685	169	9465
	Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Der Prozentsatz der Frauen, die eine Hausgeburt anstrebten und bis zur 20. Schwangerschaftswoche einen ersten Kontakt zu ihrer Hebamme aufnahmen, ist im Vergleich zum Vorjahr von 58,1% (2000) auf 59,3% (2001) in dem Hausgeburtskollektiv weiter gestiegen. Der Erstkontakt mit einem Geburtshaus bis zur 20. Schwangerschaftswoche ist im Jahr 2001 mit 43,3% gleich häufig geblieben (2000 waren es 43,1% der Erstkontakte). In den anderen Institutionen nahm der Prozentsatz der Frauen, die Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche suchten, im Gegensatz zu den beiden Vorjahren stark zu (von 39,5% in den Jahren 1999 und 2000 auf 44,9% im Jahr 2001). Sind im Hausgeburtskollektiv schon mit Beginn der 21. Schwangerschaftswoche über 59% der Erstkontakte erfolgt, so sind dies im Gesamtkollektiv etwa 51%, was insgesamt als positiv zu beurteilen ist.

2.1.2 Rat und Hilfe in der Schwangerschaft

Zentrale Elemente der von Hebammen angebotenen Schwangerenbetreuung und Vorsorgeuntersuchungen sind ausführliche Beratungen, die in der Praxis bis zu einer Stunde betragen können, und Hausbesuche, die sowohl für die Planung einer Hausgeburt als auch für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses von großer Bedeutung sind.

Persönliche Kontakte

Abhängig von der ersten Kontaktaufnahme zur Hebamme ist die Anzahl der persönlichen Kontakte. Unter dem Begriff persönliche Kontakte sind sowohl telefonische wie auch Besuchskontakte bei Schwangerschaftsbeschwerden, Vorsorgen und Beratungen zusammengefasst. Geburtsvorbereitungskurse sind hier nicht berücksichtigt. Die Verteilung auf die einzelnen Einrichtungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9
Anzahl der persönlichen Kontakte

Anzahl persönlicher Kontakte insg.		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	28	6	3		37
	Spalten-%	,6	,1	,4		,4
1 - 5	Anzahl	1376	1188	207	91	2862
	Spalten-%	30,4	29,1	30,2	53,8	30,2
6 - 10	Anzahl	2075	2052	326	67	4520
	Spalten-%	45,8	50,3	47,6	39,6	47,8
11 - 15	Anzahl	773	639	114	10	1536
	Spalten-%	17,1	15,7	16,6	5,9	16,2
mehr als 15	Anzahl	271	193	35	1	500
	Spalten-%	6,0	4,7	5,1	,6	5,3
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	6	4			10
	Spalten-%	,1	,1			,1
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Anzahl der Frauen, die 6 bis 10 persönliche Kontakte zur Hausgeburtshebamme hatten, ist gestiegen: Waren es im Jahr 2000 noch 44,2%, so sind es im Jahr 2001 genau 45,8% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme. Der Anstieg bei den Geburtshäusern lag in ähnlicher Größenordnung, auch wenn die Prozentzahlen insgesamt etwas höher als bei den Hausgeburtshebammen lagen (von 49% im Jahr 2000 auf 50,3% aller Kontakte im Geburtshauskollektiv im Jahr 2001). In den anderen Institutionen ist die Prozentzahl der Kontakte in dieser Sparte (6 bis 10 persönliche Kontakte) stark gestiegen (von 38% im Jahr 2000 auf 47,6% aller Kontakte in anderen außerklinischen Institutionen im Jahr 2001). In allen Einrichtungen wurde diese Anzahl an Kontakten am häufigsten genannt (die Sparte 6 bis 10 persönliche Kontakte stieg von 45,8% im Jahr 2000 auf 47,8%, im Jahr 2001). Dieser Anstieg lässt vermuten, dass vermehrt Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft in diesen Einrichtungen durchgeführt worden sind. Die nächste Tabelle zeigt den Trend an.

Aus den persönlichen Kontakten wurden die darin enthaltenen Vorsorgeuntersuchungen in der folgenden Tabelle separat aufgeführt.

Tabelle 10
Anzahl der Hebammenvorsorgeuntersuchungen

Anzahl d. Hebammenvorsorgeuntersuchungen		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	729	671	133	40	1573
	Spalten-%	16,1	16,4	19,4	23,7	16,6
1 - 5	Anzahl	2402	2548	358	125	5433
	Spalten-%	53,0	62,4	52,3	74,0	57,4
6 - 10	Anzahl	1246	769	164	4	2183
	Spalten-%	27,5	18,8	23,9	2,4	23,1
11 - 15	Anzahl	131	84	25		240
	Spalten-%	2,9	2,1	3,6		2,5
mehr als 15	Anzahl	7	3	3		13
	Spalten-%	,2	,1	,4		,1
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	14	7	2		23
	Spalten-%	,3	,2	,3		,2
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Anzahl der Frauen, die Schwangerschaftsvorsorge auch bei der Hebamme wahrnehmen, ist steigend.

Wie im Vorjahr haben über 80% aller Frauen Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen. Die Gruppe der Schwangeren, die definitiv keine Vorsorgeuntersuchung bei einer Hebamme erhalten haben, ist im Vergleich zum Vorjahr noch kleiner geworden: In der Gesamtgruppe ist der Wert von 19,8% auf 16,6% gefallen. Unabhängig von der Einrichtung haben 57,4% der Frauen mindestens 1 – 5 Vorsorgeuntersuchungen (etwa wie im Vorjahr) und 23,1% der Frauen 6 – 10 Untersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen (und damit fast 3% mehr als im Vorjahr mit 20,3% aller Schwangeren).

Betrachten wir die einzelnen Einrichtungen, so fällt die Gruppe der anderen außer-

klinischen Institutionen auf, die im Jahr 2000 insgesamt 26% der Einträge mit „keine Hebammenvorsorgeuntersuchungen“ aufwies und im Jahr 2001 auf 19,4% dieser Einträge gesunken ist. Auch im Vorjahr war dieser Anteil an Einträgen stärker als in den anderen beiden Gruppen gefallen.

Da laut Mutterpass mindestens 10 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft vorgesehen sind, lassen diese Ergebnisse vermuten, dass die Frauen von Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen gemeinsam betreut worden sind. Die in Tabelle 9 erwähnten Kontakte entfallen also nicht so häufig auf Vorsorgeuntersuchungen wie der dortige Anstieg vermuten ließ. Nach den heftigen Diskussionen in Hebammen- und Ärztekreisen zur Vorsorge durch die Hebamme war ein stärkerer Anstieg als der erfolgte (um insgesamt etwa 3% mehr Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme) zu erwarten gewesen.

Tabelle 11
Ärztliche Schwangerenvorsorge

Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburts- haus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	265	94	4	2	365
	Spalten-%	5,9	2,3	,6	1,2	3,9
Ja	Anzahl	4263	3985	681	167	9096
	Spalten-%	94,1	97,6	99,4	98,8	96,1
Angabe fehlt	Anzahl	1	3			4
	Spalten-%	,0	,1			,0
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Insgesamt haben 96,1% der Frauen mindestens eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen (im Jahr 2000 waren es 96,4%). Damit ist der Prozentsatz leicht gefallen. Sie nutzten dabei vorwiegend das in einer ärztlichen Praxis vorhandene medizinische Angebot (insbesondere die Ultraschalluntersuchung). Vereinzelt finden sich in Deutschland gute Kooperationen zwischen Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen, die dem Bedürfnis der Frau nach einer umfassenden Betreuung und Versorgung während der Schwangerschaft Rechnung tragen. Werden die Hebammen auch in Zukunft die Schwangerenvorsorge als einen wichtigen Teil in der Betreuung vornehmen und ausbauen, können sich aus der jetzt noch oft existierenden Konkurrenz zwischen Gynäkologen/Gynäkologinnen und Hebammen weitere – für die Schwangeren vorteilhafte – Kooperationen entwickeln. Dieser Wunsch der Schwangeren ist indirekt aus den Ergebnissen abzulesen, denn – in ganzen Zahlen ausgedrückt – haben nur genau 50 Schwangere mehr als im Vorjahr keinen Kontakt zu einer ärztlichen Praxis gesucht. Insgesamt waren es im Jahr 2000 genau 315 Frauen oder 3,6% des Gesamtkollektivs gegenüber 365 Frauen oder 3,9% des Gesamtkollektivs im Jahr 2001, die nicht eine ärztliche Praxis zur Vorsorge aufgesucht haben.

Ein kennzeichnender Bestandteil der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist die Ultraschalldiagnostik in der Schwangerschaft. Außerklinisch tätige Hebammen legen nicht

selten eine Ultraschalluntersuchung nach der 30. Schwangerschaftswoche nahe, um beispielsweise über die Lage der Placenta und/oder über mögliche angeborene Fehlbildungen informiert zu sein.

Tabelle 12
Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche

Ultraschalluntersuchung nach der 30. SSW		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	1034	544	118	2	1698
	Spalten-%	22,8	13,3	17,2	1,2	17,9
Ja	Anzahl	3493	3536	566	167	7762
	Spalten-%	77,1	86,6	82,6	98,8	82,0
Angabe fehlt	Anzahl	2	2	1		5
	Spalten-%	,0	,0	,1		,1
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Für 82% aller Frauen sind Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche dokumentiert (im Jahr 2000 waren es knapp 83%). Allerdings sind für 1698 Schwangere (17,9% aller Schwangeren) keine Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche belegt. Im Jahr 2000 traf dies für 1517 Frauen oder 17,3% zu. Hier könnten weitergehende Studien klären, ob diese Frauen überhaupt keinen Ultraschall in der Schwangerschaft haben machen lassen, ob etwaige Untersuchungen nicht im Mutterpass eingetragen waren oder ob nur Ultraschalluntersuchungen vor der 30. Schwangerschaftswoche erfolgt sind. Damit würde die Einstellung der Schwangeren zur Ultraschalldiagnostik ablesbar. Es lässt sich ein leichter Rückgang der Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche verzeichnen.

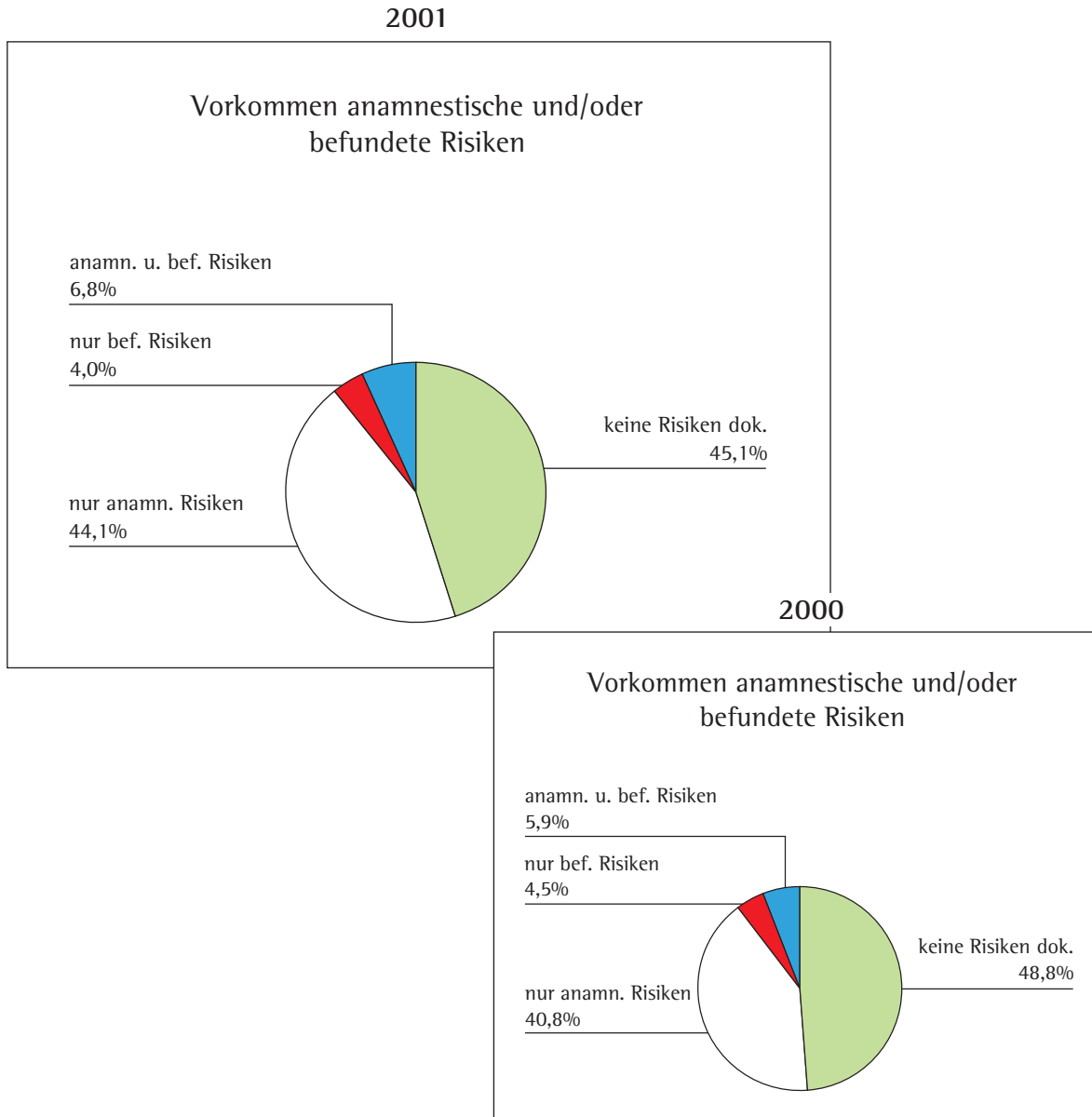
2.1.3 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft

Das Angebot der außerklinischen Geburtshilfe richtet sich an Frauen mit weitgehend normal verlaufenden Schwangerschaften. Dennoch ist das Kollektiv der Schwangeren nach den engen Grenzen, die die Risikokataloge im Mutterpass abstecken, nicht völlig befundfrei. Ein Teil der betreuten Frauen bringt Risiken aufgrund von Befunden in der Anamnese bzw. Risikofaktoren in die Schwangerschaft mit oder entwickelt letztere im Verlauf der Schwangerschaft.

Die meisten der in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen orientieren ihre Beratung daran, denjenigen Schwangeren, die wesentliche Risiken für die Geburt aufweisen, von einer außerklinischen Entbindung abzuraten.

Wie häufig Frauen mit Risikofaktoren im Mutterpass – entweder von ärztlicher oder von Hebammenseite dokumentiert – in der außerklinischen Geburtshilfe anzutreffen sind, zeigt die folgende Abbildung.

Abbildung 8
Vorkommen anamnestischer und/oder befundeter Risiken
in den Jahren 2000 und 2001



Im Vergleich zum Vorjahr verringerte sich die Gruppe der risikofreien Frauen weiter, doch stieg nur der Anteil an anamnestischen Risiken bemerkenswert.

Für 45,1% der Frauen im Jahr 2001 sind keine Risikofaktoren im Mutterpass dokumentiert – weder von ärztlicher noch von Hebammenseite – und damit ist zum Vorjahr ein weiteres Absinken der Zahl vollkommen risikofreier Schwangerer zu verzeichnen, wie die vergleichende Grafik zeigt. Hatten im Jahr 1999 noch 52,2% aller Frauen diese Bezeichnung, waren es 2000 –wie die kleinere Grafik zeigt – nur noch 48,8% und im Jahr 2001 sogar nur noch 45,1% und damit 3,4% weniger. Um für diesen Trend zu einer Einschätzung zu gelangen, müssten in einer weiteren Studie diese Ergebnisse dem bundesdeutschen Durchschnitt gegenübergestellt werden. Steigen hier die Zahlen in der Risikokategorie gleichermaßen, wären Gründe für den Anstieg der Schwangeren mit Risiken zu suchen. Gibt es diesen Anstieg nur im Klientel der außerklinischen Geburtshilfe (was nicht anzunehmen ist), so müssten die Risikoeinträge im Einzelnen gewichtet werden.

Die Auswertung ergibt auf der anderen Seite, dass 44,1% aller Schwangeren (und damit mehr als 2000 mit 40,8%) Risiken in der Anamnese und nur 4% im Verlauf der Schwangerschaft erhobene Befunde aufweisen (weniger als im Vorjahr mit 4,5% befundeten Risiken). In 6,8% der Fälle lagen für 2001 sowohl anamnestische als auch befundete Risiken vor (im Jahr 2000 lag der Wert bei 6%) – dieser Bereich vergrößerte sich geringfügig. Auch wenn sich die risikofreie Gruppe der Frauen verringerte, vergrößerte sich in der anderen Gruppe jedoch nur der Anteil der anamnestischen Risiken beträchtlich (siehe Tabelle im Anhang S. 101).

In der folgenden Tabelle sind die jeweils fünf häufigsten anamnestischen und befundeten Risiken für die bestehende Schwangerschaft benannt, die im Mutterpass nach Katalog A dokumentiert wurden.

Tabelle 13
Die fünf häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A

Schwangerschaftsbefunde lt. Kat. A	Anzahl	Gesamt-%
A14 Schwangere >35 Jahre	2224	23,5%
A04 Allergie	1519	16,1%
A01 Fam. Belastung	857	9,1%
A02 Anamn. Erkrankung	595	6,3%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	386	4,1%

Das am häufigsten von den Hebammen genannte Risiko im Bereich „Anamnese und allgemeine Befunde“ (Katalog A im Dokumentationsbeleg, identisch mit dem Katalog A im Mutterpass) war im Jahr 2001 mit 2224 Fällen oder 23,5% aller Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A das Alter der Frauen über 35 Jahre. Damit kam es zu einer weiteren Steigerung: Im Vorjahr lag in 1713 Fällen oder bei 19,5% der Gebärenden das Alter der Frauen über 35 Jahre. Diese Rate liegt über der Rate einzelner klinischer Perinatalerhebungen. Anzumerken ist, dass ein höheres Alter der Frauen allein kein Ausschlussgrund für eine außerklinische Geburt ist. In einer gesonderten Auswertung (hier nicht in einer Tabelle dargestellt) wurde im Jahr 2001 gefragt, wie alt genau die 3417 Erstgebärenden der Erhebung waren. Dabei stellte sich heraus, dass 149 Frauen oder 4,4% der Erstgebärenden genau 36 Jahre alt waren. Insgesamt 125 Frauen oder 3,7% der Erstgebärenden waren 37 Jahre alt und 89 Frauen oder 2,6% der Erstgebärenden waren 38 Jahre alt. Die restlichen 131 Frauen oder 2,3% der Erstgebärenden verteilen sich auf die Altersgruppe von 39 – 47 Jahre.

Als zweithäufigster Befund ist in 1315 Fällen oder 16,1% der Fälle die Allergie dokumentiert (Vorjahr: 1315 Fälle oder 15%). Hier können auch Allergien gegen bestimmte Lebensmittel aufgeführt sein, die nicht unbedingt ein Risiko für die Schwangere bedeuten. Der Begriff „Risiko“, wie ihn der Mutterpass vorgibt, ist m. E. zu breit gefasst und müsste für spätere Erhebungen noch weiter spezifiziert werden, um die Aussagekraft der Statistik zu erhöhen. Dies kann aber erst erfolgen, wenn der Mutterpass modifiziert wurde, damit die Vergleichbarkeit mit den Daten der Perinatalstatistik erhalten bleibt.

Weitere Befunde wie die „Familiäre Belastung“, „Frühere eigene schwere (anamnestische) Erkrankungen“ und der „Zustand nach zwei oder mehr Aborten/Abbrüchen“ sind

die letzten der fünf am häufigsten genannten Befunde nach Katalog A. Sie liegen aber wie im Vorjahr weit unter der Zehnprozentmarke. Die familiäre Belastung hat sich etwas erhöht: Mit 9,1% (857 Fälle) gegenüber 8,7% (766 Fälle) im Vorjahr. Auch anamnestiche Erkrankungen gibt es etwas häufiger: 6,3% (595 Fälle) gegenüber 5,9% (518 Fälle) im Vorjahr. Auch der Zustand nach zwei oder mehr Aborten hat sich mit 4,1% (386 Fälle) leicht erhöht gegenüber 4% (353 Fälle) im Vorjahr.

In der nächsten Tabelle sind die jeweils fünf häufigsten in der bestehenden Schwangerschaft aufgetretenen befundeten Risiken genannt, die im Mutterpass nach Katalog B (mit Katalog B im Dokumentationsbeleg identisch) dokumentiert wurden.

Tabelle 14
Die fünf häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B

Schwangerschaftsbefunde lt. Kat. B	Anzahl	Gesamt-%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	194	2,0%
B52 And.Besonderheiten	104	1,1%
B32 Blutungen < 28 SSW	85	,9%
B38 Terminunklarheit	72	,8%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	62	,7%

Zu den Befunden gehören vorzeitige Wehen in 194 Fällen oder 2% aller Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B (im Jahr 2000 waren es 187 Fälle oder 2,1% und damit prozentual geringfügig mehr), Blutung vor der 28. Woche in 104 Fällen oder 1,1% der Fälle (im Jahr 2000 waren es 80 Fälle oder 0,9% und damit prozentual etwas weniger), die Terminunklarheit in 72 Fällen oder 0,8% der Fälle (im Jahr 2000 waren es 78 Fälle oder 0,9% und damit prozentual geringfügig mehr), die isthmozervikale Insuffizienz in 62 Fällen oder 0,7% der Fälle (im Jahr 2000 waren es 63 Fälle oder 0,7% und damit prozentual geringfügig mehr). Diese Daten sind – bis auf die Blutung vor der 28. Woche – mit den Vorjahresdaten nahezu identisch und lassen per se noch nicht auf Schwierigkeiten bei der Geburt schließen.

Ebenso interessant ist es zu sehen, welche Frauen von vorneherein nicht außerklinisch entbunden werden wollten bzw. zumeist von den Hebammen ausgeschlossen wurden: Dazu zählen Frauen mit Zustand nach Eklampsie (A55, nur eine Frau wurde dokumentiert) oder Hypertonie (A56, nur 7 Fälle wurden dokumentiert), Schwangere mit Diabetes mellitus (A09, 15 Fälle wurden dokumentiert) sowie kleinwüchsige Frauen (A11, 8 Frauen der Gesamtmenge) und sehr junge Frauen (A13, 28 Frauen). Alle diese Punkte bleiben im Jahr 2001 für die bestehende Schwangerschaft im Bereich von 0,3% (siehe Tabellenteil im Anhang, **Tabelle ??**). Dennoch ist zu fragen, ob eine Frau mit Zustand nach Eklampsie in der Gesamtmenge betreut werden sollte.

Bei umgekehrter Fragestellung (wie viele Frauen ohne gravierende Befunde in der Schwangerschaft erlebten eine außerklinische Geburt?) lässt sich das Gesamtkollektiv folgendermaßen einteilen – und damit sei die Abbildung 8 nochmals mit ganzen Zahlen in einer Tabelle präsentiert:

Tabelle 15

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dok.	4268	45,1
nur anamn. Risiken	4177	44,1
nur bef. Risiken	380	4,0
anamn. u. bef. Risiken	640	6,8
Gesamt	9465	100,0

Wie eingangs bereits erwähnt, hat sich die Gruppe der Schwangeren, die mindestens eine Eintragung im Mutterpass haben oder deren Hebamme ein Risiko im Dokumentationsbogen vermerkt hat, um etwa 3% gegenüber dem Vorjahresergebnis erhöht. Waren im Jahr 2000 bei fast der Hälfte aller Frauen, bei 48,8% aller Schwangeren (4280 Frauen) keine dokumentierten Risiken zu finden, sind es im Jahr 2001 nur noch 45% aller Schwangeren (4268 Frauen) ohne dokumentiertes Risiko. Zusammen mit der Gruppe, die lediglich anamnestische Risiken aufwies, machen diese Schwangeren allerdings 89,2% aller erfassten Schwangeren aus, d. h. genau 8445 Frauen. Dieses Ergebnis liegt nur knapp unter dem Wert im Jahr 2000, mit 89,6% der Schwangeren, d. h. genau 7864 Frauen. Wie im Vorjahr gilt, dass knapp 90% der Schwangeren von ihren Voraussetzungen mit einer normalen Geburt rechnen können.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Hebammen und Schwangere oft und früh genug Kontakt zueinander hatten, um die Weichen für Mutter und Kind für den adäquaten Geburtsort stellen zu können. Die geringe Zahl an Befunden, die die Geburt im außerklinischen Rahmen von vorne herein in Frage stellen, zeigt die richtige Wahl an. Inwieweit den trotz umfassender Weichenstellung in der Schwangerschaft vereinzelt dennoch auftretenden Komplikationen situationsgerecht begegnet wurde, wird neben anderen Aspekten im nächsten Abschnitt untersucht.

2.2 Geburt

In diesem Kapitel wird genauer auf die Betreuung der Gebärenden zu Beginn der Geburt eingegangen und die Umstände der erforderlich gewordenen Verlegungen betrachtet. Die unter „Verlegungen“ vorgestellten Ergebnisse können konkrete Aussagen über das „Geburtsmanagement“ außerklinisch tätiger Hebammen treffen. Im nächsten Schritt wird auf die Geburtsrisiken eingegangen, die wiederum mit den Geburts Umständen und dem gewählten Geburtsort in Beziehung gesetzt werden. Es geht dabei darum, zu erkennen, wie „normal“ oder „unnormale“ eine Geburt verlaufen kann nach einer Schwangerschaft ohne wesentliche Pathologien.

2.2.1 Geburtsort wie geplant?

Die moderne, an medizinischen Sicherheitsstandards orientierte außerklinische Geburtshilfe setzt eine in der Schwangerschaft beginnende Betreuung und Planung durch die außerklinisch tätigen Hebammen und die beteiligten Frauen und Familien voraus. Eine nur seltene Abweichung des geplanten vom tatsächlichen Geburtsort würde dafür sprechen, dass Hebammen ihr Klientel richtig einschätzten und die Schwangeren von unnötigen Transporten verschont waren. Eine Gruppierung der beteiligten Einrichtungen (geplante Hausgeburt bei einer Hebamme, geplante Geburt im Geburtshaus bzw. in einer anderen außerklinischen Institution) wurde vorgenommen, um genauer erkennen zu können, an welchen Stellen evtl. Handlungsbedarf besteht.

Die folgende Tabelle lässt erkennen, ob und wenn, bei welcher Planung Umentscheidungen erfolgten:

Tabelle 16
Übereinstimmung geplanter / tatsächlicher Geburtsort
in den gruppierten Einrichtungen

Tatsächlicher Geburtsort...		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
...nicht wie geplant	Anzahl	719	785	88	16	1608
	Spalten-%	15,9	19,2	12,8	9,5	17,0
...wie geplant	Anzahl	3810	3297	597	153	7857
	Spalten-%	84,1	80,8	87,2	90,5	83,0
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bei den Hausgeburten kam es etwas seltener, bei den Geburtshausgeburten etwas häufiger als im Vorjahr zu einer Umentscheidung.

Wie im Vorjahr fanden die Geburten zu 83% auch an dem von Hebamme und Frau geplanten Geburtsort statt – dieser war in Einzelfällen auch die Klinik (im Jahr 2000: 83,3% aller Geburten, d.h. 7309 Geburten am geplanten Geburtsort). Im Dokumentationsbogen wird der Ort eingetragen, der in der 37. Schwangerschaftswoche als Geburtsort geplant war.

Bei einer geplanten Geburtshausgeburt kam es bei 19,2% aller geplanten Geburtshausgeburten zu einer Umertscheidung (gegenüber 17,9% im Vorjahr). Bei den geplanten Hausgeburten waren es nur 15,9% aller geplanten Hausgeburten, bei denen es zu einer Umertscheidung kam (gegenüber 16,3% im Vorjahr). Bei den in anderen außerklinischen Institutionen geplanten Geburten ereignete sich in 12,8% aller dort geplanten Geburten eine Umertscheidung (gegenüber 13% im Vorjahr).

Inwiefern geplanter und tatsächlicher Geburtsort genau voneinander abweichen, kommt in der nächsten Tabelle zum Ausdruck. Hier wird ersichtlich, wo die Frauen, die einen anderen Geburtsort geplant haben, tatsächlich die Geburt begonnen haben.

Tabelle 17
Übereinstimmung geplanter / tatsächlicher Geburtsort – Einzeldarstellung

Geplanter Geburtsort		Tatsächlicher Geburtsort						Gesamt
		Hausgeburt	Geburtshaus	Arztpraxis	Entbindungsheim	Hebammenpraxis	Klinik	
Angabe fehlt	Anzahl	65	16			6	31	118
	Gesamt-%	,7%	,2%			,1%	,3%	1,2%
Hausgeburt	Anzahl	3794	22			9	437	4262
	Gesamt-%	40,1%	,2%			,1%	4,6%	45,0%
Geburtshaus	Anzahl	122	3206	2			614	3944
	Gesamt-%	1,3%	33,9%	,0%			6,5%	41,7%
Arztpraxis	Anzahl			157			14	171
	Gesamt-%			1,7%			,1%	1,8%
Entbindungsheim	Anzahl	4			55		11	70
	Gesamt-%	,0%			,6%		,1%	,7%
Hebammenpraxis	Anzahl	8				610	71	689
	Gesamt-%	,1%				6,4%	,8%	7,3%
Klinik	Anzahl	146	19			11	35	211
	Gesamt-%	1,5%	,2%			,1%	,4%	2,2%
Anzahl		4139	3263	159	55	636	1213	9465
Gesamt-%		43,7%	34,5%	1,7%	,6%	6,7%	12,8%	100,0%

Die meisten Geburten fanden – wie schon erwähnt – dort statt, wo sie geplant waren.

Eine Klinikgeburt ereignete sich in 1213 Fällen oder bei 12,8% aller Geburten, wobei 35 Geburten (oder 0,4%) bereits als Klinikgeburten geplant waren. Die Umertscheidung von einem außerklinisch geplanten Geburtsort zur Entbindung in der Klinik ereignete sich in 1147 Fällen – bei 31 Klinikgeburten fehlt die Angabe über den geplanten Geburtsort (0,3% aller Geburten). In 437 Fällen oder 4,6% aller Geburten war eine Hausgeburt geplant (im Jahr 2000 gab es 1149 Klinikgeburten und damit 13,1% aller Entbindungen, wovon 428 Fälle oder 4,9% aller Geburten als Hausgeburten geplant waren). Andere Umertscheidungen bei einer ursprünglich geplanten Hausgeburt kamen wesentlich seltener vor: So erlebten 22 Frauen (im Vorjahr 17 Frauen und ebenfalls 0,2% der Gesamtmenge), die eine Hausgeburt geplant hatten, ihre Geburt in einem Geburtshaus. Insgesamt 9 Frauen (0,1% aller Gebärenden, Prozentzahl wie im Vorjahr) gebären in einer Hebammenpraxis.

In 614 Fällen oder 6,5% aller Geburten war eine Geburt im Geburtshaus geplant (im Jahr 2000 waren dies 570 Fälle oder ebenfalls 6,5% aller Geburten), ereignete sich aber in einer Klinik. Genau 122 Frauen oder 1,3% aller Frauen (2000: 81 Frauen oder 0,9% aller Frauen) gingen zur Geburt nicht wie geplant in ein Geburtshaus, sondern blieben zu Hause.

Es hatten im Jahr 2001 insgesamt 211 Frauen der Gesamtgruppe eine Klinikgeburt geplant. Die 35 Frauen oder 0,4% aller Frauen (im Jahr 2001: 45 Frauen oder 0,5% aller Frauen), die eine Klinikgeburt geplant und dann auch in der Klinik ihr Kind geboren haben, sind Frauen, bei denen die Geburt zu Hause durch ihre vertraute Hebamme „anbetreut“ wurde und die dann mit ihr gemeinsam in die Klinik gegangen sind. Die übrigen 176 Frauen oder 1,8% aller Frauen (im Jahr 2001: 164 Frauen oder 1,9% aller Frauen) hatten eine Klinikgeburt geplant, wurden dann aber zu Hause, in einem Geburtshaus oder in einer anderen Einrichtung entbunden. Hier ist weiterhin der erfreulicherweise sinkende Trend zu verzeichnen.

Es ist festzustellen, dass die meisten Geburten, die außerklinisch geplant sind, auch außerklinisch stattfinden. Im Hausgeburtsklientel werden weniger Frauen in der Klinik entbunden als im Klientel, das eine Geburtshausgeburt plant. Die Beibehaltung des geplanten Geburtsortes, insbesondere bei einer geplanten Hausgeburt, spricht für eine gute Einschätzung der Hebammen, ebenso wie für eine sichere Entscheidung seitens der betreuten Frauen. Offensichtlich besteht aber auch die Flexibilität, die getroffene Entscheidung je nach den Veränderungen in der Schwangerschaft zu korrigieren.

2.2.2 Hebammenbetreuung

Mit der aufgestellten These „Die außerklinische Geburtshilfe verbessert die Chance auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung“ möchten die Hebammenverbände belegen, dass mit dem Selbstbewusstsein der Frauen, die sich für eine andere Art der Geburtsbetreuung entschieden haben, auch nach einer nötig gewordenen Verlegung die Gebärkompetenz der Frauen erhalten bleibt. Ein Anliegen der Hebammen dabei ist es, den Frauen eine Geburtsbegleitung zu bieten, die sich auszeichnet durch eine abwartende Haltung, welche der Frau vermittelt, dass sie die Geburt aus eigener Kraft leisten kann. Sie respektiert die Wünsche der Frau im normalen Geburtsverlauf und greift nur in medizinisch begründeten Fällen ein. Welche Indikatoren dazu befragt werden können, zeigt dieses Kapitel mit den Ergebnissen zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme über eine sehr differenzierte Darlegung der Verlegungen und der Befunde während der Geburt bis hin zu der Auseinandersetzung mit den Maßnahmen während der Geburtsarbeit.

2.2.2.1 Zeitintervall vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme

Ebenso wie in der Klinik ist nicht gleich zu Geburtsbeginn die kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme bzw. der ständige Aufenthalt der Schwangeren im Kreißaal erforderlich. Die folgende Tabelle zeigt das Zeitmanagement zu Geburtsbeginn bei allen außerklinisch begonnenen Geburten.

Tabelle 18

1. Ruf bis kontinuierliche Anwesenheit

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	26	,3
Ruf nach Geb.	5	,1
Ruf zur Geb.	231	2,4
bis 1 Std.	3765	39,8
1 bis 3 Std.	2653	28,0
3 bis 5 Std.	899	9,5
5 bis 10 Std.	994	10,5
10 bis 24 Std.	693	7,3
1 bis 2 Tage	146	1,5
mehr als 2 Tage	53	,6
Gesamt	9465	100,0

In knapp 68% der Fälle war die Hebamme innerhalb von drei Stunden nach dem ersten Ruf zur Geburt bei der Gebärenden durchgehend anwesend.

Die obige Tabelle sagt aus, dass bei 3765 Geburten oder 39,8% aller Geburten (gegenüber 3396 Geburten oder 38,7% im Jahr 2000) die Hebamme innerhalb einer Stunde nach dem ersten Ruf zum Geburtsbeginn bei der Schwangeren kontinuierlich anwesend war. Damit ist dieser Prozentsatz gegenüber dem Vorjahr weiterhin gestiegen.

Bei 2653 Geburten oder 28% aller Geburten (gegenüber 2571 Geburten oder 29,3%) wurden die Frauen spätestens nach Ablauf von ein bis drei Stunden seit dem ersten Ruf kontinuierlich betreut. Diese Zahl ist zum Vorjahr gesunken.

In 67,8% der Fälle war die Hebamme innerhalb von drei Stunden nach dem ersten Ruf zur Geburt bei der Gebärenden durchgehend anwesend. Damit gleicht diese Zahl dem Vorjahresergebnis, wobei in diesem Prozentsatz die Zahl der kürzeren Abstände vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme einen größeren Anteil hat.

Eine ständige Anwesenheit innerhalb von 3 bis 24 Stunden konnte bei insgesamt 2586 Frauen oder 27,3% (gegenüber 2392 Frauen oder 27,3% im Vorjahr) verzeichnet werden. Hier kann von einer gleichbleibenden Tendenz gesprochen werden.

Bei Hebammen, die erst nach 10 bis 24 Stunden nach dem ersten Ruf dauernd anwesend waren (in 693 Fällen oder 7,3% aller Geburten), bestand während dieser Zeit in der Regel immer telefonischer oder persönlicher Kontakt mit den schwangeren Frauen. Dadurch konnte sich die Hebamme über den Geburtsbeginn informieren und konnte so rechtzeitig entscheiden, ab wann eine kontinuierliche Anwesenheit notwendig wurde.

In einigen Ausnahmefällen, bei 53 Fällen oder 0,6% aller Geburten (gegenüber 42 Fällen oder 0,5% im Vorjahr), war die Hebamme erst nach mehr als zwei Tagen kontinuierlich anwesend. Hierbei könnte es sich um Frauen handeln, die den Geburtsbeginn falsch eingeschätzt hatten, woraufhin sich die Hebamme zwei Tage bis zur kontinuierlichen Anwesenheit nur im Einzelkontakt mit der Frau befand. Da die Tendenz dieser Fälle in den letzten drei Jahren leicht steigend ist, ist eine Untersuchung über die Begründungen in den einzelnen Fällen wünschenswert.

In lediglich 5 Fällen oder 0,1% aller Geburten (gegenüber 3 Fällen oder 0% im Vorjahr) – und damit im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend – ist die Hebamme erst nach der Geburt gerufen worden und bei der Frau eingetroffen, wobei es sich um ungeplante

außerklinische Geburten oder um einen überraschend schnellen Verlauf der Geburt gehandelt haben könnte, zu dem die Hebamme nicht rechtzeitig hinzugezogen werden konnte.

In 231 Fällen oder 2,4% (gegenüber 219 Fällen oder 2,5% im Vorjahr) ist die Hebamme zum Zeitpunkt der Geburt gerufen worden. Diese Zahl ist zum Vorjahr leicht gestiegen, während der Prozentsatz leicht gesunken ist. Insgesamt belief sich die Zahl der Fälle, in denen die Hebamme nicht rechtzeitig die Gebärende erreichen konnte, da sie zu spät gerufen worden war, auf 236 Fälle oder 2,5% aller Geburten, und ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

2.2.2.2 Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes)

In der folgenden Tabelle wird noch einmal deutlich, dass es Situationen des nicht rechtzeitigen Eintreffens geben kann.

Tabelle 19
Zeitintervalle Eintreffen der Hebamme bis Geburt des Kindes = Betreuungszeit

Betreuungszeit		
	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	113	1,2
Eintr. nach Geb.	147	1,6
Eintr. zur Geb.	112	1,2
bis 1 Std.	1131	11,9
1 bis 3 Std.	2835	30,0
3 bis 5 Std.	1793	18,9
5 bis 10 Std.	2001	21,1
10 bis 24 Std.	1169	12,4
1 bis 2 Tage	146	1,5
mehr als 2 Tage	18	,2
Gesamt	9465	100,0

In über 80% der Geburten war eine adäquate Betreuungszeit gewährleistet.

In 259 Fällen kam die Hebamme erst zur oder sogar nach der Geburt. Im Jahr 2000 wurden 242 Fälle dokumentiert. Das Eintreffen nach der Geburt ist im Jahr 2001 gegenüber dem Vorjahr mit 147 Fällen oder 1,6% (2000: 125 Fällen oder 1,4% aller Geburten) etwas gestiegen. Die Fälle, in denen die Hebamme erst zur Geburt eintreffen konnte, sind etwas seltener geworden: 112 Fälle oder 1,2% (2000: 117 Fälle oder 1,3%). Fehleinschätzungen des Geburtsbeginns oder ungeplante außerklinische Geburten finden sich hier wieder.

In 1231 Fällen (oder 11,9%) – und damit vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis – konnte die Hebamme nur sehr kurz vor der Geburt kommen. Bei der überwiegenden Mehrheit und zwar bei 4628 Geburten oder 48,9% aller Geburten (etwas weniger mit dem Vorjahr: 4381 Geburten oder 49,9%) betrug die Zeit zwischen dem Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme und der Geburt eine bis fünf Stunden. In 3170 Fällen

oder 33,5% aller Geburten (und damit häufiger als im Vorjahr mit 2864 Fällen oder 32,6%) dauerte die Betreuungszeit 5 bis 24 Stunden. Nur in wenigen Fällen (146 oder 1,5% gegenüber dem Vorjahreswert von 147 Fälle oder 1,7%) blieben die Hebammen ein bis zwei Tage kontinuierlich bei den Gebärenden. In 18 Fällen oder 0,2% aller Geburten (genau wie im Vorjahr) betrug die Betreuungszeit sogar mehr als zwei Tage. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Frauen zur Betreuung in Geburtshäusern oder Kliniken befanden, wo durch Schichtwechsel diese lange Betreuungszeit möglich wurde. Auffallend ist, dass sich die Anzahl der fehlenden Angaben wieder etwas erhöht hat (2001 sind es 113 fehlende Angaben, während es im Jahr 2000 genau 81 fehlende Angaben waren). Hier sollte überdacht werden, inwiefern das Ausfüllen dieser Rubrik im Dokumentationsbogen erleichtert werden kann.

Betreuungszeiten bis zu 24 Stunden können in der Hausgeburtsilfe als normal betrachtet werden. Bei den meisten Gebärenden, in über 80% der Fälle, ereignete sich die Geburt innerhalb von 10 Stunden nach Eintreffen der Hebamme zur kontinuierlichen Betreuung und damit in einem Zeitrahmen, der von einer Person geleistet werden kann.

2.2.3 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung

Die differenzierte Entscheidung für eines der Angebote in der außerklinischen Geburtshilfe wird durch die Aussagen über die Entfernungen zur nächstgelegenen Klinik unterstützt, die in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

Tabelle 20
Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach Einrichtung

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerklin. Inst.	Arzt/Ärztin	
Angabe fehlt	Anzahl		1			1
	Spalten-%		,0			,0
bis 10 km	Anzahl	3092	3658	599	169	7518
	Spalten-%	68,3	89,6	87,4	100,0	79,4
11 bis 20 km	Anzahl	1053	263	65		1381
	Spalten-%	23,3	6,4	9,5		14,6
21 bis 30 km	Anzahl	185	81	1		267
	Spalten-%	4,1	2,0	,1		2,8
31 bis 40 km	Anzahl	20		1		21
	Spalten-%	,4		,1		,2
41 bis 50 km	Anzahl	5				5
	Spalten-%	,1				,1
mehr als 50 km	Anzahl	2	2			4
	Spalten-%	,0	,0			,0
Angabe fehlt	Anzahl	172	77	19		268
	Spalten-%	3,8	1,9	2,8		2,8
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bei den Geburtshäusern (zutreffend auf 89,6% aller Geburtshausgeburten wie im Vorjahr) und den Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (zutreffend auf 87,4% aller Geburten in diesen Institutionen zu 90,4% aller dieser Entbindungen im Vorjahr, was in Zahlen nur einen Unterschied von 30 Geburten in diesen Institutionen ausmacht) lag das nächstgelegene Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km. Nur sehr selten (etwa in 2% der Fälle) liegt die nächste Klinik zwischen 21 und 30 Kilometer entfernt. Damit entsprechen diese Einrichtungen – wie im Vorjahr – den Empfehlungen, sich in Kliniknähe zu etablieren. Sie erfüllen damit ein wesentliches Qualitätskriterium, im – zwar seltenen, und zwar genau 102 mal aufgetretenen – eiligen Verlegungsfall entsprechend handeln zu können.

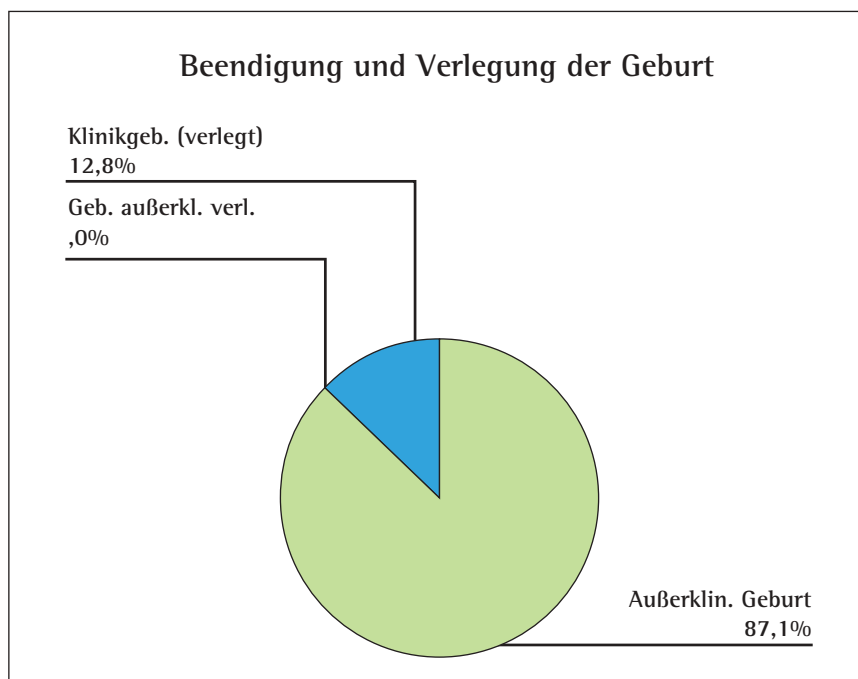
Selbst bei den Hausgeburtshebammen, die im Bedarfsfall aus den Wohnungen ihrer Klientinnen verlegen müssen, liegen die nächsten Kliniken in 68,3% der Fälle nicht weiter als 10 Kilometer und in 23,3% der Fälle nicht weiter als 11 bis 20 Kilometer entfernt. Im Jahr 2000 waren 71,7% der Fälle nicht weiter als 10 Kilometer und in 20,6% der Fälle nicht weiter als 20 Kilometern entfernt. Es zeigt sich eine leichte Tendenz, dass die nächstgelegene Klinik für eine geplante Hausgeburt seltener in der leicht zu überbrückenden Entfernung von 10 km liegt. Nur in Einzelfällen (insgesamt 33 Fälle) hätte die Hebamme im Jahr 2000 die betreute Frau über dreißig Kilometer weit verlegen müssen. Für das Jahr 2001 wäre dies in 27 Fällen und damit seltener der Fall gewesen.

In den folgenden Tabellen zu den erfolgten Verlegungen zeigt sich, wie zügig die Transporte tatsächlich vonstatten gingen.

2.2.4 Verlegungen während der Geburt

Sind in der Schwangerschaft die Umentscheidungen ganz einfach umzusetzen, sind Verlegungen während der Geburt mit etwas mehr Umständen verbunden und werden nicht ohne Anlass durchgeführt.

Abbildung 9
Subpartale Verlegungen



Prozentual etwas mehr Gebärende als im Vorjahr konnten die Geburt an dem Ort beenden, an dem sie begonnen hatten.

Der Anteil der Frauen, die nicht verlegt werden mussten, hat sich leicht erhöht. Die folgenden Zahlen für diese Abbildung sind im Anhang S. 104 und in Abbildung 3 auf Seite 15 nachzulesen. Insgesamt sind 1217 Frauen und damit 12,8% aller Frauen (2000: 1154 Frauen oder ebenfalls 13,2%) unter der Geburt verlegt worden. Davon sind 1213 Frauen, d.h. 12,8% (2000: 1149 Frauen oder 13,1%) von einem außerklinischen Geburtsort in eine Klinik und weitere 4 Frauen oder 0%, (2000: 5 Frauen oder 0,1%) innerhalb des außerklinischen Bereichs – zum Beispiel von zu Hause in ein Geburtshaus – verlegt worden.

2.2.4.1 Transportmittel bei der Verlegung

Bei Verlegungen in Ruhe wurde überwiegend das Privatfahrzeug als Transportmittel gewählt, wie die folgende Tabelle zeigt

Tabelle 21
Transportmittel mit Transport in Ruhe / Not

Transportmittel		Transport		Gesamt
		in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	4		4
	Gesamt-%	,3		,3
Privatfahrzeug	Anzahl	918	13	931
	Gesamt-%	75,7	1,1	76,8
Rettungsfahrzeug	Anzahl	189	89	278
	Gesamt-%	15,6	7,3	22,9
Anzahl		1111	102	1213
Gesamt-%		91,6	8,4	100,0

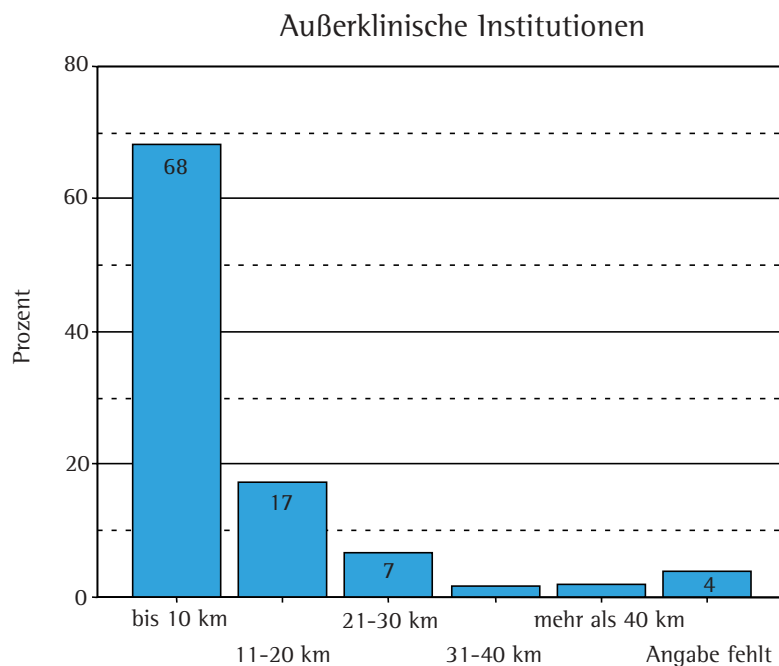
Bei den notwendigen Verlegungen wurden prozentual etwas weniger Frauen als im Vorjahr in einer Notfallsituation verlegt.

Es wurden 2001 insgesamt 1111 Frauen oder 91,6% aller Transporte (gegenüber 2000 mit insgesamt 1044 Frauen oder 90,9%) in Ruhe und lediglich 102 oder 8,4% (gegenüber 2000: 100 Frauen oder 8,7%) als Notfall (1,1% aller Geburten) verlegt. Damit sind die Notfallverlegungen prozentual leicht zurückgegangen, wobei diese sich in Fahrten mit dem Rettungswagen (7,3% aller Verlegungen) und wenigen Notfallfahrten im Privatwagen (1,1%) aufsplitten. Offensichtlich war bei einigen Notfall-Verlegungen die Nutzung des Privatfahrzeugs sinnvoll, wenn dadurch bei weiten Entfernungen die Wartezeit auf das Rettungsfahrzeug vermieden werden konnte.

2.2.4.2 Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die Entfernung zur nächstgelegenen Klinik als Teil des Risikomanagements der Hebammen vorgestellt. Hier soll gezeigt werden, ob und in welchen Fällen die nächste Klinik auch tatsächlich angesteuert wurde.

Abbildung 10
Gefahrenre Kilometer zur Klinik



Auch die gefahrenen Kilometer während der Verlegung haben sich im Vergleich zum Vorjahr verkürzt.

Von allen 1213 erfassten Verlegungen fanden im Jahr 2000 genau 68,3% (2000: 67,7%) im Rahmen einer Fahrt von bis zu 10 Kilometern zur nächsten Klinik statt. Damit hat sich nicht nur die Prozentzahl aller Verlegungen verringert, sondern auch der Anteil der Verlegungsdistancen über 10 km. Die Anzahl der Verlegungen mit einer Strecke zwischen 11km und 20 km ist mit 212 Fahrten oder 17,5% aller Verlegungen (2000: 212 Fahrten oder 18,5%) zahlenmäßig gleich geblieben, hat aber prozentual abgenommen. Auch Fahrten mit einer Distanz von 21 km bis 30 Kilometern sind leicht zurückgegangen: mit 80 Fälle oder 6,6% aller Verlegungen im Gegensatz zu 83 Fällen oder 7,2% im Vorjahr. Verbleibende 55 Verlegungen oder 3,7% aller Verlegungen mit einer weiteren Anfahrt als 30 Kilometern bis zum endgültigen Geburtsort blieben stark unter dem Vorjahreswert (2000 waren es noch 69 Fahrten oder 6% der Verlegungen, die wiederum auch schon eine Verringerung dieser Fahrten bedeuteten). Zu berücksichtigen ist, dass bei insgesamt 48 Fahrten die Kilometerangabe fehlt, im Gegensatz zu 7 fehlenden Angaben im Vorjahr. Vor allem in ländlichen Regionen sind Entfernungen vom Wohnort der Schwangeren von bis zu 30 Kilometern zur nächsten Klinik nicht unüblich (siehe Tabelle im Anhang S. 104).

In folgender Tabelle werden die zum Krankenhaus gefahrenen Kilometer unter Berücksichtigung der angegebenen Distanz zur nächsten Klinik betrachtet.

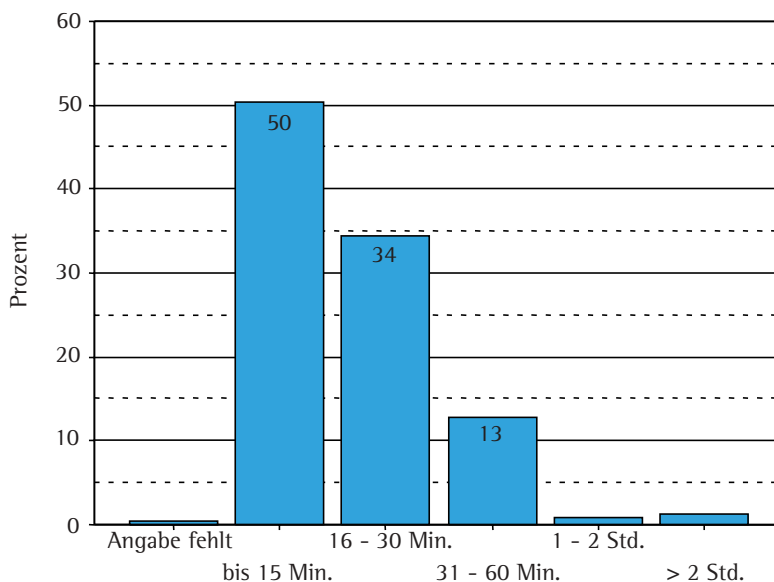
Tabelle 22
Entfernung zur nächsten Klinik nach gefahrenen Kilometern zur Klinik

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik		Gefahrene Kilometer zur Klinik						Gesamt
		bis 10 km	11 bis 20 km	21 bis 30 km	31 bis 40 km	mehr als 40 km	Angabe fehlt	
bis 10 km	Anzahl	808	103	38	14	7	39	1009
	Gesamt-%	66,6	8,5	3,1	1,2	,6	3,2	83,2
11 bis 20 km	Anzahl	3	107	16	4	9	3	142
	Gesamt-%	,2	8,8	1,3	,3	,7	,2	11,7
21 bis 30 km	Anzahl	3	2	23	3	6	3	40
	Gesamt-%	,2	,2	1,9	,2	,5	,2	3,3
31 bis 40 km	Anzahl				1			1
	Gesamt-%				,1			,1
41 bis 50 km	Anzahl	1				1		2
	Gesamt-%	,1				,1		,2
Angabe fehlt	Anzahl	13		3			3	19
	Gesamt-%	1,1		,2			,2	1,6
Anzahl		828	212	80	22	23	48	1213
Gesamt-%		68,3	17,5	6,6	1,8	1,9	4,0	100,0

In 828 Fällen oder 68,3% aller Verlegungen war nach höchstens 10 gefahrenen Kilometern der Geburtsort erreicht (gegenüber in 778 Fällen oder 67,7% im Jahr 2000). In weiteren 212 Fällen (17,5%) waren die Gebärenden nach 11 bis 20 km am Zielort der Verlegung (gegenüber in 212 Fällen oder 18,5% im Jahr 2000). Zusammengenommen wurde damit in 1040 Fällen oder 85,8% (gegenüber in 990 Fällen oder 86,2% im Jahr 2000) eine Strecke von bis zu 20 Kilometern zur nächsten Klinik gefahren. In den restlichen Fällen wurden längere Strecken als 20 km zurückgelegt: Die nächste Klinik war in 4,9% der Fälle bis zu 10 km entfernt und dennoch wurde die längere Entfernung zum Geburtsort gewählt und damit vermutlich in Ruhe die Wunschklinik angefahren (gegenüber 7,2% aller Verlegungen im Jahr 2000). In 0,7% der Fälle wurde ein Geburtsort angefahren, der weiter als 30 km entfernt lag, obwohl die nächste Klinik in einer Entfernung von 21 bis 30 km zu erreichen gewesen wäre (gegenüber 0,9% im Jahr 2000). Durch die recht hohe Prozentzahl von 4% fehlender Angaben lassen sich die Ergebnisse nur mit Vorsicht gewichten und mit dem Vorjahr vergleichen.

Aufschlussreich ist auch die dokumentierte zeitliche Differenz zwischen Transportbeginn und Übergabe in der Klinik. Denn nicht immer sind kurze Entfernungen ein Garant für eine schnelle Verlegung – manchmal können auch kürzere Strecken zu bestimmten Tageszeiten länger dauern.

Abbildung 11
Zeit zwischen Transportbeginn und Übergabe



Es wurden mehr Frauen innerhalb von der kurzen Zeit von 15 Minuten verlegt, doch stieg gleichzeitig die Zahl der Transporte, die länger als eine halbe Stunde dauerten.

Die Übergabezeiten korrelieren bei allen Einrichtungen mit den gefahrenen Kilometern und liegen zumeist innerhalb von 30 Minuten, wie die Abbildung 11 zeigt (siehe auch Tabelle S. 104).

Es wird deutlich, dass Hebammen auf kurze Verlegungswege großen Wert legen. In 85% aller Verlegungsfälle (2000 in 84,3% aller Verlegungen) war eine Verlegung in einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten abgeschlossen und damit verbesserte sich das Ergebnis zum Vorjahr weiterhin leicht.

Innerhalb von 15 Minuten wurden 612 Frauen (50,5% aller Verlegungen) – gegenüber 544 Frauen (47,3%) im Jahr 2000 – an eine Klinik übergeben. Eine Transportdauer von 16 bis 30 Minuten ergab sich in 418 Fällen oder 34,5% aller Verlegungen – gegenüber 425 Fällen oder 37% aller Transporte im Vorjahr.

Eine Dauer zwischen 31 Minuten bis zu einer Stunde wurde bei 154 Verlegungen (12,7% aller Verlegungen) berechnet – gegenüber 124 Verlegungen (5,5%) im Vorjahr. In 24 Fällen (2% aller Verlegungen) – gegenüber 19 Fällen (1,7%) im Vorjahr – war eine Transportdauer von mehr als einer Stunde angegeben. Diese Dauer kann sich auf einen Teil der oben angegebenen Fahrstrecken von mehr als 40 Kilometer beziehen. Die fehlenden Angaben sind erfreulicherweise im Vergleich zum Vorjahr (33 Dokumentationsbögen mit fehlenden Angaben) zurückgegangen und liegen im Jahr 2001 bei 5 Fällen oder 0,4% aller Verlegungsfälle.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Transportzeiten allgemein nicht wesentlich, aber doch so stark verlängert, dass folgende Differenzierung sinnvoll erscheint. Es wurden mehr Frauen innerhalb von der kurzen Zeit von 15 Minuten verlegt, doch stieg gleichzeitig die Zahl der Transporte, die länger als eine halbe Stunde dauerten. Letztere ist den Transporten in Ruhe anzulasten, wie folgende Aufstellung zeigt.

Alle Notfallverlegungen wurden für das Jahr 2000 nochmals nach Dauer der Verlegung in Minuten aufgeschlüsselt.

Tabelle 23
Transportdauer bei allen Notfallverlegungen

Minuten	Häufigkeit	Prozent
0	2	2,0
3	1	1,0
4	1	1,0
5	12	11,8
6	1	1,0
7	4	3,9
8	2	2,0
9	1	1,0
10	25	24,5
11	1	1,0
12	5	4,9
13	2	2,0
15	20	19,6
16	1	1,0
17	3	2,9
18	2	2,0
20	8	7,8
25	3	2,9
30	2	2,0
31	1	1,0
32	1	1,0
35	3	2,9
45	1	1,0
Gesamt	102	100,0

*Die Verlegungszeiten
im Notfall haben
sich im Vergleich
zum Vorjahr stark
verkürzt.*

Alle 102 Notfallverlegungen waren innerhalb von 45 Minuten abgeschlossen. Im Vorjahr war dies erst nach 60 Minuten geschehen. Innerhalb von 20 Minuten waren die meisten, und zwar 91 Frauen verlegt. Fast 80% der Gebärenden hatten innerhalb von 15 Minuten den endgültigen Entbindungsort erreicht gegenüber fast 62% aller Notfallverlegungen im Vorjahr. Damit hat sich die Verlegungspraxis stark verbessert.

2.2.4.3 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung

Jedoch nicht alle diese Verlegungen in Not waren so „verfahrenre“ Fälle, dass alle Frauen sofort entbunden werden mussten. Die nächste Tabelle zeigt, wie nah oder fern die eigentliche Entbindung an der Ankunft in der Klinik lag.

Tabelle 23

Zeit zwischen Übergabe und Geburt aufgeschlüsselt nach Transport in Ruhe/Not

Übergabe in Klinik bis Geburt		Transport		Gesamt
		in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	30	5	35
	Gesamt-%	2,5	,4	2,9
bis 1 Stunde	Anzahl	126	43	169
	Gesamt-%	10,4	3,5	13,9
1 bis 6 Std.	Anzahl	561	43	604
	Gesamt-%	46,2	3,5	49,8
6 bis 12 Std.	Anzahl	259	9	268
	Gesamt-%	21,4	,7	22,1
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	97	2	99
	Gesamt-%	8,0	,2	8,2
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl	31		31
	Gesamt-%	2,6		2,6
über 2 Tage	Anzahl	7		7
	Gesamt-%	,6		,6
Anzahl		1111	102	1213
Gesamt-%		91,6	8,4	100,0

Mehr als die Hälfte aller Frauen, die als Notfall verlegt worden sind, wurden nicht unmittelbar vor der Geburt, sondern bei absehbaren Komplikationen verlegt.

Von den 1213 subpartal verlegten Frauen konnten – wie oben schon erwähnt – 1044 Frauen (91,6%) und damit fast ein Prozent mehr als im Vorjahr (90,9%) in Ruhe verlegt werden. Genauer zu betrachten sind die 102 Fälle, die als Notfälle stattfanden: 43 dieser Frauen waren bereits innerhalb einer Stunde nach Übergabe in der Klinik entbunden. Diese Gruppe macht 3,5% aller Verlegungen aus, gegenüber 3,7% im Vorjahr. Nur bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass eine Entbindung dringend erforderlich war. Nach sechs Stunden waren weitere 43 Frauen bzw. 3,5% aller Verlegten entbunden (gegenüber 4% dieser Gruppe im Vorjahr). Im Jahr 2001 liegt die Zahl derjenigen Frauen, die nach 2 Tagen entbunden worden sind, höher als im Vorjahr: Zwar waren diese 7 Transporte in Ruhe erfolgt, doch hatte es im Vorjahr nur einen einzigen dieser Fälle gegeben. Hier stellt sich die Frage, ob die Geburt wirklich zwei Tage zuvor schon begonnen hatte.

Die Tabelle verdeutlicht damit, dass die Hebammen frühzeitig eine Verlegung vorgenommen haben, um Schaden von Mutter und Kind abzuwenden.

Wie die Geburten nach einer Verlegung abgelaufen sind, deutet folgende Tabelle an, die die Übergabezeit dem Entbindungsmodus gegenüberstellt. Mit ihr kann die Frage beantwortet werden, ob alle Frauen, deren restliche Geburtsdauer in der Klinik nur kurz war (bis zu einer Stunde), operativ – und damit auf Grund eines pathologischen Befundes – entbunden werden mussten.

Tabelle 24
Zeit zwischen Übergabe in der Klinik bis Geburt aufgeschlüsselt nach Geburtsmodus

Übergabe in Klinik bis Geburt		Geburtsmodus gesamt						Gesamt
		Angabe fehlt	Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl		15	6	4		10	35
	Gesamt-%		1,2	,5	,3		,8	2,9
bis 1 Stunde	Anzahl	2	65	28	18	9	47	169
	Gesamt-%	,2	5,4	2,3	1,5	,7	3,9	13,9
1 bis 6 Std.	Anzahl	2	285	67	49	9	192	604
	Gesamt-%	,2	23,5	5,5	4,0	,7	15,8	49,8
6 bis 12 Std.	Anzahl	2	121	26	32	8	79	268
	Gesamt-%	,2	10,0	2,1	2,6	,7	6,5	22,1
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	1	41	7	7		43	99
	Gesamt-%	,1	3,4	,6	,6		3,5	8,2
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		15	2	8		6	31
	Gesamt-%		1,2	,2	,7		,5	2,6
über 2 Tage	Anzahl		2		1		4	7
	Gesamt-%		,2		,1		,3	,6
Anzahl		7	544	136	119	26	381	1213
Gesamt-%		,6	44,8	11,2	9,8	2,1	31,4	100,0

Zunächst der Gesamtüberblick: Deutlich sticht der hohe Anteil von insgesamt 655 Geburten – Spontangeburt (544 Fälle) bzw. Spontangeburt mit Kristellerhilfe (136 Fälle) – oder insgesamt 56% der Gesamtmenge an Verlegungen hervor und ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar: 655 Spontan- bzw. Spontangeburt mit Kristellerhilfe (55,8%) waren es im Jahr 2000.

Bei 381 Frauen (31,4% aller Verlegungen) wurde eine Entbindung per Sectio durchgeführt. Im Vorjahr lag der Wert jedoch niedriger: 324 Frauen (28,2%) erhielten im Jahr 2000 eine Sectio. Hier lässt sich aus den Ergebnissen der letzten beiden Jahre ein Trend zur Sectio ablesen. Der Anteil der vaginal-operativen Entbindung mit oder ohne Kristellerhilfe ist nur bei 145 Frauen oder 11,9% aller verlegten Frauen angegeben (im Vorjahr waren es noch 157 Frauen und damit 13,7%).

Ein detaillierter Blick in die Zeitabstände, innerhalb derer operativ eingegriffen wurde: Bei näherer Betrachtung der 169 subpartal verlegten Frauen (14,7% aller Verlegungen), die innerhalb einer Stunde entbunden wurden, konnten 83 Frauen spontan oder spontan mit Kristellerhilfe ihr Kind zur Welt bringen. Im Jahr 2000 waren es ebenfalls 169 Frauen, aber nur 13,9%, die innerhalb einer Stunde spontan oder spontan mit Kristellerhilfe ihr Kind geboren haben. Hier zeigt sich die Umsicht der außerklinisch arbeitenden Hebammen, die auch nur bei Verdacht auf Komplikationen in die Klinik verlegen, um gar nicht erst Schaden an Mutter und Kind entstehen zu lassen.

Ein wichtiger Indikator für eine verantwortungsbewusste und frühzeitige Verlegung liefern unter anderem auch die Angaben der operativen Entbindungen in Korrelation zur Übergabezeit. Von den 381 durchgeführten Sectiones des Jahres 2001 erhielten 47 Frauen (3,9% aller Verlegungen) im Zeitraum von bis zu einer Stunde nach Übergabe in der Klinik einen Kaiserschnitt. Im Jahr 2000 waren es von den insgesamt 324 Sectiones nur 33 Frau-

en (2,9% aller Verlegungen). Genau 21 Frauen (1,9%) wurden im Vorjahr vaginal-operativ bzw. vaginal-operativ mit Kristellerhilfe entbunden. Im Jahr 2001 belief sich diese Zahl auf 27 Frauen oder 2,2% aller Verlegungen.

Nur in diesen 74 Fällen oder 6,1% aller Verlegungen (im Vorjahr waren es 54 Fälle oder 4,8% aller Verlegungen) kann davon ausgegangen werden, dass bei der Geburt ein eiliges Eingreifen notwendig wurde. Trotz der kleinen Zahlen kann von einem etwas schnelleren operativen Eingreifen nach Ankunft in der Klinik gesprochen werden. Dieser Trend sollte Beobachtung erfahren.

Daher wurde für 2001 gesondert abgefragt, ob diese Gruppe (Frauen mit Sectio nach einer Verlegung sub partu) besonderen Geburtsrisiken ausgesetzt war: Von den 381 Frauen hatten nur 3 Gebärende (0,8% aller Frauen mit Kaiserschnitt) kein Geburtsrisiko, 103 Gebärende (27% aller Frauen mit Kaiserschnitt) hatten ein Geburtsrisiko, 159 Gebärende (41,7% aller Frauen mit Kaiserschnitt) hatten zwei Geburtsrisiken und 116 Gebärende (30,4% aller Frauen mit Kaiserschnitt) hatten drei oder mehr Geburtsrisiken. Da die Anzahl der Geburtsrisiken noch wenig über den Schweregrad an tatsächlichen Befunden aussagt, wurden die häufigsten Eintragungen nach Katalog C betrachtet. Nach der Häufigkeit ihrer Nennung werden hier die sieben Katalogpunkte genannt, die über der 10%-Marke lagen (Mehrfachnennungen waren möglich): C 82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand in der EP 172 Nennungen (45,1% aller Kaiserschnitte), C 60 Vorzeitiger Blasensprung 132 Nennungen (34,6% aller Kaiserschnitte), C 61 Überschreitung des Termins 104 Nennungen (27,3% aller Kaiserschnitte), C 77 Path. CTG 67 Nennungen (17,6% aller Kaiserschnitte), C 92 Hoher Gradstand 52 Nennungen (13,6% aller Kaiserschnitte), C 69 Zustand nach Sectio 41 Nennungen (10,8% aller Kaiserschnitte). Ein Vergleich mit den nächsten Jahresergebnissen wird zeigen, ob sich bspw. die Rate der Eintragungen „Zustand nach Sectio“ erhöht. Für das Jahr 2001 ist die lange Geburtsdauer in der Eröffnungsphase die mit Abstand häufigste Nennung. Offensichtlich geht diese Verzögerung aber nicht zwangsläufig mit dem Befund der schlechten Herztöne einher.

Im Jahr 2001 wurde bei 271 Frauen (22,3% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden durchgeführt. Dagegen wurde nur bei 226 Frauen (19,7%) im Jahr 2000 ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden gemacht. Angefügt werden muss, dass sich erfreulicherweise die Anzahl der fehlenden Angaben über den Zeitraum bei durchgeführtem Kaiserschnitt zum Vorjahr fast halbiert hat.

In den Fällen, die erst nach einer Stunde die Entscheidung zur Sectio ergaben, wurde demnach noch in der Klinik eine vaginale Entbindung angestrebt. Auch bei den übrigen vaginal-operativen Entbindungen mit und ohne Kristellerhilfe kann davon ausgegangen werden, dass bei der Verlegung keine Notfälle vorlagen, da die Entbindung mehr als eine Stunde nach Übergabe in der Klinik auf sich warten ließ. Der Trend zum Kaiserschnitt auch zu einem späteren Zeitpunkt nach der Verlegung lässt sich hier deutlich ablesen. Gleichzeitig muss auch hier relativiert werden: Der Kaiserschnitt wird offensichtlich anderen operativen Entbindungen vorgezogen. Zwar ist die Sectiorate im Vergleich zum Vorjahr um etwa 3% gestiegen, gleichzeitig sind die anderen operativen Eingriffe aber um etwa 2% gesunken.

2.2.5 Betreuungskontinuität nach der Verlegung

Die Zusammenarbeit zwischen dem klinischen und dem außerklinischen Bereich hat sich weiter verstärkt: Auch die Frauen, die bei einer anderen Hebamme ihr Kind zur Welt gebracht haben, können heutzutage mit mehr Verständnis und mit unproblematischen Übergängen von der einen zur anderen Versorgungsart rechnen.

Tabelle 25
Geburt (in Klinik) beendet durch...

	Häufigkeit	Prozent
keine/ung. Angabe	5	,4
...dieselbe Hebamme	182	15,0
...andere Hebamme	1026	84,6
Gesamt	1213	100,0

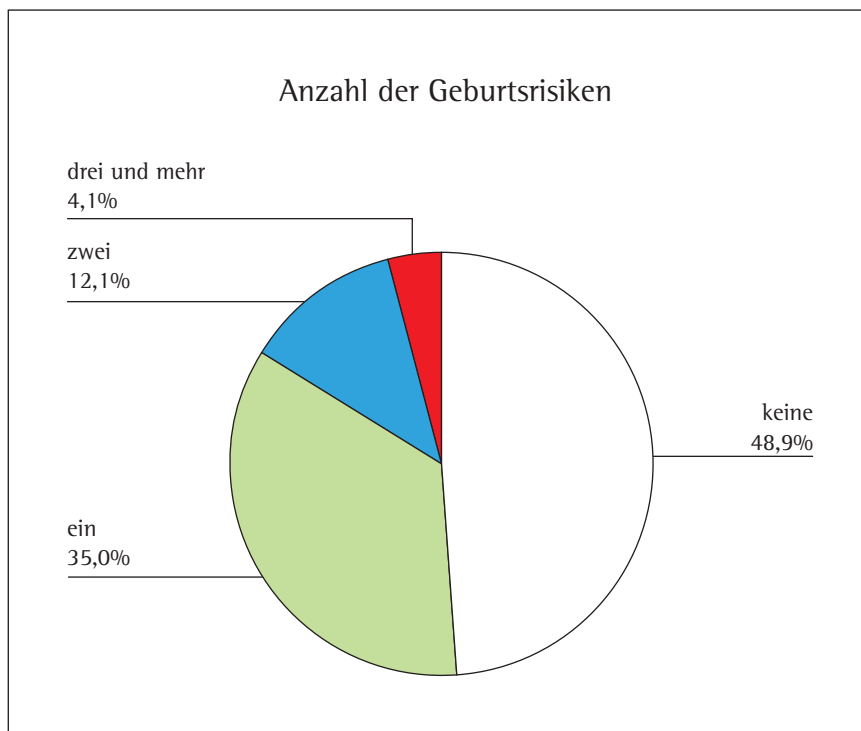
Von den 1213 während der Geburt erfolgten Verlegungen ins Krankenhaus konnten die Geburten in 182 oder 15% der Fälle von denjenigen Hebammen beendet werden, welche die Geburt außerhalb der Klinik begonnen hatten (im Jahr 2000 waren es 177 oder 15,4% der Fälle). Dieses Ergebnis, dass durchaus in städtischen und ländlich geprägten Regionen freiberufliche Hebammen in Klinikabläufe integriert werden, ähnelt dem Vorjahresergebnis. Ein kontinuierliche Betreuung über die Klinikturen hinaus ist sicher ein attraktives Angebot für Gebärende, gleichzeitig ist es begrüßenswert, wenn jederzeit ein Hebammenwechsel stattfinden kann, wenn bspw. die erste Hebamme übermüdet ist.

2.2.6 Dokumentierte Geburtsrisiken

Der außerklinische Dokumentationsbogen enthält einen Merkmalskatalog, in dem auftretende Geburtsrisiken gemäß dem allgemein gültigen Risikokatalog für Gynäkologen, Geburtshelfer und Hebammen eingetragen werden (Katalog C des Dokumentationsbelegs).

In nur 48,9% aller Geburtsverläufe – gegenüber 53% aller Geburtsverläufe im Vorjahr – ist kein Geburtsrisiko dokumentiert. Hier lässt sich – wie bereits im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verdeutlicht – ein Trend zur Zunahme an Pathologie feststellen. Erfreulicherweise hat sich der Bereich mit nur einem eingetragenen Risiko stärker erhöht als die Kategorien zwei oder mehr Risiken. Im Jahr 2001 wurde in 35% der Fälle (gegenüber 32,1% aller Geburten im Jahr 2000) ein Risiko in den Dokumentationsbogen eingetragen. Damit hatten 83,9% der Gebärenden (gegenüber 85,2% der Gebärenden im Vorjahr) kein oder höchstens einen Risikoeintrag für die Zeit der Geburt. In 12,1% aller Fälle (11,1% im Vorjahr) wurden zwei Risiken und in 4,1% (gegenüber 3,7% im Vorjahr) drei und mehr Risiken erfasst (Abb. 12 und Tabelle S. 105). Im Vergleich zur Klinik liegt die Rate der hier dokumentierten Risiken immer noch erwartungsgemäß um etwa 25% niedriger und steht für die hohen Ausschlusskriterien während der Planung einer außerklinischen Geburt. Dennoch ist von einer Zunahme der Risiken während der Geburt zu sprechen: Eine differenzierte Analyse der Einträge wäre wünschenswert. So stellt sich die Frage, ob die Erhöhung in Zusammenhang mit der steigenden Anzahl von anamnestischen Risiken steht.

Abbildung 12



Knapp die Hälfte der Gebärenden wiesen keine Geburtsrisiken auf.

Etwas über die Hälfte der Frauen wiesen ein oder mehr Geburtsrisiken auf. Diese gilt es im Folgenden zu differenzieren. Zunächst werden die sechs häufigsten Geburtsrisiken betrachtet und in einem zweiten Absatz Geburtsrisiken aufgelistet, die nur selten aufgeführt wurden.

Die sechs häufigsten Geburtsrisiken (siehe auch Tabelle 26) waren 2001 im Vergleich zum Vorjahr:

- Der **vorzeitige Blasensprung C60** steht mit 2107 Fällen oder 22,3% aller Geburten (2000: 1975 oder 22,5% der Fälle) an erster Stelle. Diese Nennung ist zum Vorjahr etwa gleich geblieben.
- **Überschreitung des Termins C61** wurde wesentlich seltener als der vorzeitige Blasensprung genannt: Dieser Punkt lag mit 1060 Nennungen oder 17,2% aller Geburten (2000: 1060 oder 12,1% der Fälle) wie im Vorjahr an zweiter Stelle, hat sich aber um fast 5% erhöht. Dabei ist anzumerken – und dies wurde im Vorjahr gegenüber den Landeskoordinatorinnen nochmals betont –, dass hier jede Überschreitung des errechneten Entbindungstermins ab einem Tag (und nicht nur die echte Übertragung) gemeint ist.
- **Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand** in der Eröffnungsperiode (EP) und in der Austreibungsperiode (AP) C82 und C83 machten zusammen genommen etwas weniger als die Terminüberschreitung aus: mit einer Anzahl von 955 Fällen (639 Fälle oder 6,8% aller Geburten in der EP und 316 Fälle oder 3,3% aller Geburten in der AP) oder 10,1% aller Geburten gegenüber 894 Fällen (590 in der EP und 304 in der AP) oder 10,2% aller Geburten im Vorjahr ist die Anzahl leicht gestiegen und die Prozentzahl fast gleich geblieben.

- **Grünes Fruchtwasser C78** mit 451 Nennungen oder 4,8% aller Geburten (im Vergleich zu 370 Nennungen oder 4,2% aller Geburten im Vorjahr) macht nochmals wesentlich weniger aus als der zuvor genannte Punkt, liegt aber in der Häufigkeit an vierter Stelle und ist im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin gestiegen.
- **Zustand nach Sectio und anderen Uterusoperationen C69** mit 417 Fällen oder 4,4% aller Geburten (im Vergleich zu 360 Fällen oder 4,1% aller Geburten für das Jahr 2000) hat eine vergleichbare Häufung wie der vorherige Punkt „Grünes Fruchtwasser“. Auch hier ist eine leichte, aber kontinuierliche Steigerung zu erkennen.
- Ein **pathologisches CTG** oder auskultatorisch schlechte Herztöne C 77 wurden mit 333 Fällen oder 3,5% aller Geburten (im Gegensatz zu 286 oder 3,3% aller Geburten) am sechsthäufigsten genannt und sind in der Anzahl etwas gestiegen.

Fast alle hier aufgelisteten Risiken haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Festzuhalten ist, dass nicht alle unter der Geburt dokumentierten Risiken einem normalen Geburtsverlauf entgegenstehen und zu einer Verlegung führen müssen. Dies zeigt auch die folgende Tabelle 26. Beispielsweise wird der vorzeitige Blasensprung erst ab einer bestimmten Dauer und/oder dem Vorliegen bestimmter klinischer Anzeichen zu einem Befund, dem in Form einer medikamentösen Wehenunterstützung und/oder anderer Maßnahmen begegnet werden sollte. So erstaunt es nicht, dass zwar viele vorzeitige Blasensprünge erfasst sind, davon aber nur wenige Fälle als Ursache für eine Verlegung angegeben sind (siehe Tabelle 26 und die differenzierte Betrachtung unter „vorzeitiger Blasensprung“ ab Seite [58](#)).

Hauptverlegungsgründe

Anders verhält es sich bei den erfassten auskultatorisch schlechten Herztönen, die als ein tatsächliches Risiko einzustufen sind: Die nächste Tabelle (Tabelle 26) zeigt, dass in 195 Fällen (in 2,1% aller Geburten) der insgesamt 333 dokumentierten Angaben (und damit bei 3,5% aller Geburten) von „Path. CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen C77“ dieser Punkt als Hauptverlegungsgrund angegeben worden ist. Die „Protahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C 82“ ist als Hauptverlegungsgrund an erster Stelle: von 639 Fällen oder 6,8% aller Geburten wurden 445 Frauen oder 4,7% aller Geburten verlegt. Nur in 156 oder 1,6% aller Geburten bei 316 Fällen von verlängerter Austreibungsperiode C83 insgesamt (3,3% aller Geburten) wurde verlegt. Die 451 Nennungen „grünes Fruchtwasser, C78“ (oder 4,8%) haben nur in 37 Fällen oder 0,4% aller Geburten zu einer Verlegung geführt. Nur 5 (0,1% aller Gebärenden) der 417 Frauen oder 4,4% aller Gebärenden, die zuvor die Erfahrung eines Kaiserschnittes oder einer anderen Operation an der Gebärmutter C 69 hinter sich hatten, mussten mit diesem Risiko als Hauptverlegungsgrund verlegt werden.

Die weiteren hier herausgehobenen Risiken werden aufgrund der zu kleinen Zahlen weder für eine Trendschätzung noch als Charakteristika außerklinischer Geburtshilfe ausgewertet. Daher sei auf einige Risiken, die im 0-Prozentbereich liegen, lediglich hingewiesen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 26 Schulterdystokien C 98 im Gegensatz zu 21 Fällen im Vorjahr registriert (erwartungsgemäß wurde keine der Frauen bei diesem Befund noch verlegt). Die Zahl der Azidosen C 79 und Nabelschnurvorfälle während der Geburt C

80 haben sich mit 3 bzw. 4 Fällen im Gegensatz zum Vorjahr mit insgesamt 5 Fällen erhöht, vier dieser Fälle wurden im Jahr 2001 verlegt, alle als Notfall. Einen Anstieg in der Anzahl hat es bei der Rhesus-Inkompatibilität C 67 gegeben (von 7 Fälle im Jahr 2000 auf 13 Fälle im Jahr 2001) – keine dieser Frauen musste verlegt werden. Bei 3 Frauen trat das HELLP-Syndrom während der Geburt auf (vier Frauen waren es im Vorjahr) – zwei dieser drei Frauen aus dem Jahr 2001 wurden in Ruhe verlegt. Bei vier Frauen (gleiche Anzahl wie im Vorjahr) erfolgte oder drohte eine Uterusruptur C 85, jeweils eine davon wurde in den beiden Jahren verlegt, im Jahr 2000 als Notfall, im Jahr 2001 in Ruhe. Bei sechs Ungeborenen wurden Missbildungen C 62 festgestellt, in einem Fall wurde verlegt (in Ruhe). Hier können Einzelfallanalysen die Fragen danach klären, welche der Risiken vermeidbar waren und welche Konsequenzen aus den eingetretenen Pathologien gezogen wurden. So hat sich beispielsweise das Fortbildungsangebot für die Überwindung einer Schulterdystokie in den letzten zwei Jahren erhöht.

Die folgende Tabelle zeigt in einer Gegenüberstellung die Gesamtzahl der eingetragenen Befunde (erste Spalte „Ja“, Mehrfachnennungen waren möglich) sowie der Hauptverlegungsgründe (1111 Verlegungen in Ruhe und 102 Verlegungen als Notfall) und deren Prozentanteil, berechnet auf alle Geburten.

Dem Risikokatalog C ist ein zusätzliches Merkmal E 100 „Auf Wunsch der Mutter“ hinzugefügt worden. Mit 72 Nennungen ist dieses Merkmal als fünfthäufigster Verlegungsgrund erfasst. Eine subpartale Verlegung auf Wunsch der Mutter wird in der Regel in den Fällen dokumentiert, in denen die Frau eine medikamentöse Schmerzausschaltung – etwa in Form einer Periduralanästhesie – wünscht.

Der häufigste Hauptverlegungsgrund, der zu einer raschen Verlegung als Notfall führte, war mit 62 Nennungen – wie im vorangegangenen Jahr mit 49 Nennungen – mit Abstand das pathologische CTG (siehe Tabelle 26).

Die danach folgenden häufigsten Gründe für eine schnelle Verlegung waren protrahierte Austreibungsperiode (10 Nennungen), protrahierte Eröffnungsperiode (6 Nennungen), Beckenendlage (5 Nennungen), Nabelschnurvorfal (3 Nennungen), siehe Tabelle 26.

Ruhige Verlegungen bei Verzögerungen in der Eröffnungsperiode erfolgten demnach – wie im Vorjahr – etwa drei mal häufiger als Verlegungen in der Austreibungsperiode. Beide sind mit Abstand die häufigsten Hauptverlegungsgründe. Dies spricht für ein Risikomanagement, das derartige Verzögerungen als Warnsignale für den weiteren Geburtsablauf mit den Folgen wie denen eines pathologischen CTGs erkennt und nicht auf der einmal festgelegten Hausgeburt beharrt.

Darüber hinaus sind auch sehr seltene Ereignisse wie Nabelschnurvorfal (C80) in vier Fällen, und vorzeitige Plazentalösung (C71) in fünf Fällen erfasst, von denen in einem Fall – in Ruhe – verlegt wurde (die Entfernung zur Klinik war in dem Fall mit einem Kilometer angegeben).

Einzelfallanalysen können zur Klärung von Vermeidbarkeitsfaktoren beitragen. Die geburtshilfliche Praxis zeigt allerdings, dass der Zufall bei diesen sehr seltenen Ereignissen eine nicht unerhebliche Rolle spielen kann.

Tabelle 26
Geburtsrisiken mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsrisiken lt. Katalog C und E			Hauptverlegungsgründe Transport in Ruhe oder in Not					
	Ja		in Ruhe		als Notfall		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
C60 Vorzeitiger Blasensprung	2107	22,3	83	0,9			83	0,9
C61 Überschreitung des Termins	1632	17,2	10	0,1			10	0,1
C62 Mißbildung	6	0,1	1	0,0			1	0,0
C63 Frühgeburt	86	0,9	4	0,0			4	0,0
C64 Mehrlingsschwangerschaft								
C65 Plazentainsuffizienz (Verd. auf)	30	0,3	1	0,0	1	0,0	2	0,0
C66 Gestose/Eklampsie	18	0,2	6	0,1			6	0,1
C67 RH-Inkompatibilität	13	0,1						
C68 Diabetes mellitus	15	0,2						
C69 Zustand nach Sectio o. and. Uterusop.	417	4,4	5	0,1			5	0,1
C70 Plazenta praevia								
C71 Vorzeitige Plazentalösung	5	0,1	1	0,0			1	0,0
C72 Sonstige uterine Blutungen	26	0,3	9	0,1	2	0,0	11	0,1
C73 Amnion-Infektionssyndrom (V. a.)	12	0,1	8	0,1			8	0,1
C74 Fieber unter der Geburt	12	0,1	3	0,0			3	0,0
C75 Mütterliche Erkrankung	34	0,4	4	0,0	1	0,0	5	0,1
C76 Mangelnde Kooperation d. Mutter	34	0,4	10	0,1	1	0,0	11	0,1
C77 Path. CTG oder ausk. schl. kindl. Herzöne	333	3,5	133	1,4	62	0,7	195	2,1
C78 Grünes Fruchtwasser	451	4,8	35	0,4	2	0,0	37	0,4
C79 Azidose während der Geburt	3	0,0			1	0,0	1	0,0
C80 Nabelschnurvorfall	4	0,0			3	0,0	3	0,0
C81 Verdacht auf sonst. Nabelschnurkompl.	47	0,5	2	0,0			2	0,0
C 82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. EP	639	6,8	439	4,6	6	0,1	445	4,7
C 83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. AP	316	3,3	146	1,5	10	0,1	156	1,6
C84 Absolutes o. rel. Mißverhältnis	42	0,4	27	0,3			27	0,3
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	4	0,0	1	0,0			1	0,0
C86 Querlage/Schräglage	7	0,1	5	0,1			5	0,1
C87 Beckenendlage	36	0,4	12	0,1	5	0,1	17	0,2
C88 Hintere Hinterhauptslage	147	1,6	8	0,1			8	0,1
C89 Vorderhauptslage	62	0,7	4	0,0	1	0,0	5	0,1
C90 Gesichtslage/Stimlage	19	0,2	7	0,1			7	0,1
C91 Tiefer Querstand	12	0,1						
C92 Hoher Gradstand	86	0,9	33	0,3	2	0,0	35	0,4
C93 Sonstige regelwidrige Schädelagen	63	0,7	15	0,2	2	0,0	17	0,2
C94 Sonstiges	89	0,9	26	0,3	2	0,0	28	0,3
C95 HELLP	3	0,0	2	0,0			2	0,0
C96 Intrauteriner Fruchttod	4	0,0	1	0,0	2	0,0	3	0,0
C97 Pathologischer Dopplerbefund	1	0,0						
C98 Schulterdystokie	26	0,3						
E100 Auf Wunsch der Mutter			72	0,8			72	0,8

Mehrfachnennungen waren möglich

2.2.6.1 Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung

An dieser Stelle soll nochmals auf schon genannte Geburtsrisiken differenziert nach möglichen Verlegungsgründen eingegangen werden.

Bei Terminüberschreitungen muss nicht gleich ein Problem bei oder nach der Geburt erfolgen. Auch Grünes Fruchtwasser ohne weitere Befunde sagt noch nichts über den aktuellen Zustand des Ungeborenen aus.

Ein Risiko – wobei der Risikobegriff zu diskutieren wäre – stellt die verzögerte Geburt dar. Betrachten wir jedoch die Zahlen getrennt nach Eröffnungs- und Austreibungsperiode, so reduzieren sich auch hier die Risiken wesentlich: Die „Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C 82“ ist als Hauptverlegungsgrund an erster Stelle (siehe oben), aber einem Ungeborenen in dieser Geburtsphase geht es in der Regel besser als solchen, die eine verlängerte Austreibungsperiode aushalten müssen. Nur in 156 oder 1,6% aller Geburten lag der Hauptverlegungsgrund bei der verlängerten Austreibungsperiode.

Vorzeitiger Blasensprung

Ein nicht zu unterschätzendes Geburtsrisiko ist der vorzeitige Blasensprung, da daraus lang dauernde Geburtsverläufe, Infektionen bei Mutter und Kind sowie Stress für das Kind auf Grund der geringen Fruchtwassermenge resultieren können. Aus diesem Grund wird in der folgenden Tabelle die Anzahl der vorzeitigen Blasensprünge dargestellt. Bewusst wurde hier eine Zweiteilung gewählt, aus der ersichtlich wird, wie viele Geburten innerhalb 24 Stunden und wie viele erst nach 24 Stunden beendet wurden. Als Berechnungsgrundlage wurde die Zeitdifferenz zwischen Blasensprung und Geburt herangezogen. Für die Kategorisierung wurde festgelegt, dass die Blasensprünge, die bis zu 24 Stunden vor der Geburt stattfanden, kein Geburtsrisiko per se darstellen. Allerdings sollten die vorzeitigen Blasensprünge, die mehr als 24 Stunden vor der Geburt liegen, als „echtes“ Geburtsrisiko angesehen werden, da dadurch die Infektionsgefahr sowohl für die Mutter als auch für das Kind ansteigt.

Tabelle 27
Vorzeitiger Blasensprung

	Häufigkeit	Prozent
nein	6875	72,6
ja, innerhalb 24 Stunden	2461	26,0
ja, größer 24 Stunden	129	1,4
Gesamt	9465	100,0

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge beträgt im Gesamtkollektiv 27,4%, unabhängig von dem Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprunges. In 2461 Fällen oder 26% haben die Frauen einen vorzeitigen Blasensprung gehabt, der maximal bis zu 24 Stunden vor der Geburt lag. Nur in 129 Fällen oder 1,4% lag der vorzeitige Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt. Damit ist die Rate des vorzeitigen Blasensprunges als „echtes“ Geburtsrisiko sehr gering und hat sich zum Vorjahr mit 122 Fällen oder 1,4% nicht verändert.

Die eventuell entstehenden Infektionen bei offener Fruchtblase und langen Geburtsverläufen finden außerklinisch nur sehr selten statt– in Tabelle 26 ist der Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom C73 in 12 Fällen (0,2%) (2000 waren es noch 19 Fällen oder 0,2%) und Fieber unter der Geburt C74 mit 12 Fällen (0,1%) wie im Jahr 2000 dokumentiert, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Ob diese Fälle tatsächlich im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Blasensprung standen, wird aufgrund der geringen Fallzahlen hier nicht näher betrachtet.

2.2.6.2 Befunde und Risiken als Weichenstellung für eine außerklinische Geburt

Wie bereits beschrieben, betreuen die Hebammen nicht nur Frauen ohne Befunde oder Risiken. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Befunde nach Katalog B und wie viele Risiken gleichzeitig oder getrennt voneinander laut Katalog C auftraten.

Tabelle 28
Dokumentierte Befunde nach Katalog B und Katalog C

			Eintrag lt. Katalog C vorh.		Gesamt
			nein	ja	
Eintrag lt. Katalog B vorh.	nein	Anzahl	4215	4230	8445
		Gesamt-%	44,5	44,7	89,2
	ja	Anzahl	409	611	1020
		Gesamt-%	4,3	6,5	10,8
Gesamt	Anzahl	4624	4841	9465	
	Gesamt-%	48,9	51,1	100,0	

10,8% aller Frauen hatten bereits Komplikationen in der Schwangerschaft, weit mehr als die Hälfte von ihnen hatten auch Probleme bei der Geburt.

Wie bereits erwähnt, hatten im Jahr 2001 mehr Gebärende als im Vorjahr Risiken in der Schwangerschaft und für die Zeit der Geburt eingetragen: Von der Gesamtzahl der Gebärenden hatten 4215 Frauen (44,5%) gegenüber 48,7% im Vorjahr weder ein befundetes Schwangerschaftsrisiko nach Katalog B, noch ein Geburtsrisiko nach Katalog C aufzuweisen. Diese Zahl sinkt derzeit. Genau 611 Frauen (6,5% aller Gebärenden) wurden betreut, bei denen sowohl in der Schwangerschaft als auch während der Geburt Befunde eingetragen wurden – diese Zahl lag mit 526 oder 6% im Jahr 2000 etwas niedriger. Es gab jedoch auch 4230 Verläufe (44,7% aller Gebärenden), bei denen Frauen keine Befunde in der Schwangerschaft aufwiesen, aber dann Risiken während der Geburt nach Katalog C entwickelten (s. Tabelle 28). Diese Angaben waren mit 3590 Fällen oder 40,9% aller Gebärenden im Vorjahr wesentlich geringer. Hier kann von einer ansteigenden Tendenz gesprochen werden.

Von insgesamt 1020 Geburten oder 10,8% aller Geburten mit bereits vorhandenen Komplikationen entwickelten sich weit mehr als die Hälfte auch zu Problemfällen bei der Geburt.

Betrachtet man in der Tabelle 29 die Verteilung der Befunde und Risiken in den verschiedenen Institutionen, so erhält man eine wesentliche Aussage über die Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungen, Risiken zuzulassen.

Tabelle 29
Risikoeinträge nach Institution

Risikoeinträge lt. Katalog B u. C		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	2092	1796	297	30	4215
	Spalten-%	46,2	44,0	43,4	17,8	44,5
nur lt. Katalog B	Anzahl	238	155	15	1	409
	Spalten-%	5,3	3,8	2,2	,6	4,3
nur lt. Katalog C	Anzahl	1868	1916	334	112	4230
	Spalten-%	41,2	46,9	48,8	66,3	44,7
lt. Katalog B und C	Anzahl	331	215	39	26	611
	Spalten-%	7,3	5,3	5,7	15,4	6,5
Anzahl		4529	4082	685	169	9465
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

In der Hausgeburtsilfe sollten die Gebärenden mit Risikoeinträgen am seltensten zu finden sein: Tatsächlich weist die Betreuung durch eine Hausgeburtshilfshebamme mit 2092 Frauen oder 46,2% aller geplanten Hausgeburten das größte Kollektiv risikofreier Frauen auf (im Jahr 2000 waren es 2154 Frauen oder 50,1% aller geplanten Hausgeburten). Allerdings findet sich wie im Vorjahr bei den Einträgen „nur laut Katalog B“ mit 238 Fällen oder 5,3% aller geplanten Hausgeburten eine höhere Anzahl (im Vorjahr: 221 Frauen oder 5,1% aller geplanten Hausgeburten) als in den übrigen Gruppen. Demnach ist die Auswahl des Klientels in etwa gleich geblieben. Besonders auf den Wert in der Gruppe „nur Risiko lt. Katalog C“ ist zu achten: Auch hier ist der Anteil der Frauen mit mindestens einem Risikoeintrag im Vergleich zum Vorjahr gestiegen und beläuft sich auf 1868 Einträge oder 41,2% aller geplanten Hausgeburten (im Jahr 2000 waren es 1665 Frauen oder 38,7% aller geplanten Hausgeburten). Gleichzeitig ist dieser Anteil an der Gesamtgruppe im Vergleich mit den übrigen Institutionen am niedrigsten, was für die Zukunft weiterhin wünschenswert ist. Noch wichtiger ist die Frage, wie häufig sowohl Einträge im Katalog B als auch in Katalog C erfolgt sind: Diese Überschneidung ergab sich für das Hausgeburtshilfsklientel in 331 Fällen oder in 7,3% aller geplanten Hausgeburten. Es liegt damit über 2 Prozent höher als bei den Einrichtungen „Geburtshaus“ und „andere außerklinische Institutionen“. Im Vorjahr lagen die drei Institutionen noch nahe beieinander mit etwa 6% aller Geburten in den jeweiligen Einrichtungen. Auch hier ist zu fragen, ob sich diese Einträge besonders auf die Klientel konzentrieren, die von Hausgeburtshilfshebammen in Kliniken verlegt wurden.

2.2.7 Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt

Nach der differenzierten Darstellung der Geburtsrisiken und der Verlegungsgründe, wird hier speziell auf die situationsgerechte Begleitung während einer außerklinischen Geburt eingegangen.

Tabelle 30
Weitere anwesende Personen

Die meisten Frauen
haben neben der
Hebamme noch
weitere Hilfe bei der
Geburt.

Weitere anwesende Personen		Anzahl	Gesamt-%
	keine	172	1,8
	Familie	8913	94,5
	Freunde	921	9,8
	andere	746	7,9

Mehrfachnennungen waren möglich

Diese Tabelle zeigt, dass – wie im Vorjahr – lediglich in 172 Fällen oder 1,8% aller Geburten (im Vorjahr waren es 2,0%) die Frauen allein durch ihre Hebamme bei der Geburt betreut wurden. Am häufigsten, und zwar in 94,5% der Fälle, war mindestens ein Familienmitglied anwesend (im Vorjahr war dies in 93,4% der Fälle gegeben). In insgesamt 17,7% der Fälle waren zusätzlich Freunde bzw. andere Personen wie Hebammen-schülerinnen oder Praktikantinnen bei der Geburt zugegen (im Vorjahr waren es 19,3%). Die Zahl derjenigen Geburten, bei denen eine Gebärende auf keine weitere Hilfe als die der Hebamme zurückgreifen kann, hat sich damit erfreulicherweise weiter gesenkt.

Unabhängig davon waren insgesamt bei vielen Geburten zusätzlich ein Arzt/eine Ärztin und/oder eine zweite Hebamme zur Unterstützung anwesend, wie folgende Tabelle zeigt. Grundsätzlich wird in der folgenden Tabelle abgefragt, ob lediglich zu Komplikationen weitere Hilfe anfordert wurde.

Tabelle 31
2. Hebamme und/oder Arzt eingetroffen getrennt nach
„gerufen zur normalen Geburt oder wegen Komplikationen“

2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen		gerufen zur normalen Geburt oder wegen Komplikationen			Gesamt
		Angabe fehlt	normale Geb.	Komplik.	
Hebamme eingetroffen	Anzahl	13	3380	366	3759
	Gesamt-%	,1	35,7	3,9	39,7
Arzt eingetroffen	Anzahl	1	576	141	718
	Gesamt-%	,0	6,1	1,5	7,6
Hebamme u. Arzt eingetroffen	Anzahl	1	704	177	882
	Gesamt-%	,0	7,4	1,9	9,3
Anzahl		4121	4660	684	9465
Gesamt-%		43,5	49,2	7,2	100,0

Häufiger wird eine zweite Hebamme gerufen, seltener ausschließlich ärztliche Unterstützung. Die Fälle, in denen zur normalen Geburt Hilfen aus beiden Fachrichtungen gerufen werden, haben sich leicht vermehrt.

Im Jahr 2001 war bei 3759 Geburten (bei 39,7% aller Geburten) – und damit fast 4% häufiger als im Vorjahr – (bei 3150 Geburten oder 35,9% aller Geburten im Jahr 2000) eine zweite Hebamme anwesend. Diese weitere Steigerung zu den Vorjahresergebnissen zeigt eine noch stärkere Kooperation unter den Hebammen und eine größere Sicherheit sowie intensivere Betreuung für Mutter und Kind bei einer außerklinischen Geburt. Bei 718 Geburten (7,6% aller Geburten) kam ein Arzt/eine Ärztin und bei 882 Geburten (9,3% aller Geburten) kamen sowohl eine zweite Hebamme als auch ärztliche Hilfe hinzu. Im Vorjahr wurden mehr, und zwar 783 Geburten (8,9% aller Geburten) von einem Arzt/einer Ärztin mit begleitet und weniger Geburten zusätzlich von einer zweiten Hebamme unterstützt, und zwar 797 Geburten (9,1% aller Geburten). Damit war ärztliche Hilfe insgesamt mit 18% aller Geburten im Jahr 2001 prozentual genauso oft vertreten wie im Jahr 2000.

Von den insgesamt 3759 Anforderungen einer zweiten Hebamme geschahen 3380 Rufe oder 35,7% aller Fälle zu einer normalen Geburt (im Jahr 2000 waren dies nur 32,4%). In 576 Fällen oder 6,1% aller Geburten ist ausschließlich ärztliche Hilfe zur Unterstützung einer normalen Geburt hinzugekommen (im Jahr 2000 waren dies noch 7,2%). Beide Fachpersonen wurden zu normalen Geburten in 704 Fällen oder bei 7,4% aller Geburten gerufen (im Jahr 2000 waren dies noch 7,1%). Der Trend geht eindeutig dahin, häufiger eine zweite Hebamme zu rufen, seltener kann auf ausschließlich ärztliche Unterstützung bei normalen Geburten zurückgegriffen werden. Die Fälle, in denen zur normalen Geburt Hilfen aus beiden Fachrichtungen gerufen werden, haben sich dagegen leicht erhöht.

Im weiteren wird dargestellt, ob beim Vorhandensein bestimmter Kategorie von Befunden und / oder Risiken weiteres Fachpersonal zu der Geburt eingetroffen ist.

Tabelle 32
Zweite Hebamme und/oder Arzt/Ärztin eingetroffen nach
Risikoeinträgen in Katalog B und C

2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen		Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
		keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
Hebamme eingetroffen	Anzahl	1750	151	1658	200	3759
	Gesamt-%	18,5	1,6	17,5	2,1	39,7
Arzt eingetroffen	Anzahl	239	35	373	71	718
	Gesamt-%	2,5	,4	3,9	,8	7,6
Hebamme u. Arzt eingetroffen	Anzahl	326	29	447	80	882
	Gesamt-%	3,4	,3	4,7	,8	9,3

Von den im Jahr 2001 insgesamt 3759 Geburten (bei 39,7% aller Geburten) mit einer zweiten Hebamme wurde die zweite Hebamme in 151 (1,6% aller Geburten) gerufen, obwohl nur ein Eintrag laut Katalog B vorlag. D. h., dass hier präventiv gerufen wurde. Allerdings wurde in 1658 Fällen (17,5% aller Geburten), wo ein Eintrag in Katalog C erfolgte, eine zweite Hebamme hinzugezogen sowie in 200 Fällen (2,1% aller Geburten),

in denen sowohl in Katalog B als auch in Katalog C ein Eintrag vorliegt. Eine zweite Hebamme wurde damit bei Geburtskomplikationen bei 19,6% aller Geburten gerufen, im Gegensatz zu 16,3% im Vorjahr. Ausschließlich ärztliche Hilfe wurde in 373 Fällen (3,9% aller Geburten), in denen ein Eintrag in Katalog C erfolgte, hinzugezogen sowie in 71 Fällen (0,8% aller Geburten), in denen sowohl in Katalog B als auch in Katalog C ein Eintrag vorliegt. Hier wurde bei Geburtskomplikationen die ärztliche Hilfe mit insgesamt 4,7% gegenüber dem Vorjahr gleich oft in Anspruch genommen. In 447 Fällen (4,7% aller Geburten), in denen ein Eintrag in Katalog C erfolgte, wurde sowohl eine zweite Hebamme als auch ärztliche Hilfe hinzugezogen sowie in 80 Fällen (0,8% aller Geburten), in denen in Katalog B wie in Katalog C mindestens ein Eintrag vorliegt. Damit wurde bei Geburtskomplikationen die Hebammenhilfe kombiniert mit ärztlicher Hilfe mit insgesamt 5,5% gegenüber dem Vorjahr mit insgesamt 4,6% etwas öfter in Anspruch genommen.

Näher betrachtet wird in der nächsten Tabelle, wie oft nach Eintreffen einer zweiten Hebamme und/oder einem Arzt/einer Ärztin trotzdem noch eine Verlegung in die Klinik erfolgte.

Tabelle 33
Anwesenheit eines/einer Arzt/Ärztin mit oder ohne der Anwesenheit einer zweiten Hebamme mit anschließender Verlegung

2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt zur Geburt eingetroffen		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	637	81	718
	Zeilen-%	88,7%	11,3%	100,0%
	Spalten-%	43,8%	55,5%	44,9%
	Gesamt-%	39,8%	5,1%	44,9%
Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	817	65	882
	Zeilen-%	92,6%	7,4%	100,0%
	Spalten-%	56,2%	44,5%	55,1%
	Gesamt-%	51,1%	4,1%	55,1%
Gesamt	Anzahl	1454	146	1600
	Zeilen-%	90,9%	9,1%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	90,9%	9,1%	100,0%

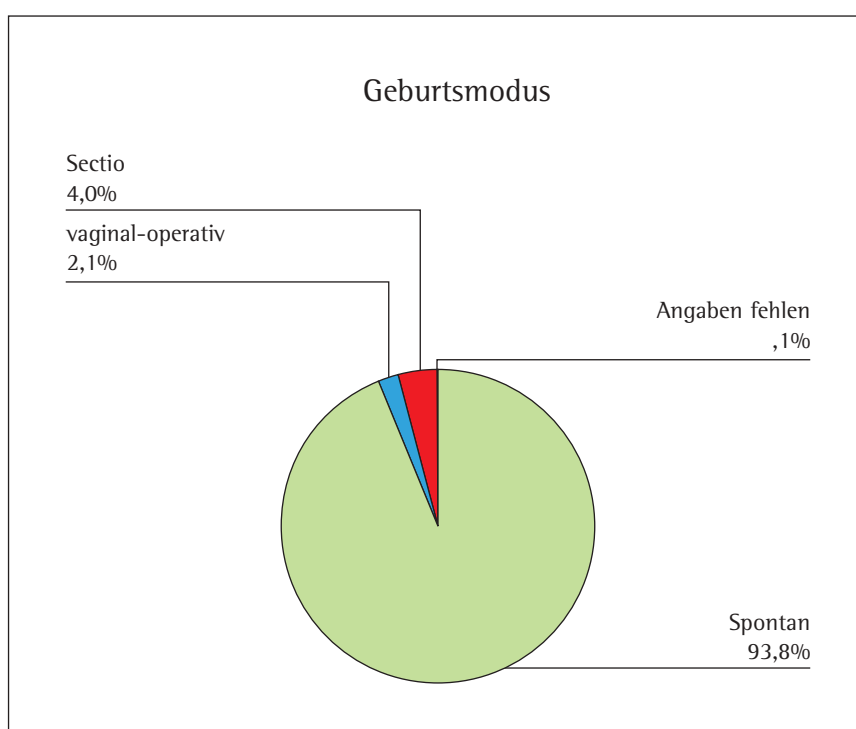
Von allen 1600 Fällen, in denen entweder nur ärztliche Hilfe oder diese in Kombination mit Hebammenhilfe gerufen wurde, endeten nur 146 Geburten oder 9,1% der so erfolgten Rufe in der Klinik. D.h., in den meisten Fällen, in 90,9% der Ruf nach ärztlicher Hilfe (mit oder ohne Hebammenhilfe) erfolgte, konnten die Geburten außerklinisch beendet werden. In 81 Fällen oder genau 5,1% aller genannten Rufe erfolgte die Verlegung mit der Entscheidungshilfe hinzugezogener Fachpersonen aus dem rein ärztlichen Bereich (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 4,8% aller genannten Rufe). In 65 Fällen oder genau 4,1% aller genannten Rufe erfolgte die Verlegung mit der Entscheidungshilfe von hinzugezogener Hebamme und gleichzeitiger Anwesenheit ärztlicher Fachpersonen (im Vorjahr

lag die Prozentzahl bei 3,2% aller genannten Rufe). Auch hier lässt sich die Tendenz ablesen, dass zwar häufiger verlegt wird, aber immer noch weitaus die meisten Geburten, die mit ärztlicher Anwesenheit ablaufen, nicht so gravierende Komplikationen aufweisen, dass sie in einer Klinik stattfinden müssen.

2.2.8 Daten zur Geburt allgemein

Nach folgendem Überblick über den Geburtsmodus im Gesamtkollektiv wird hier auf einzelne Parameter zur Beurteilung der außerklinischen Geburtshilfe eingegangen. Alle hier dokumentierten Geburten teilen sich – unabhängig vom letztendlichen Geburtsort – nach der Art der Entbindung wie folgt auf:

Abbildung 13



Die obige Grafik zeigt, dass der Anteil der spontanen Geburten mit 93,8% wie im Vorjahr (mit 93,5%) erwartungsgemäß sehr hoch ist. Eine vaginal-operative Entbindung war bei 2,1% aller Frauen erforderlich und 4% aller Frauen erhielten einen Kaiserschnitt (siehe Tabelle im Anhang S. 105). Die Prozentangabe zur vaginal-operative Entbindung liegt leicht unter und die Sectorate leicht über dem Vorjahresergebnis, sind aber z. T. auch aus dem Rückgang der fehlenden Angaben (nur noch 0,1% im Gegensatz zu 0,4%) abzuleiten. Die höhere Verlegungsrate und die vermehrten Kaiserschnitte nach einer Verlegung schlagen sich offenbar in dieser insgesamt leicht steigenden Tendenz zur spontanen Geburt nicht nieder.

Unabhängig vom Geburtsort werden hier die Ergebnisse der Gesamtgruppe der außerklinischen Geburten in Bezug auf die Parameter „Wehendauer“ und „Dauer der Austreibungsphase“ vorgestellt. Beide Parameter werden in der Diskussion um die außerklinische Geburt oft zur Argumentation benutzt.

Außerklinische Geburtshilfe zeichnet sich – wie bereits erwähnt – durch eine abwartende Haltung im Verlauf einer normalen Geburt aus. Daher erstaunt es nicht, dass längere Geburtsdauern als aus der Klinik gewohnt vorkommen.

Tabelle 34
Geburts-/Wehendauer

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	151	1,6
0 bis 3 Std.	1539	16,3
3 bis 5 Std.	2053	21,7
5 bis 10 Std.	3310	35,0
10 bis 24 Std.	2040	21,6
1 bis 2 Tage	337	3,6
mehr als 2 Tage	35	,4
Gesamt	9465	100,0

Es zeigt sich eine leichte Tendenz zur kürzeren Geburt im Vergleich zum Vorjahr.

Bei 5363 Gebärenden oder 56,7% aller Gebärenden (gegenüber 5065 Gebärenden oder 57,7% im Vorjahr) betrug die Wehendauer drei bis zehn Stunden. Diese Zahl ist im Vergleich zu 2000 leicht gefallen. Ähnlich wie im Jahr 2000 waren 2040 Frauen (in beiden Jahren 21,6% aller Gebärenden) 10 bis 24 Stunden in den Wehen. Eine Wehendauer von null bis drei Stunden war bei 1539 Frauen (16,3% Gebärenden, im Vorjahr 14,9%) zu beobachten. Nur 337 Schwangere (3,6% Gebärenden, genau wie im Vorjahr) waren einer Wehendauer von ein bis zwei Tagen ausgesetzt. Eine Minderheit von 35 Frauen (0,4% Gebärenden, Anzahl wie im Vorjahr, jedoch 0,3%) war mehr als zwei Tage in den Wehen. Die Wehendauer betrug im Jahr 2000 bei 72,6% der Geburten einen Zeitraum von bis zu 10 Stunden, im Jahr 2001 waren 73% aller Geburten nach einer Wehendauer von höchstens 10 Stunden beendet. Bei 94,2% der Geburten war nach höchstens 24 Stunden das Kind im Vorjahr geboren, im Jahr 2001 waren 94,6% aller Geburten nach einer Wehendauer von höchstens 24 Stunden beendet. Nur in der Kategorie der Wehendauer von null bis drei Stunden hat sich die Zahl der Entbundenen erhöht. Damit ist die durchschnittliche Wehendauer mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar, wobei in dem Zeitabschnitt unter drei Stunden im Jahr 2001 prozentual etwas mehr Geburten beendet waren.

Tabelle 35
Dauer der Austreibungsphase / des aktiven Mitschiebens

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	728	7,7
< 15 Min.	5127	54,2
15 - 60 Min.	2885	30,5
> 60 Min.	725	7,7
Gesamt	9465	100,0

Die Dauer des aktiven Mitschiebens hat sich im Vergleich zum Vorjahr etwas verkürzt.

Wie lange innerhalb des gemessenen Zeitraums der Wehentätigkeit die Phase des aktiven Mitschiebens dauerte, zeigt die folgende Tabelle. Die Dauer sagt nichts über die Häufigkeit der Wehen und damit auch nichts über die Erholungspausen für die Gebärende und für das Ungeborene aus.

Bei 5127 Gebärenden oder 54,2% (und damit bei mehr Gebärenden als im Vorjahr mit 4605 Frauen oder 52,5% aller Gebärenden) betrug die Dauer des aktiven Mitschiebens weniger als 15 Minuten. Insgesamt 15–60 Minuten dauerte das aktive Mitschieben bei weniger Frauen als im Vorjahr (2885 Frauen oder 30,5% aller Gebärenden gegenüber 2834 Frauen oder 32,3%). Prozentual gleich blieb der Anteil der Frauen, die aktives Mitschieben von mehr als 60 Minuten leisteten (725 Frauen oder 7,7% gegenüber 677 Frauen oder ebenfalls 7,7% aller Gebärenden im Vorjahr).

2.2.9 Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen:

Geburtsmodi und –verletzungen, differenziert nach Geburtsort

In der außerklinischen Geburtshilfe kommt eine voraussehbar beachtliche Zahl der Kinder spontan auf die Welt: Doch auch alle zu Hause begonnenen, aber klinisch beendeten Geburten weisen eine hohe Rate an spontanen Geburten auf, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 36
Geburtsmodus nach Geburtsort

Geburtsmodus gesamt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angabe fehlt	Anzahl	5	7	12
	Spalten-%	,1%	,6%	,1%
Spontan	Anzahl	7996	544	8540
	Spalten-%	96,9%	44,8%	90,2%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	198	136	334
	Spalten-%	2,4%	11,2%	3,5%
vaginal-operativ	Anzahl	32	119	151
	Spalten-%	,4%	9,8%	1,6%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	20	26	46
	Spalten-%	,2%	2,1%	,5%
Sectio	Anzahl	1	381	382
	Spalten-%	,0%	31,4%	4,0%
Anzahl		8252	1213	9465
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%

Die genaue Betrachtung der Geburtsmodi nach Geburtsort zeigt, dass – wie bereits im anderen Zusammenhang erwähnt – 544 Frauen oder 44,8% aus der Gruppe der in die Klinik verlegten Frauen ihr Kind spontan zur Welt gebracht haben (im Vorjahr 48,3%). Zusammen mit den Geburten, die spontan mit Kristellerhilfe abliefen, beträgt die Anzahl 680 Frauen oder 56% aller in der Klinik entbundenen Frauen (im Vorjahr waren es 58%).

Damit hatte mehr als die Hälfte der Gebärenden – trotz Verlegung – die Möglichkeit, spontan mit oder ohne Kristellerhilfe zu gebären.

In der folgenden Tabelle wurde differenziert betrachtet, wie sich die Befunde und/oder Risiken auf die zwei Kollektive (außerklinisch/klinisch entbunden) verteilen.

Tabelle 37
Beendigung der Geburt nach Risikoeinträgen und tatsächlichem Geburtsort

In der Gruppe, die außerklinisch geboren hat, hatten 50,7% aller Frauen keinerlei Befunde.

Geburtsort		Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
		keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
außerklinisch	Anzahl	4183	407	3178	484	8252
	Zeilen-%	50,7%	4,9%	38,5%	5,9%	100,0%
	Gesamt-%	44,2%	4,3%	33,6%	5,1%	87,2%
klinisch	Anzahl	32	2	1052	127	1213
	Zeilen-%	2,6%	,2%	86,7%	10,5%	100,0%
	Gesamt-%	,3%	,0%	11,1%	1,3%	12,8%
Anzahl		4215	409	4230	611	9465
Zeilen-%		44,5%	4,3%	44,7%	6,5%	100,0%
Gesamt-%		44,5%	4,3%	44,7%	6,5%	100,0%

Es zeigt sich hier, dass nicht alle Frauen mit Befunden oder Geburtsrisiken auch außerklinisch entbunden wurden, sondern dem Verlegungskollektiv zugeordnet werden müssen. Mehr als die Hälfte (50,7%) aller außerklinisch entbundenen Frauen hatten kein Risiko aufzuweisen, demgegenüber traf dies nur für 2,6% aller klinisch entbundenen Frauen zu. Lediglich 0,2% aller Klinikgeburten hatten einen Risikoeintrag nur für die Schwangerschaft (Katalog B). Die letzten Prozentzahlen sprechen dafür, dass zwar mit Vorsicht, aber meist auf Grund eines pathologischen Befundes verlegt wurde. In der Gruppe der Frauen, die ihr Kind in einer außerklinischen Einrichtung zur Welt brachten, hatten nur 38,5% einen Befund im Katalog C, während dies auf 86,7% aller klinisch entbundenen Frauen zutraf. Auch die Kombination der Einträge bei Katalog B und C traf auf mehr Geburten bei den klinisch entbundenen Frauen zu als bei den außerklinisch entbunden, bei denen der Prozentsatz 5,9% aller außerklinisch entbundenen Frauen ausmachte. Insgesamt hatten 97,2% aller Frauen, die in der Klinik entbunden wurden, kritische Befunde laut Katalog C aufzuweisen, während dies nur auf 44,4% der Gruppe zutraf, die nicht in der Klinik entbunden worden waren. Im Jahr 2000 traf dies (Eintrag laut Katalog B sowie laut Katalog C oder nur laut Katalog C) nur auf 39,5% der Frauen zu, die nicht in der Klinik geboren haben. Es lässt sich demnach eine Zunahme an Befunden oder eingetragenen Risiken in der Gruppe festmachen, die in außerklinischen Einrichtungen ihre Geburt geplant und beendet haben. Für zukünftige Auswertungen ist eine Aufgliederung nach einzelnen Institutionstypen anzuraten.

Geburtsverletzungen

Folgende Auflistung ist nicht in einer Tabelle dargestellt: Geburtsverletzungen sind für 4627 oder 51,1% aller betreuter Frauen dokumentiert und haben damit im Vergleich zum Vorjahreswert von 50,4% aller betreuter Frauen leicht zugenommen. Ein Dammriss ersten

Grades ist in 1847 oder 19,5% (im Vorjahr 19,6%) der Fälle dokumentiert und damit in etwa gleich häufig geblieben. Ein Dammriss zweiten Grades in 1438 Fällen oder 15,2% (gegenüber 2000 mit 15,8% etwas rückläufig), ein Dammriss dritten oder vierten Grades in 83 oder 0,9% der Fälle (gegenüber 2000 mit 1% in etwa gleich geblieben), andere nahtpflichtige Risse sind in 926 oder 9,8% (gegenüber 2000 mit 10% in etwa gleich geblieben) und Episiotomien in 547 oder 5,8% aller betreuter Frauen (gegenüber 2000 mit 7,0%) dokumentiert. Der Trend zur Vermeidung eines Dammschnittes – ob zu Gunsten der Sectiones wäre gesondert zu untersuchen – ist weiterhin erkennbar.

Eine differenzierte Analyse der Dammrisse nach Parität (nicht in einer Tabelle dargestellt) zeigt, dass die Rate an schweren Dammrissen mit zunehmendem Geburtenrang abnimmt. Die 83 erfasste Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich auf 54 oder 0,6% der Erstgebärenden, 26 oder 0,3% der Zweitgebärenden und 3 oder 0% der Dritt- und Mehrgebärenden. (Die Werte vom Vorjahr fielen ähnlich aus: 86 erfasste Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich auf 57 oder 0,6% der Erstgebärenden, 21 oder 0,2% der Zweitgebärenden und 8 oder 0,1% der Dritt- und Mehrgebärenden).

Episiotomien

Die Rate an Dammschnitten sinkt erfahrungsgemäß mit zunehmendem Geburtenrang.

Tabelle 38
Episiotomien nach Parität

Parität		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Erstgebärende	Anzahl	3034	383	3417
	Zeilen%	88,8%	11,2%	100,0%
	Spalten%	34,0%	70,0%	36,1%
	Tabellen%	32,1%	4,0%	36,1%
Zweitgebärende	Anzahl	3539	130	3669
	Zeilen%	96,5%	3,5%	100,0%
	Spalten%	39,7%	23,8%	38,8%
	Tabellen%	37,4%	1,4%	38,8%
Drittgebärende und mehr	Anzahl	2343	34	2377
	Zeilen%	98,6%	1,4%	100,0%
	Spalten%	26,3%	6,2%	25,1%
	Tabellen%	24,8%	,4%	25,1%
Angabe fehlt	Anzahl	2		2
	Zeilen%	100,0%		100,0%
	Spalten%	,0%		,0%
	Tabellen%	,0%		,0%
Anzahl		8918	547	9465
Zeilen%		94,2%	5,8%	100,0%
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%
Tabellen%		94,2%	5,8%	100,0%

Von 547 durchgeführten Episiotomien entfallen 383 oder 40% von allen Geburten auf Erstgebärende, 130 Episiotomien oder 1,4% auf Zweitgebärende und 34 Episiotomien oder 0,4% auf Dritt- und Vielgebärende (Tabelle 38). Im Jahr 2000 lagen die Raten insgesamt etwas höher: Von 614 erfassten Episiotomien entfielen 398 oder 4,5% aller Entbindungen auf Erstgebärende, 174 Dammschnitte oder 2% auf Zweitgebärende und 44 oder 0,5% von allen Geburten auf Dritt- und Vielgebärende. Trotz einer geringeren Zahl an Dammschnitten im Vergleich mit der klinischen Geburtshilfe, liegt die Rate schwerwiegender Dammschnitte dritten und vierten Grades im vorliegenden Kollektiv mit knapp 1% nicht höher als in den Kliniken.

Die Episiotomie wird nun separat betrachtet, da sie eine Besonderheit im Geburtsmanagement darstellt. Sie ist in einigen Geburtssituationen medizinisch indiziert, z.B. bei drohender kindlicher Asphyxie. Ohne Vorliegen von medizinischen Indikationen entspricht das Setzen eines Dammschnittes nicht einer im engeren Sinne invasionsarmen Geburtshilfe.

Sinnvollerweise wird die Episiotomie getrennt nach Geburtsmodus und nach außerklinischen bzw. klinischen Geburtsort dargestellt (s. Tabelle 39). Die Trennung nach Geburtsort ist durch die mangelnde Kontinuität der Betreuung nach einer Verlegung begründet. Wie bereits dargestellt hat die außerklinisch arbeitende Hebamme beim größten Teil der verlegten Geburten keinen weiteren Einfluss auf die vorgenommenen Maßnahmen in der Klinik. Zunächst zu den außerklinisch beendeten Geburten:

Tabelle 39
Geburtsmodus (außerklinische Geburten) mit Episiotomierate

Geburtsmodus außerklinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	3	2	5
	Gesamt-%	,0%	,0%	,1%
Spontan	Anzahl	7727	269	7996
	Gesamt-%	93,6%	3,3%	96,9%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	136	62	198
	Gesamt-%	1,6%	,8%	2,4%
vaginal-operativ	Anzahl	12	20	32
	Gesamt-%	,1%	,2%	,4%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	8	12	20
	Gesamt-%	,1%	,1%	,2%
Sectio	Anzahl	1		1
	Gesamt-%	,0%		,0%
Anzahl		7887	365	8252
Gesamt-%		95,6%	4,4%	100,0%

Eine Episiotomie für die tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten ist bei 365 Frauen (4,4% aller außerklinisch beendeten Geburten) und damit um ein weiteres Prozent seltener als im Vorjahr durchgeführt worden.

Werden nur die 7996 Spontangeburt und die 198 Geburten „Spontan mit Kristellerhilfe“ aus der obigen Tabelle betrachtet, erfolgte bei 4,1% aller außerklinisch beendeter Geburten – im Gegensatz zu 4,8% im Vorjahr – eine Episiotomie. Damit wird der Abwärtstrend weitergeführt. Bei den insgesamt 52 vaginal-operativen Entbindungen mit oder ohne Kristellerhilfe wurde bei 22 Frauen oder bei 0,3% bezogen auf alle außerklinisch beendeten Geburten eine Episiotomie vorgenommen. Die eine außerklinische Sectio ist – wie im Vorjahr in zwei Fällen – eine Ausnahmeerscheinung einer einzigen außerklinischen Institution und wurde von der betreuenden Hebamme bisher noch nicht bestätigt.

Die Rate der Episiotomien wird nun auch für die in eine Klinik verlegten Frauen näher betrachtet, nicht, um einen Vergleich zur Gruppe, die außerklinisch geboren hat, anzustellen, da – wie bereits gezeigt – die Unterschiede in den Befunden zu stark sind. Vielmehr um auch hier die Umgangsweise mit der Frage nach dem Dammschnitt darzustellen.

Tabelle 40
Geburtsmodus (klinische Geburten nach Verlegung) mit Episiotomierate

Geburtsmodus klinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	6	1	7
	Gesamt-%	,5%	,1%	,6%
Spontan	Anzahl	480	64	544
	Gesamt-%	39,6%	5,3%	44,8%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	86	50	136
	Gesamt-%	7,1%	4,1%	11,2%
vaginal-operativ	Anzahl	68	51	119
	Gesamt-%	5,6%	4,2%	9,8%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	11	15	26
	Gesamt-%	,9%	1,2%	2,1%
Sectio	Anzahl	380	1	381
	Gesamt-%	31,3%	,1%	31,4%
Anzahl		1031	182	1213
Gesamt-%		85,0%	15,0%	100,0%

Eine Episiotomie war bei 182 Frauen, die in eine Klinik verlegt wurden, und damit bei 15% aller Verlegungen, erforderlich. Die Prozentzahl liegt wiederum niedriger als im Vorjahr (17,8%). Dies ist jedoch zum Teil ein weiteres Mal der um mehr als 2% höheren Sectiorate zuzuschreiben. Auffallend ist, dass bei den verlegten Frauen, die spontan mit oder ohne Kristellerhilfe gebären konnten, die Dammschnitttrate mit 5,3% bzw. 4,2% aller Verlegungen nicht besonders hoch ist. Offensichtlich wird die Haltung zum Dammschnitt in der jeweiligen Klinik schon vor der Verlegung beachtet. Auch bei den vaginal-operativen Entbindungen fällt ins Auge, dass die Anzahl der Entbindungen ohne Schnitt höher liegt (prozentual: 5,6% aller Verlegungen) als mit Dammschnitt (prozentual: 4,2% aller Verlegungen). Im Vorjahr lagen diese beiden Zahlen bei etwa 5,6% aller Verlegungen.

2.2.10 Begleitende Maßnahmen

Die begleitenden Maßnahmen während der Geburt sind neben der Anzahl der Spontangeburt ein weiterer wichtiger Aspekt für die Qualität der Geburtshilfe. Hierfür wurde die folgende Klassifikation unter Berücksichtigung der aufgeführten Angaben vorgenommen:

- nicht invasiv: Amniotomie und alle begleitenden Maßnahmen mit nein
- invasionsarm: Homöopathie, Analgetika, sonstige Maßnahmen, Amniotomie und Episiotomie mit nein, aber Naturheilkunde oder Massagen oder Akupunktur/-pressur mit ja
- invasiv: Amniotomie=ja (> 30 Min. vor der Geburt) und/oder bei begleitenden Maßnahmen Homöopathie oder Analgetika, Episiotomie oder sonstige Maßnahmen mit ja

Angaben zu den typisch klinischen begleitenden Maßnahmen wie z. B. Wehentropf oder Periduralanästhesie sind für die außerklinischen Geburtshilfe nicht relevant und wurden daher nicht abgefragt.

Tabelle 41
Maßnahmen während der Geburtsbegleitung

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	10	,1
nicht invasiv	2747	29,0
invasionsarm	816	8,6
invasiv	5892	62,3
Gesamt	9465	100,0

Die obige Tabelle zeigt, dass bei der vorgenommenen Klassifizierung 5892 Frauen oder 62,3% aller Frauen – und damit etwas mehr als im Vorjahr (61,9%) – invasiv betreut wurden. Die hohe Invasionsrate erklärt sich durch die häufige Gabe von Homöopatika. Von den 6268 Frauen (66,2% aller Frauen), die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, wurden im Jahr 2001 bei 4771 Frauen (50,4% aller Frauen) Homöopatika eingesetzt. Im Jahr 2000 waren es nur 4352 Frauen (49,6% aller Frauen). Dieser hohe Anteil wurde bisher noch nicht dezidiert betrachtet. Die von den Hebammenverbänden aufgestellten Parameter für invasive und nicht invasive Maßnahmen sollen anhand dieser Auswertung und im Vergleich zu den Ergebnissen des vergangenen Jahres breit diskutiert werden.

Fruchtblaseneröffnung (Amniotomie)

Zur situationsgerechten Geburtsbegleitung zählt ebenfalls die Amniotomie („Blasensprengung“). An dieser Stelle wird kurz auf die Häufigkeiten der spontanen Blasensprünge und Amniotomien eingegangen. In 82,7% der betreuten Geburten fand der spontane Blasensprung statt, in 17,3% eine Amniotomie (vergleiche Tabelle 42). Diese Angaben sind

den Vorjahresergebnissen sehr ähnlich. In der folgenden Tabelle soll besonders die Amniotomie in der außerklinischen Geburtshilfe betrachtet werden.

Tabelle 42
Zeit der Fruchtblaseneröffnung differenziert nach Geburtsort

Zeit Blasensprengung bis Geburt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben nicht verwertbar	Anzahl	19	13	32
	Spalten-%	1,4%	6,8%	2,1%
bis 30 min.	Anzahl	669	21	690
	Spalten-%	49,2%	11,1%	44,5%
30 min - 3 Std.	Anzahl	548	63	611
	Spalten-%	40,3%	33,2%	39,4%
>3 Std.	Anzahl	125	93	218
	Spalten-%	9,2%	48,9%	14,1%
Gesamt	Anzahl	1361	190	1551
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

Eine Amniotomie („Blasensprengung“) wurde bei 1551 Geburten vorgenommen – und damit bei 16,4% aller Geburten (nicht in einer Tabelle dargestellt). In der außerklinischen Geburtshilfe wurde in 125 Fällen länger als drei Stunden vor der Geburt die Fruchtblase geöffnet (9,2% aller Amniotomien bei einem außerklinischen Geburtsort im Gegensatz zu 11,3% aller Amniotomien bei einem außerklinischen Geburtsort im Vorjahr). Damit wurden die Situationen, in denen es zu einer Infektion während der Geburt kommen könnte, weiterhin stärker vermieden. Von den insgesamt nur 190 Fällen, in denen an einem klinischen Geburtsort die Fruchtblase geöffnet wurde, wurde die Amniotomie bei 93 Frauen in einer Zeitspanne bis zu drei Stunden vor der eigentlichen Geburt durchgeführt (48,9% aller Amniotomien bei der Klinikgeburt). Auf Grund der kleinen Zahlen ist dieser Prozentwert zum einen nicht aussagekräftig und zum anderen wurde hier nicht näher untersucht, ob die Fruchtblase nicht schon vor der Verlegung geöffnet wurde.

Dient die Amniotomie dazu, eine pralle Vorblase als Geburtshindernis zu eröffnen oder um die Austreibungsphase einzuleiten, ist diese Maßnahme gerechtfertigt. Ansonsten wartet die Hebamme, bis es zum spontanen Blasensprung kommt. Die Abnahme von lange eröffneten Fruchtblasen (14,1% von allen Amniotomien gegenüber 15,5% im Vorjahr) ist damit positiv einzuschätzen. Allerdings sind immer noch relativ viele Angaben nicht verwertbar: 2000 waren es 2,6% aller Angaben und im Jahr 2001 sind es immer noch 2,1% der Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten.

Bevor auf die dokumentierten Verlegungsgründe in der Zeit nach der Geburt näher eingegangen wird, wird die Gesamtzahl einschließlich der nach der Geburt auftretenden medizinischen Befunde der Frauen im folgenden Abschnitt dargestellt. Nicht alle dokumentierten Befunde führten dabei zwangsläufig zu einer postpartalen Verlegung der Frau.

2.3 Nach der Geburt des Kindes

2.3.1. Postpartale Verlegungen von Kindern und Müttern allgemein

Im Jahr 2001 sind 234 Kinder (wie im Vorjahr genau 2,5% aller Geburten) in einer Zeit von sieben Tagen nach der Geburt verlegt worden; und zwar 139 Kinder nach einer außerklinisch (59,4% aller Verlegungen von Kindern) und 95 Kinder (40,6% aller Verlegungen von Kindern) nach klinisch beendeter Geburt (nicht in einer Tabelle dargestellt, siehe auch Abbildung [3](#)).

Von den 9465 begleiteten Frauen sind im Jahr 2001 insgesamt 230 Frauen (2,4%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verlegt worden; und zwar alle 230 Frauen nach außerklinischer Geburt und keine Frauen nach einer klinisch beendeter Geburt, etwa in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe (siehe auch Abbildung 3). Im Vorjahr waren es insgesamt 239 Frauen (2,7%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verlegt worden, wobei davon 231 Frauen (2,6%) nach außerklinischer Geburt und 8 Frauen (0,1%) nach klinisch beendeter Geburt. Im Vergleich zu 2000 mussten im Jahr 2001 insgesamt weniger Frauen nach der Geburt verlegt werden.

2.3.1.1 Postpartale Verlegungen der Mütter

Nach einer außerklinischen Geburt fanden 219 Verlegungen und damit 95,2% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes statt. Innerhalb der ersten 7 Tage wurden 10 Wöchnerinnen verlegt.

Die Tatsache, dass die überwiegende Zahl der Frauen innerhalb der ersten 24 Stunden verlegt wird, ergibt sich aus den dokumentierten Verlegungsgründen in der folgenden Tabelle.

Die häufigsten Verlegungsgründe innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes sind: Placentalösungsstörung in 83 Fällen (37,9% gegenüber 47,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr), in weitem Abstand gefolgt von dem Grund „Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen“ in 47 Fällen (21,5% gegenüber 16,7% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr), Blutung über 1000ml in 31 Fällen (14,2% gegenüber 10,5% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr) sowie komplizierter Geburtsverletzungen in 19 Fällen (8,7% gegenüber 11% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr). Die verbleibenden Fälle verteilen sich auf die Angabe „Sonstiges“ (24 Eintragungen oder 11% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr). „Auf Wunsch der Mutter E 100“ (14 Fälle oder 6,4% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes im Vorjahr) und eine fehlende Angabe.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Verlegungen wegen Placentalösungsstörungen und komplizierter Geburtsverletzungen verringert, während sich die Verlegungen wegen Blutung über 1000ml (von 9,7% aller Verlegungsgründe im Jahr 2000 auf 13,5% im Jahr 2001) und wegen Nahtversorgungen (von 15,5% aller Verlegungsgründe im Jahr 2000 auf 20,4% im Jahr 2001) prozentual erhöht haben – hierbei ist die doch sehr geringe Anzahl (unter 20 bzw. 50 Fälle) zu berücksichtigen. Gleichzeitig war im Vergleich der beiden Vorjahren die Erhöhung der Placentalösungsstörungen wie die Senkung

der zu hohen Blutverluste nach der Geburt auffällig. Somit ist ein Trend zu weniger Verlegungen abzulesen, jedoch die Rangfolge der Verlegungsgründe schon auf Grund der kleinen Zahlen nicht statisch.

Keine Frau ist im Jahr 2001 im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit verstorben. Auch im Jahr 2000 war keine Frau unmittelbar während oder direkt nach der Geburt verstorben, jedoch in einem Fall war eine Frau zwei Stunden post partum in einer nicht bedrohlichen Lage wegen Plazentalösungsstörungen (ohne belastende Anamnese) mit einem Blutverlust von ca. 1000 ml in die Klinik verlegt worden. Dort war es zu Komplikationen gekommen. Zwei Tage nach der Verlegung war die Wöchnerin in der Klinik verstorben.

Tabelle 43
Verlegungsgrund und -zeitpunkt bei Frauen nach der Geburt

Verlegungsgrund der Mutter p.p.		Mutter verlegt innerhalb von...			Gesamt
		Angabe fehlt	24 Stunden	7 Tagen	
E100 Auf Wunsch der Mutter	Anzahl		14		14
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		6,4%		6,1%
E101 Blutungen >1000ml	Anzahl		31		31
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		14,2%		13,5%
E102 Plazentalösungsstörungen/unvollst. Placenta	Anzahl		83		83
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		37,9%		36,1%
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	Anzahl		19		19
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		8,7%		8,3%
E104 Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen	Anzahl		47		47
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		21,5%		20,4%
E105 Sonstiges	Anzahl		24	10	34
	Zeilen-%		70,6%	29,4%	100,0%
	Spalten-%		11,0%	100,0%	14,8%
Angabe fehlt	Anzahl	1	1		2
	Zeilen-%	50,0%	50,0%		100,0%
	Spalten-%	100,0%	,5%		,9%
Gesamt	Anzahl	1	219	10	230
	Zeilen-%	,4%	95,2%	4,3%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.3.1.2 Postpartaler Zustand der Kinder

In diesem Abschnitt wird auf den Vitalitätszustand der Kinder eingegangen, d.h. es werden die Apgar-Werte aller dokumentierten Kinder – unabhängig davon, ob sie außerklinisch oder klinisch geboren wurden – nach 1 Minute, nach 5 Minuten und nach 10 Minuten dargestellt.

Tabelle 44
Apgar-Werte der Kinder

Apgar	1 Minute		5 Minuten		10 Minuten	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0	7	0,1	7	0,1	8	0,1
1 – 2	16	0,2	3	0,0	2	0,0
3 – 4	52	0,5	9	0,1	3	0,0
5 – 6	153	1,6	29	0,3	5	0,1
7 – 8	1366	14,4	287	3,0	81	0,9
9 – 10	7739	81,8	9072	95,8	9322	98,5
keine Angabe	132	1,4	58	0,6	44	0,5
Gesamt	9465	100	9465	100	9465	100

In den Ergebnissen für 2001 zeigt sich, dass 96,2% (in etwa wie im Vorjahr mit 96,1%) aller Kinder nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen sieben und zehn hatten und damit in einem lebensfrischen Zustand waren: Genau 1366 Kinder oder 14,4% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 7 und 8, genau 7739 Kinder oder 81,8% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 9 und 10.

Nach fünf Minuten hatten im Jahr 2001 bereits 98,8% (im Vorjahr 98,9%) und nach zehn Minuten 99,4% (im Vorjahr 99,1%) aller Kinder einen Apgar-Wert zwischen sieben und zehn aufzuweisen und damit ist eine gleichbleibende Tendenz zu den Vorjahreswerten ablesbar.

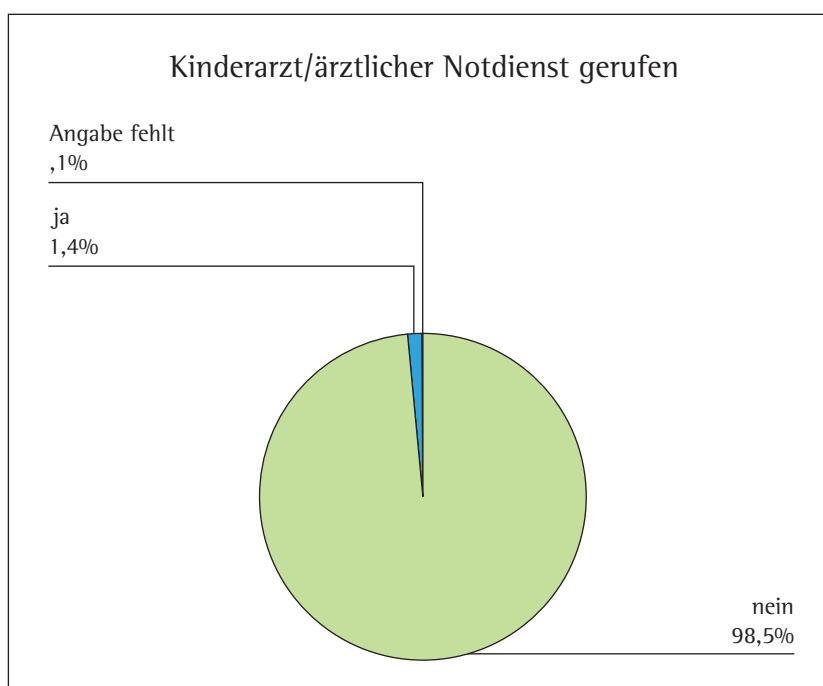
Genau 228 Kinder oder 2,4% (im Vorjahr 2,3% der Kinder) hatten nach einer Minute einen Apgar von unter sieben, nach fünf Minuten sind es noch genau 48 Kinder oder 0,5% der Kinder (im Vorjahr ebenfalls 0,5% der Kinder) und nach zehn Minuten waren es genau 18 Kinder oder wie im Vorjahr 0,2% der Kinder. Hierin sind auch die 17 Kinder oder 0,2% aller Kinder (8 Kinder oder 0,1% aller Kinder im Vorjahr) enthalten, die im Zusammenhang mit der Geburt verstorben sind: Von den 9465 erfassten Geburten sind drei Kinder antepartal, zwei Kinder subpartal und 12 Kinder postpartal verstorben – (vier dieser Kinder sind nach dem 7. Lebenstag verstorben), es fallen insgesamt 13 Kinder unter die Rubrik der perinatalen Mortalität (entspricht 0,14%). Im Gegensatz dazu waren 2000 ein Kind antepartal, ein Kind subpartal und 6 Kinder postpartal verstorben. Von den 7 Kindern im Jahr 2000 waren 6 zu Hause geboren worden. Im Jahr 2001 gab es von den 13 verstorbenen Kindern an einem außerklinischen Geburtsort einen Todesfall vor der Geburt (zwei im Zusammenhang mit einer Klinikgeburt), einen Todesfall an einem außerklinischen Geburtsort unter der Geburt (einen im Zusammenhang mit einer Klinikgeburt) sowie sechs Todesfälle an einem außerklinischen Geburtsort nach der Geburt (zwei im Zusammenhang mit einer Klinikgeburt). In 10 Fällen fehlen die Angaben, doch können wir auf Grund der eingetragenen guten Apgar-Werte davon ausgehen, dass die Kinder leben und nur der Punkt 53 nicht eingetragen wurde.

Einzelfallanalysen werden zu einer weiteren Klärung der Todesfälle beitragen und je nach Verlauf mögliche Vermeidbarkeitsfaktoren aufzeigen. Die Anzahl der perinatal verstorbenen Kinder hat sich im Vergleich zum Vorjahresergebnis erhöht, liegt aber noch etwas niedriger als bei der vorletzten Auswertung (1999) mit 14 Todesfällen. Einzelfallanalysen, welche den Länderauswertungen beiliegen, werden zu einer weiteren Klärung beitragen. Sie werden bei den regionalen Treffen der Hebammen und in den Qualitätszirkeln nach Verlauf und möglichen Vermeidbarkeitsfaktoren durchgesprochen.

2.3.2 Die Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen

Die Seltenheit, mit der Hebammen einen Kinderarzt/eine Kinderärztin nach der Geburt rufen, ist als Zeichen dafür zu werten, dass Hebammen früh genug – noch vor der Geburt – zur Verlegung raten. Bei erfolgter Geburt ziehen es die meisten Hebammen vor, kinderärztliche Hilfe an den Ort der Geburt kommen zu lassen als das Kind selbst zu verlegen. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass in den 16,9% aller Geburten, bei denen bereits ein ärztliche Hilfe anwesend ist, nicht zusätzlich nach der Geburt ärztliche Hilfe angefordert wird.

Abbildung 14



Lediglich zu 115 Kindern (1,4%) wurde 2001 postpartal ein/e Kinderarzt/-ärztin oder ein ärztlicher Notdienst gerufen und damit geschah dies noch seltener als 2000, wo bei 135 Kindern (1,8%) diese Situation eintrat (Abb. 14 und Tabelle im Anhang S. 105). Hier ist zu fragen, ob dieser Rückgang auf eine vorausschauende Verlegungspraxis oder auf einvermindertes kinderärztliches Hilfsangebot in der Umgebung der außerklinischen Geburtsorte zurückgeht.

In die hier im Weiteren vorliegenden Ergebnisse fließen 43 Morbiditätsangaben und die Angabe „zur Beobachtung“ ein. Von diesen wurden 13, darunter die Fragen nach

„Krämpfen“ (D14) und nach Anomalien im Respirationstrakt (D32), mit „Nein“ beantwortet. Die übrigen Nennungen verteilen sich auf vier größere Gruppen, wobei hier die Angaben mit 26 bis 75 Fällen auch schon recht klein sind. Alle weiteren Rubriken (außer D19 Zur Beobachtung mit 52 Nennungen und D20 Sonstiges mit 22 Nennungen) bleiben im Rahmen von 11 Nennungen und darunter, wie folgende Tabelle zeigt.

Die stärkste Gruppe in der Spalte Morbidität ist mit 69 Nennungen oder 0,7% aller Geburten „Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02“ (im Vorjahr 49 Nennungen oder 0,6% aller Geburten). Hier kam es im Jahr 2001 in 39 Fällen oder wie im Vorjahr bei 0,4% aller Geburten zur Verlegung. Es lässt sich nur eine leichte Erhöhung zum Vorjahr nachweisen.

In der Rubrik „andere Atemstörungen D04“ wurden 50 Eintragungen (bei 0,5% aller Geburten) vorgenommen, im Vorjahr waren es noch 67 Nennungen (0,8% aller Geburten). Im Jahr 2001 kam es mit diesem Verlegungsgrund zu 55 Verlegungen. Damit liegt die Verlegungsrate mit 0,6% wie im Vorjahr. Hier ist ein leichter Rückgang an Befunden zu verzeichnen.

Mit weit weniger Meldungen als im Vorjahr rangiert die „Unreife/Mangelgeburt D01“ an dritter Stelle mit 35 Nennungen und 0,4% aller Geburten (im Vorjahr 75 Nennungen oder 0,9%). Jedoch kam es wie im Vorjahr nur in 0,1% aller Geburten zu einer Verlegung aus diesem Grund. Entweder hat sich die Schwangere bereits in die Klinik begeben oder die Auswirkungen des Befundes waren so leicht, dass das Kind nicht verlegt werden musste.

„Zur Beobachtung D 19“ wurde in 33 Fällen (0,3% aller Geburten) als Morbidität eingetragen, allerdings wurde diese Angabe in 53 Fällen (wie im Vorjahr 0,6% aller Geburten) als Verlegungsgrund angegeben.

Eine andere Gruppe bildet die Eintragung „Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit, D03“, die sich mit 19 Nennungen (0,2% aller Geburten) niederschlägt und genau so oft wie im Vorjahr (jedoch da noch mit 0,3% aller Geburten) zum Verlegungsgrund wurde. Zu nennen ist noch der Ikterus, der in immerhin 25 Fällen oder bei 0,3% aller Geburten zum Verlegungsgrund wird. Im Vorjahr lag dieser Wert bei 0,2% aller Geburten.

Gemessen an den Verlegungen hat sich das Spektrum an Befunden für die Neugeborenen nicht verändert, sondern hat sein niedriges Niveau halten können. Auch die „generalisierte Infektion D 17“ ist mit 0,2% aller Geburten im Vergleich zu Vorjahr gleich geblieben.

Tabelle 45

Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage

	Morbidität		Verlegungsgrund	
	Anzahl	%	Anzahl	%
D01 Unreife/Mangelgeburt	35	0,4	11	0,1
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	69	0,7	39	0,4
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	19	0,2	24	0,3
D04 andere Atemstörungen	50	0,5	55	0,6
D05 Schockzustand	11	0,1	3	0,0
D06 Ikterus	7	0,1	25	0,3
D07 Hämolyt. Krankheit	1	0,0	2	0,0
D08 Hämatolog. Störung.			2	0,0
D09 Stoffwechselstörung	4	0,0	4	0,0
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte			1	0,0
D11 Schilddrüsenstörungen				
D12 Blutungskrankheiten				
D13 intrakranielle Blutungen			1	0,0
D14 Krämpfe, Enzephalopathie	3	0,0	4	0,0
D15 gastrointest. Störungen	2	0,0	4	0,0
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	4	0,0	1	0,0
D17 generalisierte Infektion	12	0,1	22	0,2
D18 umschriebene Infektion	8	0,1	5	0,1
D19 Zur Beobachtung	33	0,3	53	0,6
D20 Sonstiges	16	0,2	16	0,2
D25 Chromosomenanomalie	11	0,1	5	0,1
D26 and. multiple Mißbildungen	2	0,0		
D27 Anenzephalus				
D28 Neuralrohrdefekt			1	0,0
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie	2	0,0		
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals	1	0,0		
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	1	0,0	4	0,0
D32 Anomalie Respirationstrakt	1	0,0		
D33 Gaumen- und Lippenpalten	5	0,1	2	0,0
D34 Anomalie Ösophagus/Magen	1	0,0	2	0,0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas				
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	3	0,0	1	0,0
D37 Anomalie Genitalorgane	2	0,0	1	0,0
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	6	0,1	2	0,0
D39 Zwerchfellmißbildung			1	0,0
D40 Gastroschisis/Omphalozele				
D41 Anomalie Körperdecke				
D42 Hernien				
D43 biomechanische Verformung	3	0,0		
D44 andere Anomalie	3	0,0	1	0,0

Mehrfachnennungen waren möglich

Da für die Beurteilung des Fetal Outcome der Kinder die kindliche Morbidität einen sehr wichtigen Beitrag leistet, werden nach der oben stehenden Beschreibung der Ergebnisse in der folgenden Tabelle nochmals für den Überblick die fünf häufigsten Befunde nach Katalog D aufgeführt:

Gemessen an den durchgeführten Verlegungen und den dort genannten Hauptgründen (siehe Tabelle 45) hat sich das Spektrum an Befunden für die Neugeborenen nicht verändert, sondern hat sein niedriges Niveau halten können.

Tabelle 46
Die fünf häufigsten Morbiditäten

Morbiditäten	Anzahl	Gesamt-%
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	69	,7%
D04 andere Atemstörungen	50	,5%
D01 Unreife/Mangelgeburt	35	,4%
D19 Zur Beobachtung	33	,3%
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	19	,2%
D20 Sonstiges	16	,2%

Reanimationsmaßnahmen (nicht in einer Tabelle dargestellt) wurden bei 410 Kindern oder 4,3% aller Neugeborenen durchgeführt (12 Angaben oder 0,1% aller Angaben fehlten).

Die Intubation wurde in insgesamt 18 Fällen durchgeführt, eine Maskenbeatmung wurde 56 mal eingesetzt und 21 mal die Mund-zu-Mund Beatmung. In 322 Fällen wurde die Sauerstoffdusche benutzt. „Sonstiges“ wurde 66 mal angekreuzt (Mehrfachnennungen möglich waren). Ausschließlich nur mit Sauerstoff wurden insgesamt 272 Kinder nach der Geburt behandelt, dies macht einen Anteil von 66,3% aller Reanimationsmaßnahmen aus.

2.3.2.1 Schwangerschaftsalter

Die folgende Tabelle zeigt, dass die meisten Kinder zwischen der vollendeten 37. und vollendete 42. Schwangerschaftswoche geboren sind.

Insgesamt wurden 103 Kinder (oder 1,1% gegenüber 1,3% im Vorjahr) vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren. Nach der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche sind insgesamt 275 Kinder oder 2,9% geboren – im Vorjahr waren es 2,7%. Damit kamen im Jahr 2001 genau 96% aller hier erfassten Kinder wie im Vorjahr nach einer tolerierbaren Schwangerschaftsdauer zur Welt.

Tabelle 47
Schwangerschaftsalter in Wochen

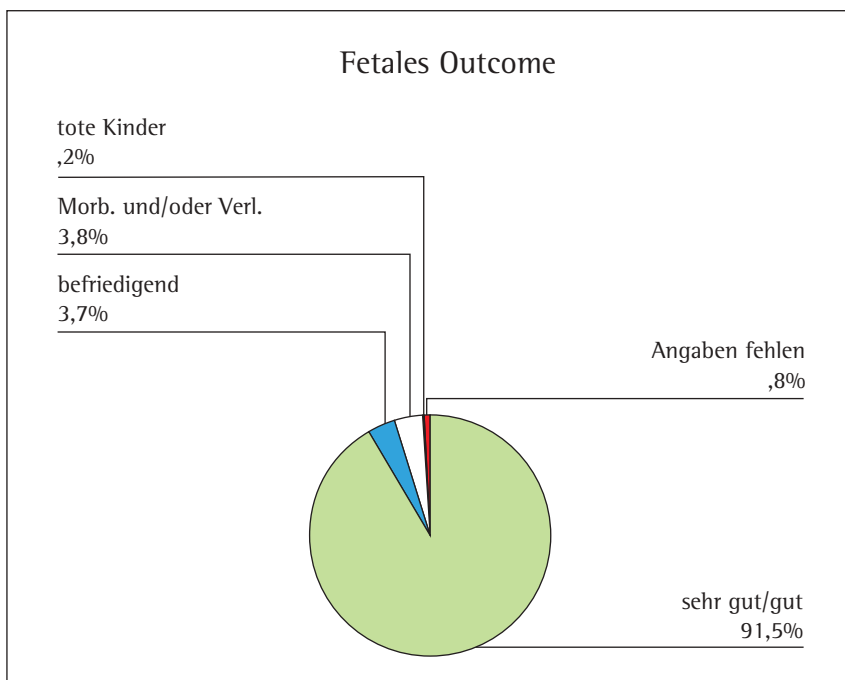
	Häufigkeit	Prozent
< vollendete 36. Woche	24	,3
36+-0 bis 36+6	79	,8
37+-0 bis 37+6	348	3,7
38+-0 bis 38+6	1054	11,1
39+-0 bis 39+6	2500	26,4
40+-0 bis 40+6	3410	36,0
41+-0 bis 41+6	1760	18,6
42+-0 bis 42+6	254	2,7
43+-0 bis 43+6	21	,2
Angabe nicht verwertbar	15	,2
Gesamt	9465	100,0

Das höchste Ziel an die Geburtshilfe unabhängig vom Geburtsort, ist ein positives Fetal Outcome. Für die Darlegung des positiven Fetal Outcomes wurden die folgenden Angaben zu Grunde gelegt:

- Kindliche Morbiditäten,
- Kindliche Verlegung in Kinderklinik
- Reanimationsmaßnahmen
- Reif geboren
- APGAR-Werte
- Kindliche Mortalität

Es erfolgte eine Klassifizierung des Outcome, welche im anschließenden Kreisdiagramm zu sehen ist und im folgenden Text erläutert wird.

Abbildung 15



Die obige Grafik zeigt, dass 91,5% aller Kinder – und damit wiederum etwas mehr als im Vorjahr (90,8%) – in einem guten bis sehr guten Zustand geboren wurden. Für die Beurteilung dieser Kinder wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

- Lebend geboren
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik
- keine Morbidität nach Katalog D
- keine Reanimationsmaßnahmen
- gemäß Tragzeit reif geboren
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8

Lediglich 3,7% Kinder (im Vorjahr 4%) hatten einen befriedigenden Zustand nach der Geburt. Für diese Beurteilung wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

- Lebend geboren
- keine Verlegung des Kindes in eine Kinderklinik
- keine Morbidität nach Katalog D

und mindestens eine der unten aufgeführten Angaben

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8

In die Gruppe mit Morbiditäten und/oder Verlegungen in eine Kinderklinik wurden 3,8% aller Kinder (4,4% im Vorjahr) eingestuft. In dieser Gruppe wurden lediglich Kinder mit Angaben zur kindlichen Morbidität (mindestens ein Eintrag und mehr in Katalog D) oder mit Verlegung in eine Kinderklinik berücksichtigt. Perinatale Mortalität im Gesamtkollektiv des Jahres 2001 trifft auf 13 Kinder zu, wie bereits oben etwas näher beschrieben.

In der folgenden Tabelle ist das bereits beschriebene Fetal Outcome nach außerklinischem und klinischem Geburtsort getrennt dargestellt.

Dabei zeigt der erste Überblick über Tabelle 48, dass ein Vergleich von außerklinischer und klinischer Geburtshilfe nicht möglich ist, da Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe häufiger vorkommen sowie aus anderen Anlässen erfolgen und im klinischen Bereich eher die „Problemgeburten“ stattfinden.

Schaut man nur auf die Spalte der außerklinischen Geburten, so fällt der erwartete, aber auch wie im Vorjahr erfreulich geringe Anteil an Kindern auf, die in die Rubriken „befriedigend“ (3,4% im Jahr 2001 gegenüber 3,6% des außerklinischen Kollektivs im Vorjahr) und „Morb. und/oder Verl.“ (2,7% im Jahr 2001 gegenüber 3,2% des außerklinischen Kollektivs im Vorjahr) fallen. Insgesamt ist die Anzahl der nicht verwertbaren Angaben gleichgeblieben, daher sind die beiden Werte als Verbesserungen des fetalen Outcome der Kinder, die in einer außerklinischen Einrichtung geboren wurden, zu sehen. Aus der Tabelle lässt sich auch ersehen, dass 12 der insgesamt 17 verstorbenen Kinder in einer außerklinischen Einrichtung gestorben sind.

Tabelle 48
Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

Fetales Outcome		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben fehlen	Anzahl	53	26	79
	Spalten-%	,6%	2,1%	,8%
	Gesamt-%	,6%	,3%	,8%
sehr gut/gut	Anzahl	7683	980	8663
	Spalten-%	93,1%	80,8%	91,5%
	Gesamt-%	81,2%	10,4%	91,5%
befriedigend	Anzahl	284	67	351
	Spalten-%	3,4%	5,5%	3,7%
	Gesamt-%	3,0%	,7%	3,7%
Morb. und/oder Verl.	Anzahl	220	135	355
	Spalten-%	2,7%	11,1%	3,8%
	Gesamt-%	2,3%	1,4%	3,8%
tote Kinder	Anzahl	12	5	17
	Spalten-%	,1%	,4%	,2%
	Gesamt-%	,1%	,1%	,2%
Anzahl		8252	1213	9465
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt-%		87,2%	12,8%	100,0%

2.3.2.2 Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

Dieser sehr umfassende letzte Aspekt der Darstellung von differenzierten Entscheidungen der Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt sowie die situationgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung soll mit einer Tabelle abgeschlossen werden, in welcher der Zustand von Mutter und Kind nach der Geburt dargelegt wird. Hierzu wird eine einfache Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Auffällige Mutter

- mütterliche Problematik postpartal
- Verlegung postpartal (außer zur Nahtversorgung)

Unauffällige Mutter

- die oben beschriebenen Parameter treffen nicht zu

Auffälliges Neugeborenes

- postpartal in eine Klinik verlegt
- Morbiditäten vorhanden
- Verstorbenes Kind

Unauffälliges Kind

- die genannten Parameter treffen nicht zu

Tabelle 49
Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

			Zustand der Mutter p.p.		Gesamt
			unauffällig	auffällig	
Zustand des Neugeborenen	unauffällig	Anzahl	8682	411	9093
		Gesamt-%	91,7%	4,3%	96,1%
	auffällig	Anzahl	336	36	372
		Gesamt-%	3,5%	,4%	3,9%
Gesamt	Anzahl	9018	447	9465	
	Gesamt-%	95,3%	4,7%	100,0%	

Insgesamt befanden sich 8682 Mütter oder 91,7% – und damit wiederum mehr als im Vorjahr (90,6% aller Mütter) – mit ihrem Kind nach der Geburt in einem unauffälligen, d. h. guten Gesundheitszustand. Nur bei 36 der betreuten Geburten (0,4% gegenüber 0,6% im Vorjahr) gab es postpartal Auffälligkeiten sowohl für die Mutter als auch für das Kind. Etwas häufiger war der Befund der Mutter auffällig, während das Kind als gesund eingestuft wurde (411 Fälle oder 4,3% zu 4,8% im Jahr 2000), als der umgekehrte Fall (unauffälliges Kind und gesunde Mutter: 336 Fälle oder 3,5% zu 3,9% im Vorjahr). Beide Prozentsätze liegen unter den Vorjahreswerten.

Die Rate der – nach obiger Definition – auffälligen Kindern beträgt 3,9% (n=372) gegenüber 4,5% im Vorjahr. Hier sind auch alle diejenigen Kinder enthalten, die lediglich zur Beobachtung verlegt wurden. Die Rate an auffälligen Müttern von 4,7% aller Gebärenden (n=447) ist durch die nach obiger Definition berücksichtigte mütterliche Problematik begründet, zu der auch die Rubrik „Sonstiges“ zählt (gegenüber 5,5% aller Gebärenden im Vorjahr). In der Regel werden unter „Sonstiges“ kleinere Verletzungen wie Schürfungen oder Blutungen zwischen 500 und 1000ml dokumentiert.

Für die außerklinische Geburt insgesamt liegen sehr gute Ergebnisse vor. Es lässt sich allerdings ein Trend zur Vermehrung der Risikoeinträge in der Schwangerschaft und zu Geburtsbeendigung per Sectio erkennen. Gerade diese beiden Punkte liegen oft nicht in der Entscheidungskompetenz der freiberuflichen Hebamme. Es lässt sich kein Anhaltspunkt dafür erkennen, dass Schwangere im Laufe des letzten Jahrzehnts zunehmend gefährdeter sind, allerdings haben sich die Faktoren Alter und Zustand nach Sectio geändert. Hier ist bspw. die Frage angebracht, ob auch in den europäischen Nachbarländern mit vergleichbarem fetalen Outcome das zunehmende Alter der Gebärenden zu einem erhöhten Risiko führt. Auch könnte die schnellere Entscheidung zur Sectio mit dem Alter der Frau zusammenhängen. Oder lässt sich die höhere Sectiorate mit reinen Abrechnungsvorteilen in Verbindung bringen.

Auch die Einträge von Befunden bei der Geburt sind nicht weniger geworden. Es scheint die Tendenz zu bestehen, außerklinische Geburten anzubieten und durchzuführen, auch wenn der Verlauf in manchen Punkten zu Befunden führen wird. Insgesamt hatten 44,4% aller Frauen, die nicht in der Klinik entbunden worden waren, Befunde laut Katalog C aufzuweisen, während dies im Jahr 2000 nur auf 39,5% der Frauen zutraf.

Dennoch lässt sich eine nachweisliche Verbesserungen des fetalen Outcome der Kinder, die in einer außerklinischen Einrichtung geboren wurden, erkennen. Um hier bessere Einschätzungen der Situation für Mutter und Kind abgeben zu können, sollten in der außerklinischen und in der klinischen Geburtshilfe gemeinsam Kriterien entwickelt werden, die den Grad an Gefährdung und Erkrankung besser bestimmen können.

2.4 Kurzdarstellung der Geminigeburten

Wie schon zu Beginn der Kommentierung erwähnt, stellt die Betreuung von Gemini die Ausnahme in der außerklinischen Geburtshilfe dar und wird von den Hebammenverbänden nur unter sehr engen Vorgaben (siehe „Hebammengeleitete Geburtshilfe“) unterstützt. Vor diesem Hintergrund steht diese kurze Darstellung zentraler Ergebnisse der Sonderfälle.

Gemini

- Es gab 9 dokumentierte Geminigeburten mit 18 Kindern, gegenüber dem Vorjahr mit 11 betreuten Geminigeburten.
- Von den 9 Geminigeburten fanden 5 als geplante und durchgeführte Hausgeburten, 3 waren geplante Entbindungen im Geburtshaus, von denen eine Geminigeburt in der Klinik beendet wurde, und eine wurde als sowohl geplante als auch durchgeführte Klinikgeburt dokumentiert (gegenüber dem Vorjahr mit 5 Hausgeburten, 5 Entbindungen im Geburtshaus und einer Klinikgeburt, bei einer Zwillingsentbindung war der geplante Geburtsort unklar – die Geburt erfolgte in der Klinik. Alle anderen Geburten waren in der 37. Schwangerschaftswoche für denselben Ort geplant, an dem sie auch beendet wurden).

- Nur bei zwei der 18 Kinder war zur Geburt keine zweite Hebamme anwesend. Ebenso ergab die Abfrage, dass bei einer weiteren Zwillingsgeburt keine weiteren Personen anwesend waren. Es handelt sich hierbei nicht um dieselbe Geminigeburt. Bei der Geburt von 6 Kindern war ein Arzt anwesend.
- Von den 9 Schwangeren war eine Frau Dritt- und Mehrgebärende, 5 Frauen Zweitgebärende und drei Frauen Erstgebärende.
- Folgende Befunde zur Morbidität in der Schwangerschaft und in der Geburtsphase sind bei den 8 Frauen, die den geplanten Geburtsort mit „außerklinisch“ angegeben haben, aufgetreten: Drei Schwangere waren älter als 35 Jahre (Katalog A 14). Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen A 21 und Komplikationen post partum A 22, Rasche Schwangerschaftsfolge und andere anamnestiche Besonderheiten A 03, Allergie A 04 wurden jeweils einmal angegeben. Nach Katalog B gab es außer zur bestehenden Mehrlingsschwangerschaft einen Eintrag zur vorzeitigen Wehentätigkeit B 41. Zur Geburt der insgesamt 16 Kinder wurden nach Katalog C – außer der bestehenden Mehrlingsschwangerschaft – folgende Befunde erhoben: Vorzeitiger Blasensprung C 60 in 7 Fällen, Frühgeburt C 63 bei 2 Zwillingen, vorzeitige Plazentalösung C 71 bei einem Ungeborenen, Mangelnde Kooperation der Mutter C 76 in 2 Fällen. Bei insgesamt 5 Kindern lag eine Beckenendlage C 87 vor.
- Eines der 18 Kinder wog unter 2000g (und zwar 1750g, in der Klinik geboren). Drei Kinder hatten ein Gewicht zwischen 2200g und 2450g. Insgesamt 14 Kinder waren schwerer als 2550g.
- Keines der Kinder verstarb nach der Geburt.
- Alle Kinder sind lebensfrisch geboren. Der Apgar-Wert nach 5 Minuten lag bei einem außerklinisch geborenen Kind bei 8 und in den restlichen 17 Fällen bei 9 bzw. 10.
- Keines der außerklinisch geborenen Kinder mussten postpartal in eine Kinderklinik verlegt werden, von den vier Kindern, die in einer Klinik geboren waren, wurden zwei verlegt (beide wegen Unreife/Mangelgeburt D 01 und zur Beobachtung D 19).
- Verlegt wurde keine Frau, weder die, die außerklinisch noch die, die in einer Klinik entbunden wurden.

Es ist anzuraten, eine gesonderte Studie zu außerklinischen Geminigeburten im europäischen Raum zu konzipieren, um eine genügend große Vergleichsmenge zu erhalten. Es ist nicht statthaft, die eine vorzeitige Plazentalösung im Jahr 2001 bei 18 Zwillingen den fünf vorzeitigen Plazentalösungen bei insgesamt 9465 Geburten gegenüberzustellen, doch sollten die Zahlen zur weiteren Forschung anregen.

3 Abschließende Diskussion

3.1 Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 9465 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2001 ein normales Outcome sowie eine hohe Ergebnisqualität der geleisteten Geburtshilfe durch die an der Dokumentation beteiligten Hebammen und Einrichtungen.

An Hand der validen Daten zu Verlegungsraten und -gründen, zum Geburtsmodus, zu den Geburtsverletzungen sowie zu den Befunden vor, während und nach der Geburt wurden für die gewordenen Mütter insgesamt gute Werte ermittelt.

Die Aussagen über die Tragzeit der Kinder in Wochen, das Geburtsgewicht der Kinder, die Apgar-Werte und die erforderlichen Reanimationsmaßnahmen ergeben gute bis sehr gute Werte für die Kinder. In der Rate perinatal Verstorbener sind möglicherweise besondere Fälle enthalten, die nicht mit der „normalen“ außerklinischen Geburtshilfe gleichgesetzt werden können. Bei einer Überarbeitung des Dokumentationsbogens muss auch der Fall ersichtlich werden, in dem sich Eltern eines nicht lebensfähigen Ungeborenen bewusst zur außerklinischen Geburt entschließen.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass manche ermittelten Werte in einzelnen Kategorien auf Grund der zu kleinen Zahlen oder auch auf Grund fehlender Zusatzinformationen, die im Nachhinein nicht mehr beschaffbar sind, nicht oder unzureichend interpretiert werden können, ist den Hebammen in den außerklinischen Einrichtungen ein sehr zuverlässiges Management zu bescheinigen.

Die geburtshilflichen Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe stehen im Kontext einer bereits in der Schwangerschaft beginnenden Betreuung. Neben der etablierten Vorsorgeuntersuchung durch Ärzte und Ärztinnen kommt der Versorgung durch Hebammen eine eigene Bedeutung zu. Vorsorgeuntersuchungen durch Hebammen haben nur in einem geringen Umfang zugenommen. Um sich ein Bild von der Schwangerschaft zu machen, ist eine selbst durchgeführte Vorsorgeuntersuchung nach vorgeschriebenem Muster nicht nötig, aber sie trägt wesentlich zu den Befunden bei, die zur Planung einer außerklinischen Geburt notwendig sind. Außerklinische Einrichtungen können das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen als Steigerung ihrer Betreuungsqualität ansehen. Die Vorsorge und Betreuung durch Hebammen in der Schwangerschaft zu beurteilen und die Schwachstellen des medizinisch orientierten Vorsorgeprogramms auch in Deutschland zu diskutieren, wäre auch in Hinblick auf eine Integration von medizinischen und psychosozialen Inhalten als Thema einer weiterführenden Studie geeignet. Dabei könnte vor allem auch der Risikobegriff als Ausdruck der heutigen Sicht auf die Schwangerschaft hinterfragt werden.

Eine gleichbleibende Rate von etwa 83% geplanten und wie geplant beendeten Geburten zeigt an, dass die „Planung“ ein wesentliches Merkmal der außerklinischen Geburtshilfe ist. Dies umschließt das Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Geburtsorte vor dem Hintergrund medizinischer Befunde und psychosozialer Befindlich-

keiten der betreuten Frauen und Familien. Die Rate der Verlegungen sowie die Geburtsverläufe bei Verlegungen weisen ebenso wie die Durchführung der Geburtshilfe am außerklinischen Geburtsort den Hebammen situationsgerechtes Handeln nach. In vieler Hinsicht hat sich die Geburtshilfe gegenüber den schon positiven Vorjahresergebnissen noch verbessert. Zu nennen ist bspw. die zeitnahe kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme zum Ruf oder die sinkende Rate der Amniotomien, welche länger als drei Stunden vor der Geburt erfolgen. Einige im Vorjahr ungünstige Ergebnisse wie die Transportdauer oder die Entfernungen zur nächsten Klinik haben sich ebenfalls verbessert, obwohl eine kurze Entfernung zur nächsten Klinik im Zuge der klinischen Zentralisierung immer schwieriger erscheint. Wenige Ergebnisse haben sich im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen verändert, ohne direkt bewertet werden zu können, wie die Menge der Risikoeinträge sowie die höhere Sectorate nach einer Verlegung. Auf die Diskrepanz zwischen eingetragenen Risiken und den besseren Geburtsresultaten sowohl bei der Mutter als auch beim Kind sein nochmals hingewiesen. Es gibt wenige kritisch anzumerkende Ergebnisse wie die leichter Erhöhung der Verlegungen zur Nahtversorgung, die weiterhin stattfindende Betreuung von Zwillingsgeburten und von Entbindungen aus Beckenendlage. Doch diese Punkte beschränkten sich auf eine nur ganz geringe Anzahl von Fällen.

Für die Betreuung nach der Geburt können positive Ergebnisse bescheinigt werden. Darüberhinaus ist festzuhalten, dass die postpartalen Verlegungen zurückgegangen sind und sich insgesamt das Fetal Outcome auf dem hohen Stand vom Jahr 2000 noch verbessern konnte. Das Auftreten von Infektionen bei Mutter und Kind scheint ein Thema zu sein, dem sich die Hebammenverbände weiter annehmen müssen, obwohl die Infektionsrate gegenüber dem Vorjahr nicht gestiegen ist.

Die Rate der perinatal verstorbenen Kinder hat sich erhöht, wobei darauf geachtet werden muss, dass zwischen Geburten, die als eine sowieso unausweichliche Totgeburt – nur in friedlicher außerklinischer Atmosphäre – angelegt sind, und Geburten, wo es zu unvorhergesehenen dramatischen Komplikationen kommt, unterschieden wird.

Der Widerspruch zwischen dem verzeichneten erhöhten Risiko in der Schwangerschaft sowie der Geburtssituation und dem guten fetalen Outcome ist eklatant. Er soll aber nicht dazu führen, dass freiberufliche Hebammen beginnen, stark risikobelastete Frauen für eine Geburt in einer außerklinischen Einrichtung anzunehmen, sondern dazu, dass über eine differenzierte Eintragung zur Diagnostik nachgedacht wird. Möglicherweise können die hier aufgezeigten Ergebnisse dazu beitragen, die Überarbeitung der Kataloge A bis C anzustoßen.

3.2 Die Ergebnisse auf der Grundlage der Qualitätsziele der Hebammenverbände

An dieser Stelle soll nochmals zusammenfassend zu den erwähnten Zielen und Thesen der Hebammenverbände Stellung genommen werden.

Thesen

These 1: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten untermauert die Eigenverantwortung der Berufsgruppe der Hebammen

Die Zahl der an der Auswertung beteiligten Institutionen steigt, die Anzahl der dokumentierten Bögen hat sich wesentlich erhöht – eine steigende Bereitschaft, bei der Qualitätssicherung mitzuwirken, ist daher abzulesen. Auch die Dokumentation selbst als ein von Hebammen initiiertes aufwendiges Projekt wirkt bereits stärkend auf das Selbstbewusstsein der Hebammen und ihr Verantwortungsgefühl für das eigene Tun. Das Projekt als solches ist ein weiterer Schritt zu Professionalisierung des Berufsstandes.

These 2: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten verbessert die Chance der Frauen auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass im außerklinischen Bereich fast alle Frauen ihr Kind spontan gebären konnten. Selbst bei einer Verlegung besteht mit über 50% eine große Chance auf eine Spontangeburt. Ziel der Hebammenverbände ist die invasionsarme Geburtshilfe. Die Anforderungen, die eine invasionsarme Geburt in den Augen der Hebammenverbände erfüllen muss, sind sehr hoch gesteckt. Alle Frauen, die mit Homöopatika während der Geburt behandelt wurden, erscheinen in der Rubrik „invasive Geburtshilfe“. Nicht die Gegenüberstellung mit Klinikkollektiven, sondern die Vergleichbarkeit mit den nachfolgenden Jahrgängen der vorliegenden Auswertung ist dabei angestrebt. Als „invasiv“ wurden im Jahr 2000 fast 62% eingestuft. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht gestiegen, auf 62,3%. Die Rate könnte fallen, wenn in Hebammenkreisen darüber ein Konsens hergestellt wird, dass Homöopatika in ähnlich strengen Grenzen wie allopathische Mittel eingesetzt werden sollten.

These 3: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten verbessert die Chance auf ein positives „Fetal Outcome“ durch ein individuelles Zeitmanagement

In der außerklinischen Geburtshilfe besteht der Anspruch, dieses Ziel mit Hilfe einer individuellen Betreuung, die sich an den Bedürfnissen der Mutter und somit auch des Kindes ausrichtet, zu erreichen. Eine geduldige und abwartende Haltung der Hebamme vermeidet die Auslösung von Stressfaktoren für Mutter und Kind unter der Geburt. Bereits während der Schwangerschaftsbegleitung werden Befunde, die das Fetale Outcome negativ beeinflussen könnten, berücksichtigt und führen zu einer rechtzeitigen Empfehlung für eine Klinikgeburt. Trotzdem gibt es Einzelfallentscheidungen, die – bei besonderen Umständen auf Wunsch der Frau – zu einer außerklinischen Geburt führen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Fetal Outcome bei 91,5% aller Kindes des Jahres 2001 nach der Geburt (im Vergleich zu dem schon sehr guten Ergebnis

von etwa 90% im Vorjahr) als gut bis sehr gut bezeichnet werden kann. Die aufgestellte These in Bezug auf den Einfluss des individuellen Zeitmanagements lässt sich mit den über das Dokumentationsinstrument erhobenen Parametern nicht eindeutig belegen. Ein kurzer sowie auch ein langer Geburtsverlauf können dem jeweiligen Zeitbedürfnis der Frau entsprechen und beinhalten in sich keine Qualitätsmerkmale. Zusammen mit dem Projekt „Technisierung der normalen Geburt“ an der Universität Osnabrück werden hier „Rohdaten“ für eine weitere, qualitative Studie geliefert.

These 4: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur

Das Qualitätssicherungsverfahren in der außerklinischen Geburtshilfe trägt als ein wesentlicher Bestandteil zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind bei. Die Veröffentlichungen zu diesem Thema werden einen Teil von Betreuung darstellen, die am Normalen, Gesunden ansetzt und damit auf Dauer zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beiträgt. Anhand der dargestellten Parameter wird deutlich, dass sich für die wenigen bundesweit stattfindenden außerklinischen Geburten eine relativ gute Versorgungsstruktur etabliert hat. Dadurch zeigen sich in vielen Fällen gute Ergebnisse, wie z. B. durch die hohe Rate an Spontangeburt nach einer Verlegung oder die zeitlich meist schnelle Verlegung in eine Klinik. Es wird aber auch deutlich, dass in einigen Bereichen – wie bei dem häufigen Entschluss zur Sectio nach einer Verlegung – Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Da die Versorgungsstruktur von regionalen Gegebenheiten abhängig ist, führt eine bundesweite Betrachtung nicht zum Erfolg. In diesen Fällen könnten sich die regionalen Qualitätszirkel mit der Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen befassen.

These 5: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten belegt eine differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt

In dieser These wird der sehr komplexe Prozess von der Entscheidung bis zur Beendigung einer außerklinischen Geburt dargestellt. Ein Focus wird dabei auf die Parameter gelegt, die seitens der Frau den Wunsch nach einer außerklinischen Geburt belegen. Des Weiteren wird die Risikobewertung der Hebammen näher bezeichnet und die daraus resultierende verantwortungsbewusste Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt aufgezeigt.

Dabei wurde herausgearbeitet, dass zwischen Hausgeburten, Geburtshausgeburten und Geburten in anderen Einrichtungen strukturell bedingte Unterschiede existieren, wobei das Klientel für eine Hausgeburt zu dem risikoärmsten der drei Einrichtungen gehört. Die Ergebnisse aus der Bearbeitung der These bestätigen abschließend, dass die außerklinische Geburtshilfe der heutigen Zeit zwar nur einen geringen Anteil aller Geburten in Deutschland ausmacht, sich aber eine fachlich professionelle Betreuung entwickelt hat, deren Ziel die gesunde Mutter mit ihrem gesunden Kind ist.

These 6: Die Dokumentation der außerklinischen Geburten belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung

Sowohl für die Schwangerschaft als auch für die Geburts- und nachgeburtlich Zeit konnte eindeutig – wie bereits oben aufgeführt – gezeigt werden, dass die meisten Hebammen genau die auftretenden Risiken einschätzen und situationsgerecht handeln können.

Ziele

- Die Hebammenverbände möchten mit den Ergebnissen die Kompetenz von schwangeren Frauen und Hebammen aufzeigen.

Ganz klar zeigen die Ergebnisse die Kompetenz der außerklinisch tätigen Hebamme auf, doch wird es mit dem vorliegenden Dokumentationsbogen kaum gelingen, die Kompetenz der Gebärenden adäquat abbilden zu können. Ansätze zur Erfassung der Vorstellungen und Entscheidungen der Klientinnen sind in der Abfrage nach der Motivation bei der Wahl des Geburtsortes, nach Verlegungsgründen und durchgeführten Verlegungsfahrten durchaus vorhanden, doch wird hier eine qualitative Untersuchung von dritter Seite erforderlich sein.

- Die Hebammenverbände möchten mit den Ergebnissen die Hebammengeburtshilfe sichern und erweitern.

Angesichts der Ergebnisse von 2000 und 2001 im Vergleich kann eindeutig ausgesagt werden, dass sich die außerklinische Geburtshilfe etabliert, auch wenn noch lange nicht – was die Kapazitäten der Hebammen anbelangt – jede Frau die Möglichkeit hat, bei einer problemlosen Ausgangssituation in der Schwangerschaft zwischen den verschiedenen Betreuungsarten wählen zu können. Mit diesen Ergebnissen als Grundlage und den im Kommentar enthaltenen Vorschlägen, wie der, die Schwangerenvorsorge weiter auszubauen oder das Risikokzept zu überdenken, wird der Ausbau der Hebammengeburtshilfe weiter angeregt.

- Die Hebammenverbände möchten mit den Ergebnissen zeigen, dass die Betreuung Schwangerer und Gebärender durch Hebammen eine Selbstverständlichkeit in unserer Gesellschaft ist.

An öffentlich zugänglichen Belegen von Hebammentätigkeit allgemein fehlte es bislang in jeder Hinsicht. Dokumentationen dieser Art sind aber nicht nur ein Teil der Selbstdarstellung eines Berufsverbandes, sondern nehmen auch der außerklinischen Geburtshilfe jeden Schein von Unprofessionalität, Überlebtheit oder elitärer Exklusivität. Sie können dazu beitragen, dass Frauen gleich zu Beginn ihrer Schwangerschaft auf die Idee kommen, eine Hebamme zu kontaktieren.

- Die Hebammenverbände möchten mit den Ergebnissen in einen interdisziplinären Dialog treten, in den auch Eltern einbezogen werden.

Seit dem Sommer 2002 gibt es erste Absprachen zur Besetzung eines Elternbeirates. Die Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens in der außerklinischen Geburtshilfe können dazu dienen, mit allen an der Geburt Beteiligten ins Gespräch einzutreten. Mit der ärztlichen Berufsgruppe sind speziell die Ergebnisse zur gemeinsamen Betreuung Schwangerer eine mögliche Grundlage zur Neustrukturierung der Vorsorge. Die Zusammenarbeit mit Kinderärzten und -ärztinnen lässt sich mit der hier dargestellten Ausgangslage auch besser planen. In der Auseinandersetzung zwischen den an der Geburt beteiligten Fachpersonen waren schon immer Eltern beteiligt, indem sie den Prozess angeregt haben. Zu denken ist da an die engagierten Initiativen der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung oder des Arbeitskreises, welcher sich der Kunstfehler in der Geburtshilfe angenommen hat. Nur zu einem echten Dialog aller Beteiligten ist es nur selten gekommen. Mit der Veröffentlichung dieser hebammeneigenen Ergebnisse ist ein Schritt in diese Richtung getan.

Sowohl für die Schwangerschaft als auch für die Geburts- und nachgeburtliche Zeit konnte eindeutig – wie bereits oben ausgeführt – gezeigt werden, dass die meisten Hebammen genau die auftretenden Risiken einschätzen und situationsgerecht handeln können.

Pläne für die Zukunft

Es wird einige Dinge geben, die in den Focus rücken und an denen die Hebammenverbände vermehrt arbeiten werden.

- So gilt es die Zusammenarbeit an den „Schnittstellen“ der Betreuung außerklinischer Geburten weiter zu intensivieren (z.B. bei der Übergabe in Klinik oder beim kinderärztlicher Notdienst). Kann der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verbessert werden, dient es dem Wohle von Mutter und Kind. Insbesondere treten immer häufiger Geburtshäuser in Gespräche mit den nahegelegenen Kliniken und Kinderkliniken, wobei auch Gespräche mit den Rettungsdiensten vor Ort dazugehören.
- Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den AmtsärztInnen wird weiterhin großes Engagement dahingehend benötigen, gegenseitige Vorurteile abzubauen, um auf einer partnerschaftlichen Ebenen zusammenarbeiten zu können. Über die weitere Eingliederung des Qualitätsmanagementverfahrens in die Berufsordnungen der Länder und damit als weitere Pflicht für Hebammen wird intensiv von den beiden Hebammenverbänden diskutiert, die große Teilnahmebereitschaft an der Erhebung zeigt, dass hier keine hohen Hürden zu überwinden wären.
- Die Dokumentation außerklinischer Geburten sowie das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sollten als Themen in der Ausbildung zur Hebamme einen festen Platz bekommen und somit zum beruflichen Selbstverständnis werden. Ein reger Austausch zwischen den Schulen und der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. besteht bereits.
- Die genaue Angabe über die Vollständigkeit der Erhebung wird trotz der geschilderten Probleme weiterhin angestrebt. Da die Mitgliederzahl in der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. von 365 Personen im Jahr 2001 auf 435 Mitglieder im Jahr 2002 weiter gestiegen ist, können die Hebammenverbände zuversichtlich sein, dass das Engagement der außerklinisch tätigen Hebammen weiter zunehmen wird.
- Die Ergebnisse, die aus den Erhebungen zu erhalten sind, dienen als Grundlage für einen interdisziplinären Dialog sowie für den Austausch innerhalb des Berufstandes der Hebammen. Ziel sollte hierbei sein, hebammenspezifische Qualitäten herauszuarbeiten, um sie Nicht-Hebammen vermitteln zu können. Durch Präsentationen der Ergebnisse, insbesondere vor Interessierten aus der Frauenheilkunde, wurde in der letzten Zeit zunehmend Interesse geweckt. Neben den jetzigen Parametern sollten vor allem Qualitätsmerkmale aus dem psycho-sozialen Bereich (d. h. Themen wie das Gespür der Frau sowie der Hebamme, die Lebenserfahrungen und die Intuition) erarbeitet und erforscht werden. Bei einer Auseinandersetzung mit den in der Geburtshilfe tätigen Berufsgruppen wird es dazu kommen, die verwendete Sprache und die damit verbundene Denkweise auch in der vorwiegend männlich besetzten Geburtsmedizin neu zu überdenken und Geburtshilfe als weiblich orientiert zu begreifen.

Anhang Teil I

Entstehungsgeschichte des Verfahrens zur Auswertung der außerklinischen Geburten

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es Bemühungen von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten sowie Vertreterinnen des Netzwerks für Geburtshäuser in Europa, ein bundesweit einheitliches Dokumentationsverfahren für außerklinische Geburten zu entwickeln, um erhobene Daten unter gemeinsamen Gesichtspunkten auswerten zu können.

Die Hebammenverbände BDH (Bund Deutscher Hebammen e.V.) und BfHD (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.) haben die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ (QUAG e.V.) gemeinsam gegründet und von 1996 bis 1998 mit zwei Vorlaufstudien die Voraussetzungen für die Dauererhebung von Daten außerklinischer Geburten geschaffen.

Organisation des Verfahrens „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe“

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.)

Die QUAG e.V. (siehe auch Verfahrensaufbau weiter unten) regt in den Hebammenverbänden zur Teilnahme an der Dokumentation an und ist Sammelstelle für alle Anfragen. Sie leistet Verwaltungsarbeit, ist Koordinationsstelle für die weitere Erhebungen, leistet Öffentlichkeitsarbeit, nimmt aktiv an der Diskussion um außerklinische Geburten teil und verwendet als Argumentationshilfe die Ergebnisse der Erhebung.

QUAG e.V. verfolgt dabei das Ziel, die Diskussion um die außerklinische Geburtshilfe zu versachlichen und ein bisher von einer kleinen Gruppe von Frauen nachgefragtes Angebot (das der außerklinischen Geburtshilfe) sichtbarer in der Gesellschaft zu etablieren. Weiter sollen die Ergebnisse der Erhebung einen Beitrag zu einer angemessenen Aufklärung und Information der Öffentlichkeit leisten und in einer sachlichen Art und Weise, die Vor- und die Nachteile unterschiedlicher Geburtsorte beleuchten.

Darüber hinaus soll die hebammenspezifische Qualität der geleisteten Geburtshilfe herausgearbeitet werden, die mit dem Ansatz „low tech and high touch“ charakterisiert werden kann. Auf der Basis gesicherter Daten soll ein interdisziplinärer Dialog über eine effektive medizinische Versorgung angeregt werden. Dabei sind sowohl die psychosozialen als auch die medizinischen Attribute der Versorgung von großem Interesse für die allgemeine Weiterentwicklung einer frauenfreundlichen Geburtshilfe.

Ablauforganisation

Die Organisation und der Ablauf der bundesweit einheitlichen Erhebung ist auf der folgenden Seite dargestellt.

Die QUAG e.V. stimmt gemeinsam mit den beauftragten Hebammen der Länder (= Landeskoordinatorinnen/LK) die anstehenden Fragen zum Ablauf der Auswertung ab und bezieht sie eng in Entscheidungen ein, die auf Bundesebene und für die Öffentlichkeitsarbeit getroffen werden müssen. Die Landeskoordinatorinnen sind die vermittelnde Instanz zwischen dem Auswertungsinstitut, den an der Erhebung teilnehmenden Hebammen und Geburtshäusern und der QUAG e.V. Sie senden auf Anfrage Dokumentationsbelege an die Hebammen, verteilen Institutionsnummern, sammeln ausgefüllte Belege, senden sie zur Auswertung weiter, geben fehlerhafte Belege zur Korrektur an die Hebamme zurück und betreuen die Hebammen und Geburtshäuser bei Anfragen zum Verfahren.

Das von QUAG e.V. beauftragte Auswertungsinstitut (z. Zt. Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen = ZQ in Hannover) leistet neben der Datenverarbeitung (Erfassung, Plausibilitätsprüfung, Korrekturverfahren und Auswertung) auch die methodische-wissenschaftliche Betreuung. Die Datenhoheit liegt bei den Hebammenverbänden.

Um ständig auf den Ablauf des Verfahrens reagieren zu können, hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die das Qualitätsmanagementverfahren begleitet und ggf. modifiziert. Von dieser AG wird u. a. der Dokumentationsbeleg, ein Glossar, ein Auswertungskonzept und Plausibilitätsrichtlinien erstellt und regelmäßig überarbeitet.

Jede teilnehmende Hebamme und jedes teilnehmende Geburtshaus erhält die Gesamtergebnisse der Auswertung. Zeitgleich mit dieser Arbeit wird den Geburtshäusern und den Landeshebammenverbänden eine Einzelauswertung ihrer Institution oder ihres Bundeslandes zur Verfügung gestellt.

Damit verbunden haben die Hebammenverbände in den Bundesländern regionale Treffen angeregt (Qualitätszirkel), die regelmäßig stattfinden sollen. Ein Qualitätszirkel ist ein Zusammenschluss von Expertinnen, die in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln in bezug auf ein gewähltes Thema kritisch unter die Lupe nehmen, entsprechende Verbesserungsvorschläge diskutieren und versuchen, ihr Verhalten ggf. zu verändern. Wesentliche Prinzipien der Arbeit sind Kontinuität, Zielgerichtetheit, Systematik und Erfahrungsbezug. Hier spielt der Austausch über die Arbeit die wichtigste Rolle. Zentrales Thema bei diesen Treffen werden die Ergebnisse der Erhebung sein und damit verbunden die Qualitätsverbesserung bzw. Qualitätssicherung bei Haus- und Geburtshausgeburten. So sieht sich QUAG e.V. als die Informationsplattform der Zukunft zum Thema außerklinische Geburten. Die Hebammen geben Daten hinein, erhalten aber auch Daten zur Argumentation und zur Reflexion der eigenen Arbeit.

Veröffentlichung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Nutzen für die Öffentlichkeit

Die Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse erfolgt auf folgenden Wegen:

- Erstellung eines Datenbandes über die außerklinischen Geburten innerhalb eines Jahres im jeweils folgenden Kalenderjahr.
- Verteilung des Datenbandes an Ministerien, Krankenkassen, Familien, Hebammen, Geburtshäuser, Ärzte und andere Institutionen.

Der wissenschaftliche Beirat, welcher sich im Frühjahr 2002 konstituiert hat, trägt ebenfalls zu Veröffentlichungen bzw. Öffentlichkeitsarbeit bei. Drei der sechs Ziele von QUAG e.V. (Ziele und Thesen siehe auch Seite 8), nämlich Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur, differenzierte Entscheidung für eine außerklinische Geburt durch Schwangere und Hebamme sowie die situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung, werden die Grundlage der gemeinsamen Arbeit sein. Die anderen drei Ziele sind für die Beiratsmitglieder nicht mit unbedingter Zustimmung verbunden und werden deshalb in der weiteren Zusammenarbeit außen vorgelassen. Insgesamt einigten sich die Vertreterinnen von QUAG e.V. und die Beiratsmitglieder auf folgende Punkte:

- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit (Schnittstellenprobleme bearbeiten)
- Vermittlung der Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit und gesellschaftliche Öffentlichkeitsarbeit
- Qualität der Dokumentation und Weiterführung der Bestandsaufnahme
- Erarbeitung eines Risikokatalogs (Gefahrensituationen, die sich aus der Erhebung heraus gezeigt haben) und daraus ableitend Empfehlungen für die außerklinische Geburtshilfe entwickeln

Gegenüberstellungen der Daten der Perinatalerhebung der Kliniken und von QUAG e.V. auf Länderebene (z.B. Hessen, Niedersachsen) mit dem Ziel, die Perinataalkommissionen aller Länder für diese Arbeit zu gewinnen.

- Vorträge auf Kongressen und beruflichen Fortbildungen.
- Vergleich von Daten mit angeglichenen Kollektiven aus der Perinatalerhebung auf Länderebene. Darstellung auf den Internetseiten der Berufsverbände ist auf den Seiten der Berufsverbände zu finden neben einer eigenen Internetseite von QUAG e. V.

Die Öffentlichkeit profitiert von dieser Arbeit in mehrerer Hinsicht:

Mit Hilfe der Veröffentlichung versachlichen die Hebammenverbände die Diskussion um außerklinische Geburten und etablieren ein von Frauen erfragtes Angebot nachhaltig und in guter Qualität.

Mit der Veröffentlichung können sich Eltern besser ein Bild von den Abläufen bei außerklinischen Geburten machen und erhalten mit dieser eine Entscheidungsgrundlage. Mit Hilfe der Zahlen und mit der Nennung von nachweislichen Vor- und Nachteilen möchten die Hebammenverbände die Beratung der Schwangeren zu diesem Thema mit sachlichen Informationen bereichern, denn eine optimale Aufklärung in der Schwangerschaft über die verschiedenen Geburtsorte ermöglicht eine optimale Betreuung unter der Geburt und eine Steigerung des Wohlbefindens bei der Schwangeren und Gebärenden.

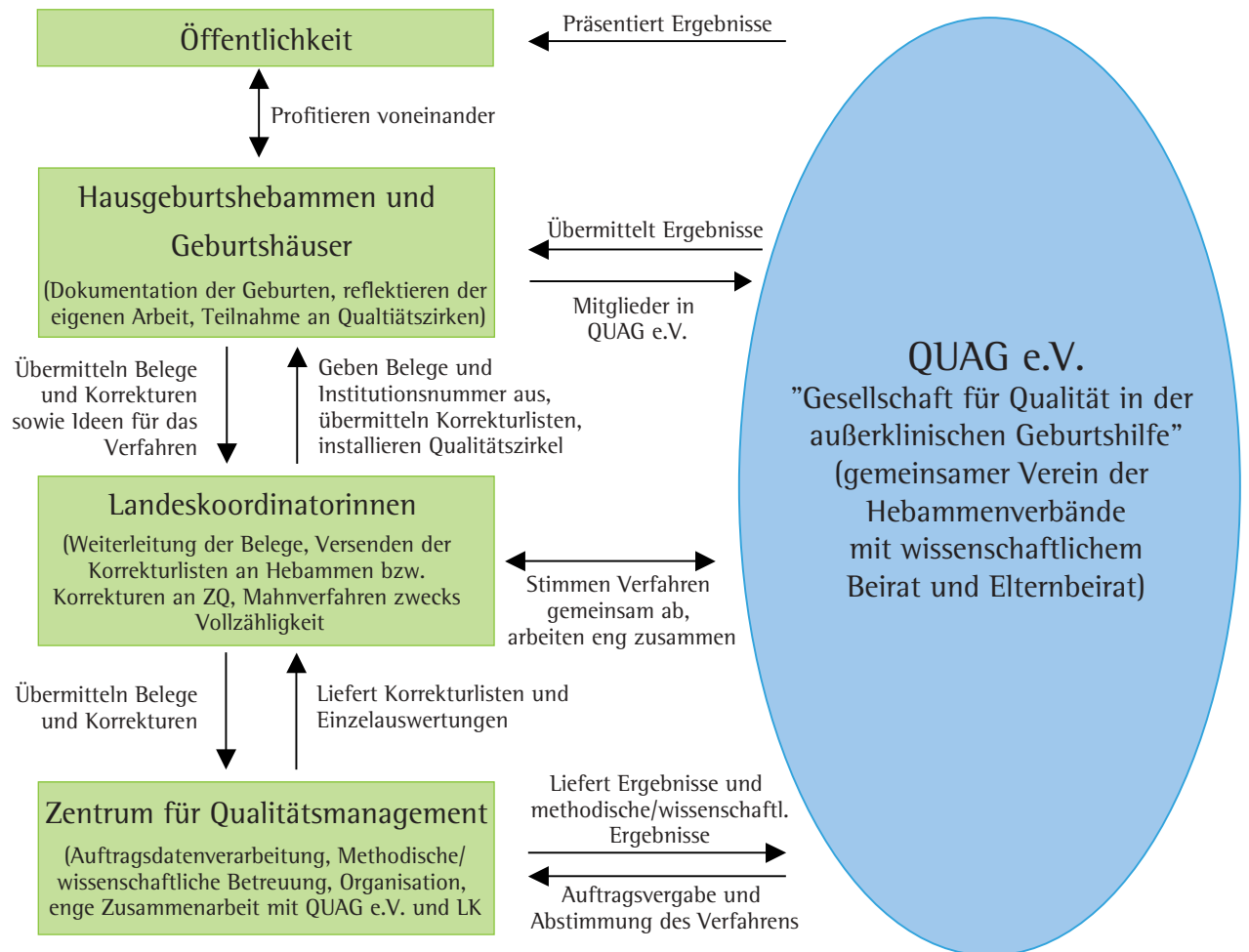
Das Einbeziehen von Eltern in den Beirat ist wichtige Zukunftsarbeit. Die Eltern sollen als Ziel ernst genommen und in die Arbeit eingebunden werden, damit der Blickwinkel, die Sprache und die Außenwirkung von Hebammen entsprechend überdacht und ggf. geändert werden kann. Um den eher inhaltlich wissenschaftlich arbeitenden Beirat nicht zu überfrachten, wird es daher parallel den Aufbau eines Elternbeirates geben.

Des weiteren sollen die Ergebnisse darstellen, dass bei einer guten Schwangerschaftsbetreuung und bei einer guten Planung der außerklinischen Geburt keine erhöhten Risiken für Mutter und Kind bestehen. Ein Hilfsmittel ist die Schrift der Hebammenverbände „Hebammengeleitete Geburtshilfe – Kriterien für die Auswahl des Geburtsortes“.

Den Krankenkassen können diese Zahlen zeigen, dass es für physiologische Geburten eine Alternative zur Klinikgeburt gibt. Im Rahmen der ambulanten Betreuungsformen und der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen wird seit Mitte der 90er Jahre von den Krankenkassen auch die Betreuung der Gebärenden näher betrachtet und hinterfragt, ob wirklich alle Möglichkeiten der Kostensenkung ausgeschöpft sind. Eine vergleichende Untersuchung (durch das „Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland“) hat die kostengünstigere Hebammenbetreuung deutlich gemacht. Förderung des Gesunden und Normalen in Schwangerschaft und Geburt ist dabei ein wichtiges Anliegen der Hebammen. Damit sollen weder die Errungenschaften in der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe in Frage gestellt noch eine Kostensenkung auf Kosten der Qualität angestrebt werden. Vielmehr soll die Qualität der psychosozialen Betreuung einer Schwangeren und Gebärenden die ihr zukommende Bedeutung beigemessen werden – die Kostensenkung für das Gesundheitswesen ist bei einer außerklinischen Geburt nur ein positiver Nebeneffekt.

Den Hebammen wird mit dieser Art der Qualitätssicherung und den daraus resultierenden Ergebnissen ihr hohes Maß an Verantwortung und an guter Betreuung verdeutlicht. Die Daten dienen der Reflexion der täglichen Arbeit der Hebammen, sie können mit diesen Daten Schwachstellen ausschalten und Sicherheit für ihre tägliche Arbeit gewinnen. Diese Sicherheit können sie dann wieder bei der Betreuung von Mutter und Kind einbringen.

Ablauforganisation



Zur Frage der Vollständigkeit

Da amtliche statistische Referenzzahlen über Geburten außerhalb von Krankenhäusern seit 1982 nicht mehr vorliegen, ergibt sich die Schätzung der Vollständigkeit der vorliegenden Daten aus folgender Rechnung: Gesamtzahl der Geburten minus der in den Kliniken erfolgten Geburten⁷ (siehe Tabelle im Anhang (S.???)).

Im Rahmen des Qualitätsmanagement-Projektes ist das angestrebte, langfristige Ziel die vollzählige Erfassung der Grundgesamtheit, um ein Abbild der tatsächlichen Verhältnisse zu schaffen.

Aus verschiedenen Gründen ist es nicht möglich, eine endgültige Aussage über die Größe der Grundgesamtheit zu treffen. Die Gründe sind folgende:

Es gibt in Deutschland ca. 15.000 Hebammen, von denen der größte Anteil angestellte Hebammen in Kliniken sind. Davon sind zur Zeit rund 14.000 im BDH und rund 800 im BfHD organisiert. Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband ist keine Pflicht. Zur Zeit gibt es keine zuverlässigen Zahlen über Berufsausübung von Hebammen die Hausgeburtshilfe leisten oder wie viele Hebammen derzeit in Geburtshäusern arbeiten oder dort angestellt sind.

Die Hebammen in Deutschland sind gemäß ihrer Berufsordnung zwar verpflichtet, sich mit ihrer freiberuflichen Arbeit beim Gesundheitsamt oder dem Amtsarzt ihres Wohnkreises zu melden, aber die Vollzähligkeit ist nicht nachprüfbar.

So gelingt es auch über statistische Bundeserhebungen nicht, korrekte Angaben zu finden, weil Freiberuflichkeit bei Hebammen vom statistischen Bundesamt seit 1987 nicht mehr aufgeführt wird. Die rechtliche Grundlage für diese Zählung fehlte mit dem Wegfall der Niederlassungserlaubnis. Ein Konzept für einen besseren Informationsfluss zwischen Hebammen und Amtsarzt/Amtsärztin steht noch aus.

Auf der Grundlage des Hebammengesetzes und der Berufsordnungen der Länder, in denen Hebammen zur Dokumentation ihrer Arbeit verpflichtet sind, hat sich die Möglichkeit der Erfassung der außerklinischen Geburten ergeben. Ein gangbarer Weg, die außerklinischen Geburten vollständig zu erheben, ist es, die Qualitätssicherung in diesem Bereich als Pflicht in die Berufsordnungen der Länder aufzunehmen (wie bereits in einigen Bundesländern geschehen).

Eine Chance, die tatsächlich stattgefundenen Geburten außerhalb einer Klinik zu erhalten, liegt eventuell bei den Standesämtern, die momentan zwar bei der Geburtenmeldung die Information über den tatsächlichen Geburtsort aufnehmen, diese dann aber später im Rahmen des Datenschutzes wieder löschen. Wenn die genannten Angaben in Zukunft kategorisiert erfasst und weitergegeben werden könnten, ergäben sie eine korrekte Zahl der außerklinischen Geburten.

⁷ Siehe dazu die Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes

Für 2000 bedeutet die Differenz zwischen Klinikgeburten und allen Geburten in Deutschland von 10.565 Geburten, dass die Hebammenverbände mit 8.778 dokumentierten Fällen in außerklinischer Geburtshilfe (inkl. der in eine Klinik weitergeleiteter Geburten) und mit 7.639 tatsächlich stattgefundenen außerklinischen Geburten ca. 72 % aller außerklinisch erfolgten Geburten erfasst haben. Die fehlenden Zahlen im Jahr 2001 zu den Geburtenzahlen in deutschen Krankenhäusern lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht vor.

Sie werden vom Statistischen Bundesamt immer erst am Ende eines jeden Jahres veröffentlicht und erscheinen daher erst im nächsten Datenband der vorliegenden Erhebung.

Es lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der Beteiligung von Hebammen an der Erhebung erkennen. Hebammen gehen diesen Weg der Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe mit und es vollzieht sich eine stete Annäherung an die vollständige Erhebung.

Ungeplante außerklinische Geburten ohne Hebammenbeteiligung, die bspw. während der Geburt oder nach der Geburt mit einem Rettungswagen in eine Klinik verlegt werden, werden hier nicht erfasst. Schätzungsweise liegt diese Zahl auf ca. 500 Geburten bundesweit.

Die Hebammen und Geburtshäuser, die bisher an der Datenerhebung teilnehmen, lieferten vollständig ausgefüllte Bögen. Die Vollständigkeit wurde an Hand der laufenden Geburtennummern überprüft. Fehlerhaft ausgefüllte Bögen gingen zur Korrektur an die außerklinischen Einrichtungen zurück. Die Anzahl der fehlenden Angaben hat sich weiter gesenkt und das Verfahren wurde sehr gut angenommen.

Anhang Teil II

Ausgesuchte Daten des Jahres 2001

Beteiligte Einrichtungen

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Beteiligte Einrichtung

		Prozent
Hebamme	4529	47,8
Geburtshaus	4082	43,1
and. außerkl. Inst.	685	7,2
Arzt/Ärztin	169	1,8
Gesamt	9465	100,0

Anzahl Hebammengeburt

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Außerklinische Institutionen

	Häufigkeit	Prozent
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1450	15,3
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2602	27,5
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	477	5,0
Geburtshaus	4082	43,1
and. außerkl. Einr.	685	7,2
Arzt/Ärztin	169	1,8
Gesamt	9465	100,0

Alter mit Parität
(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Alter der Gebärenden * Parität

Alter der Gebärenden		Parität				Gesamt
		Erstgebärende	Zweitgebärende	Drittgebärende und mehr	Angabe fehlt	
bis 17 J.	Anzahl	20				20
	Gesamt-%	,2%				,2%
18 - 34 J.	Anzahl	2730	2619	1214	2	6565
	Gesamt-%	28,8%	27,7%	12,8%	,0%	69,4%
35 - 39 J.	Anzahl	584	914	924		2422
	Gesamt-%	6,2%	9,7%	9,8%		25,6%
über 39 J.	Anzahl	81	135	238		454
	Gesamt-%	,9%	1,4%	2,5%		4,8%
Angabe fehlt	Anzahl	2	1	1		4
	Gesamt-%	,0%	,0%	,0%		,0%
Gesamt	Anzahl	3417	3669	2377	2	9465
	Gesamt-%	36,1%	38,8%	25,1%	,0%	100,0%

Zeitpunkt des Hebammenerstkontaktes
(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Hebammenerstkontakt in SSW

	Häufigkeit	Prozent
bis 8. SSW	730	7,7
9.-12. SSW	1148	12,1
13.-16. SSW	1246	13,2
17.-20. SSW	1705	18,0
21.-24. SSW	1338	14,1
25.-28. SSW	1471	15,5
29.-32. SSW	1096	11,6
nach 32. SSW	722	7,6
Angabe fehlt	9	,1
Gesamt	9465	100,0

Vorkommen von anamnestischen und / oder befundeten Risiken

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dokumentiert	4268	45,1
nur anamnestische Risiken	4177	44,1
nur befundene Risiken	380	4,0
anamnestische und befundene Risiken	640	6,8
Gesamt	9465	100,0

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
A01 Fam. Belastung	8608	90,9%	857	9,1%
A02 Anamn. Erkrankung	8870	93,7%	595	6,3%
A03 Blutung,Thrombose	9386	99,2%	79	,8%
A04 Allergie	7945	83,9%	1520	16,0%
A05 Frühere Bluttransfusionen	9401	99,3%	64	,7%
A06 Bes. psych. Belastung	9172	96,9%	293	3,1%
A07 Bes. soz. Belastung	9327	98,5%	138	1,5%
A08 Rhesus-Inkompatibilität.	9446	99,8%	19	,2%
A09 Diabetes mellitus	9450	99,8%	15	,2%
A10 Adipositas	9358	98,9%	107	1,1%
A11 Kleinwuchs	9457	99,9%	8	,1%
A12 Skelettanomalien	9344	98,7%	121	1,3%
A13 Schwangere <18 Jahre	9437	99,7%	28	,3%
A14 Schwangere >35 Jahre	7241	76,5%	2224	23,5%
A15 Vielgebärende	9349	98,8%	116	1,2%
A16 Zustand n. Steri.-behandlung	9408	99,4%	57	,6%
A17 Zustand n. Frühgeburt(<37 SSW)	9365	98,9%	100	1,1%
A18 Zustand n. Mangelgeburt	9430	99,6%	35	,4%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	9079	95,9%	386	4,1%
A20 Totesgeschäd. Kind in Anamnese	9296	98,2%	169	1,8%
A21 Komplik. vorausgeg. Entbind.	9206	97,3%	259	2,7%
A22 Komplikationen post partum	9375	99,0%	90	1,0%
A23 Zustand nach Sectio	9144	96,6%	321	3,4%
A24 Zustand n. and. Uterus-Operationen	9370	99,0%	95	1,0%
A25 Rasche SS-Folge (< 1 Jahr)	9259	97,8%	206	2,2%
A26 And. Besonderheiten (anamn.)	9261	97,8%	204	2,2%
A54 Zustand nach HELLP	9460	99,9%	5	,1%
A55 Zustand nach Eklampsie	9464	100,0%	1	,0%
A56 Zustand nach Hypertonie	9458	99,9%	7	,1%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B

	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
B27 Behndl. Allgemeinerkrankungen	9430	99,6%	35	,4%
B28 Dauermedikation	9438	99,7%	27	,3%
B29 Abusus	9406	99,4%	59	,6%
B30 Bes. psych. Belastung	9404	99,4%	61	,6%
B31 Bes. soz. Belastung	9438	99,7%	27	,3%
B32 Blutungen < 28 SSW	9380	99,1%	85	,9%
B33 Blutungen > 28 SSW	9459	99,9%	6	,1%
B34 Placenta praevia	9460	99,9%	5	,1%
B35 Mehrlings-Schwangerschaft	9464	100,0%	1	,0%
B36 Hydramnion	9454	99,9%	11	,1%
B37 Oligohydramnie	9458	99,9%	7	,1%
B38 Terminunklarheit	9393	99,2%	72	,8%
B39 Placenta-Insuffizienz	9447	99,8%	18	,2%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	9403	99,3%	62	,7%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	9271	98,0%	194	2,0%
B42 Anämie	9421	99,5%	44	,5%
B43 Harnwegsinfektion	9436	99,7%	29	,3%
B44 Indirekter Coombstest positiv	9461	100,0%	4	,0%
B45 Risiko aus and. serolog. Befunden	9439	99,7%	26	,3%
B46 Hypertonie (> 140,90)	9437	99,7%	28	,3%
B47 Eiweißausscheidung >1 Promille	9463	100,0%	2	,0%
B48 Mittelgr.-schwere Ödeme	9430	99,6%	35	,4%
B49 Hypotonie	9461	100,0%	4	,0%
B50 Gestationsdiabetes	9435	99,7%	30	,3%
B51 Lageanomalie	9452	99,9%	13	,1%
B52 And.Besonderheiten	9361	98,9%	104	1,1%
B53 Hyperemesis	9454	99,9%	11	,1%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Beendigung und Verlegung der Geburt

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Beendigung und Verlegung der Geburt

	Häufigkeit	Prozent
Auflerkl. Geburt ohne s.p. Verlegung	8248	87,1
Auflerkl. Geburt nach s.p. Verlegung	4	,0
Klinikgeburt nach Verlegung	1213	12,8
Gesamt	9465	100,0

Gefahrenre Kilometer zur Klinik

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Gefahrenre Kilometer zur Klinik

	Häufigkeit	Prozent
bis 10 km	828	68,3
11 bis 20 km	212	17,5
21 bis 30 km	80	6,6
31 bis 40 km	22	1,8
mehr als 40 km	23	1,9
Angabe fehlt	48	4,0
Gesamt	1213	100,0

Zeit zwischen Transportbeginn und Übergabe

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Transportbeginn bis Übergabe in Klinik

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	5	,4
bis 15 Min.	612	50,5
16 bis 30 Min.	418	34,5
31 bis 60 Min.	154	12,7
1 bis 2 Std.	10	,8
> 2 Std.	14	1,2
Gesamt	1213	100,0

Anzahl Geburtsrisiken

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Geburtsrisiken: Anzahl

	Häufigkeit	Prozent
keine	4624	48,9
ein	3309	35,0
zwei	1148	12,1
drei und mehr	384	4,1
Gesamt	9465	100,0

Geburtsmodus

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Geburtsmodus

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	12	,1
Spontan	8874	93,8
vaginal-operativ	197	2,1
Sectio	382	4,0
Gesamt	9465	100,0

Kinderarzt / kinderärztlichen Notdienst gerufen

(vorne als Grafik nur mit Prozentangaben)

Kinderarzt/Ärztlicher Notdienst gerufen

	Häufigkeit	Prozent
nein	8127	98,5
ja	115	1,4
Angabe fehlt	10	,1
Gesamt	8252	100,0

In Deutschland geborene Kinder

Jahr	Geborene Kinder in Deutschland	Davon in Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3 (Annahme: nicht erfasste Klinikgeburten sind außerklinische Geburten)	tatsächlich außerklinisch geborenen Kinder	Insgesamt erfasste außerklinische Geburtshilfe (inkl. Verlegungen, die Zahl der verlegten Frauen befinden sich auch in der Krankenhausstatistik Spalte 3)
1999	773.862	763.669	10.193 = 1,32 %	7.454 = 73,1 %	8.556 = 83,9 %
2000	770.053	759.488	10.565 = 1,37 %	7.629 = 72,2 %	8.778 = 83,1 %

(Quelle für Spalte 2 und 3: Statistisches Bundesamt, Quelle für Spalte 5 und 6: Datenerhebung QUAG e.V., die Zahlen für 2001 aus dem statistischen Bundesamt lagen bei Drucklegung noch nicht vor)



Anforderungsschein

Hiermit bestelle ich gegen 5,- EUR Unkostenbeitrag für Druck- und Portokosten den kompletten Tabellensatz von Frage 1 bis Frage 58 des Erhebungsbogens im Vergleich der Jahre 1999 bis 2001 (insgesamt 68 Seiten).

Bitte in Druckschrift ausfüllen:

Name

Straße

PLZ

Ort

oder per Post an:

Geschäftsstelle QUAG e.V. (c/o Wiemer)
Elisabethenstraße 1
63579 FREIGERICHT

Per Fax an:

QUAG e.V.
0 60 55 / 57 81