

# **Qualitätsbericht 2002**

**Außerklinische  
Geburtshilfe in  
Deutschland**

**Im Auftrag der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“**



# INHALT

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Der Dokumentationsbogen</b>	<b>5</b>
<b>1.2</b>	<b>Datenbasis und beteiligte Einrichtungen unter Berücksichtigung der Vorjahresdaten</b>	<b>8</b>
<b>1.3</b>	<b>Ziele und Thesen der Verbände</b>	<b>8</b>
<b>1.4</b>	<b>Erfasste Geburten</b>	<b>9</b>
<b>1.5</b>	<b>Beteiligte Hebammen und Einrichtungen</b>	<b>9</b>
<b>1.6</b>	<b>Datenbasis im Überblick</b>	<b>13</b>
1.6.1	Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	14
1.6.2	Alter und Geburtenrang der Frauen	18
1.6.3	Information und Motivation der Frauen	19
1.6.4	Motivation der Frau in Abhängigkeit von der beteiligten Einrichtung	21
1.6.5	Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots	22
<b>2</b>	<b>AUSWERTUNG DER IN DER SCHWANGERSCHAFT, BEI DER GEBURT UND IM WOCHENBETT GELEISTETEN HILFE</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Schwangerschaft</b>	<b>27</b>
2.1.1	Beratungen und Untersuchungen	27
2.1.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	31
2.1.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft	35
<b>2.2</b>	<b>Geburt</b>	<b>39</b>
2.2.1	Geburtsort wie geplant?	39
2.2.2	Hebammenbetreuung	42
2.2.2.1	Zeitintervall vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme	43
2.2.2.2	Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes)	45
2.2.3	Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung	46
2.2.4	Verlegungen während der Geburt	49
2.2.4.1	Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall	50
2.2.4.2	Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik	51
2.2.4.3	Restliche Geburtsdauer nach Verlegung	55
2.2.5	Betreuungskontinuität nach der Verlegung	58

2.2.6	Dokumentierte Geburtsrisiken	59
2.2.6.1	Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung	65
2.2.6.2	Befunde und Risiken als Weichenstellung für eine außerklinische Geburt	68
2.2.7	Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt	70
2.2.8	Daten zur Geburt allgemein	74
2.2.9	Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und -verletzungen, differenziert nach Geburtsort	77
2.2.10	Begleitende Maßnahmen	83
<b>2.3</b>	<b>Nach der Geburt des Kindes</b>	87
2.3.1	Postpartale Verlegungen von Müttern und Kindern allgemein	87
2.3.1.1	Postpartale Verlegungen der Mütter	87
2.3.1.2	Postpartale Verlegungen der Kinder	89
2.3.2	Die Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen	91
2.3.2.1	Outcome	94
2.3.2.2	Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal	98
<b>2.4</b>	<b>Kurzdarstellung der Geminigeburten</b>	101
<b>3</b>	<b>ABSCHLIEßENDE DISKUSSION</b>	103
<b>3.1</b>	<b>Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen</b>	103
<b>3.2</b>	<b>Die Ergebnisse auf der Grundlage der Qualitätsziele der Hebammenverbände</b>	105
<b>ANHANG TEIL I</b>		
<b>ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DES VERFAHRENS ZUR AUSWERTUNG DER AUßERKLINISCHEN GEBURTEN</b>		110
<b>ANHANG TEIL II</b>		
<b>AUSGEWÄHLTE DATEN ALS TABELLEN</b>		117

# 1 Einleitung

Zum vierten Mal<sup>1</sup> werden die Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Geburtshäusern, in anderen außerklinischen Institutionen<sup>2</sup> und in Arztpraxen vorgestellt. Nach diesem einleitenden Kapitel mit Informationen zur Struktur der Daten in Gegenüberstellung zu den Vorjahresergebnissen werden im Hauptteil die Ergebnisse zu Schwangerschaft, Geburt und zur Zeit danach dargestellt und mit den Daten aus dem Jahr 2001 verglichen. Im letzten Kapitel ist die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung kurz zusammengefasst.

In die aktuelle Erhebung sind insgesamt 9.412 Geburten eingegangen. Dies bedeutet einen leichter Rückgang zu den Zahlen von 2001 (mit 9.483 dokumentierten Geburten), um genau 71 ausgefüllte Dokumentationsbögen. An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2002 genau 600 Einrichtungen, im Jahr 2001 waren es insgesamt 586 Einrichtungen. Die Untersuchung stellt ein weiteres umfangreiches Zahlenmaterial außerklinischer Geburten dar. 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 2001 knapp über 82%. Vorausgesetzt die Gesamtgeburtenszahl in Deutschland und der Anteil an klinischen Geburten sind mit den Vorjahreszahlen vergleichbar<sup>3</sup>, 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 werden.

## 1.1 Der Dokumentationsbogen

Der auf der nächsten Seite abgebildete Erhebungsbogen, der mit seinen Erläuterungen auf den folgenden Seiten wiedergegeben ist, fragt nicht nur fachliche sondern auch darüber hinausgehende Aspekte der außerklinischen Geburtshilfe ab.

---

<sup>1</sup> Die erste „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe – Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1999“ sowie der zweite „Qualitätsbericht 2000 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“ erschienen 2001 und der dritte Bericht (für das Jahr 2001) wurde 2002 veröffentlicht – alle Berichte erfolgten im Auftrag des Bundes Deutscher Hebammen e.V. und des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V.

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „andere außerklinische Institutionen“ sind Hebammenpraxen und hebammengeleitete Entbindungsheime zusammengefasst, die außerklinische Geburten in ihrer Einrichtung durchgeführt haben.

<sup>3</sup> Die entsprechenden Angaben zu den Geburtenszahlen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2002 lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vor. Sie werden immer erst am Ende des folgenden Jahres veröffentlicht.

# Dokumentationsbeleg für die außerklinische Geburtshilfe

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

Deckblatt verbleibt bei der Hebamme

Durchschlag bitte an die Landeskoordinatorin schicken

© Copyright BDH e.V. und BfHD e.V.

Bitte jede begonnene Geburt dokumentieren

18748

## 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 vorangeh. 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 Mangelgeburten
- 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 Herzöne (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/Stirnlage (652.4)
- 91 Tiefer Querstand (660.3)
- 92 Hoher Geradstand (652.5)
- 93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (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 Anecephalus (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 Lippenpalten (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 / Dammsrissen
- 105 Sonstiges

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, welcher der besonderen Situation sub- und postpartaler Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung trägt. Der aktuelle Erhebungsbogen und die dazugehörigen Risikokataloge sind auf den vorangegangenen 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 ihre Entscheidung zur außerklinischen 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 der Berufsgruppe der Hebammen
- 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 Aufforderungen 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 9.412 dokumentierte außerklinische Geburten – darunter 15 Zwillingsgeburten (2001: 9 Zwillingsgeburten) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten<sup>4</sup> in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt, werden diese 30 Geburten analog zur klinischen Perinatalerhebung aus der Gesamtmenge herausgenommen<sup>5</sup>. Neben anderen Besonderheiten der Ergebnisse werden die Geminigeburten nochmals unter Punkt 2.4 separat dargestellt. Somit beläuft sich die in den allgemeinen Berechnungen berücksichtigte Gesamtmenge auf 9.382 Geburten (2001: 9.465 Geburten).

## **1.5 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen**

**An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2001 folgende 600 Einrichtungen:**

- 520 Hebammen (im Jahr 2001: 504 Hebammen),
- 64 Geburtshäuser (2001: ebenfalls 64 Geburtshäuser),
- 15 andere außerklinische Institutionen (2001: 17 andere außerklinische Institutionen) und
- 1 Arztpraxis (2001: ebenfalls 1 Arztpraxis).

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 grundsätzlich unkommentiert.

---

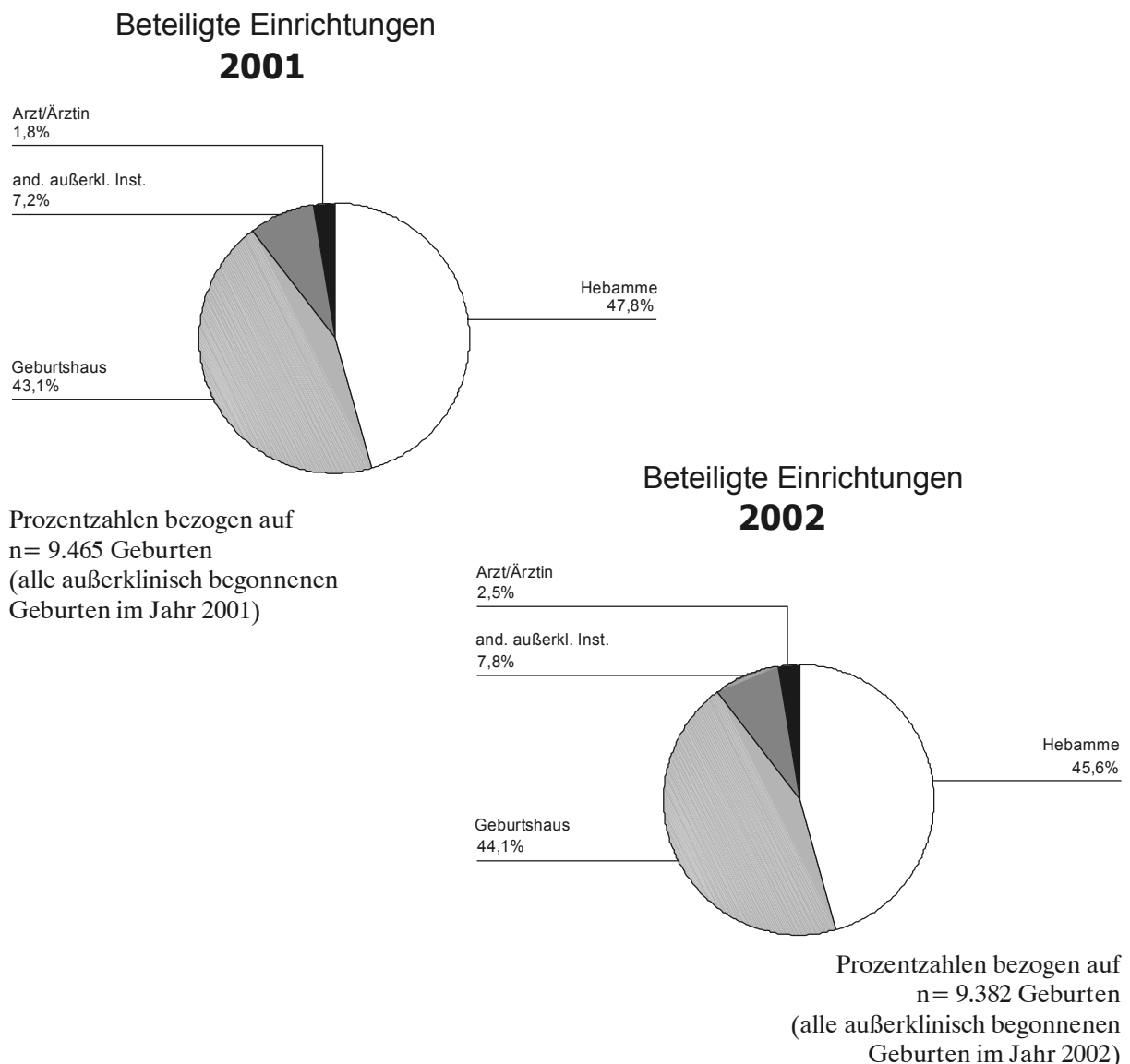
<sup>4</sup> Die vom Bund Deutscher Hebammen herausgegebenen Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes stellen klar, dass Frauen mit einer Mehrlingsschwangerschaft eine außerklinische Geburt nicht empfohlen werden kann (siehe Bund Deutscher Hebammen e.V.: Hebammengeleitete Geburtshilfe,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

<sup>5</sup> Somit tauchen die Mütter der Zwillinge nicht doppelt in den Abfragen auf.

Die 9.382 dokumentierten Geburten verteilten sich auf 4.275 Hausgeburten (45,6%), gefolgt von 4.139 Geburtshausgeburten (44,1%) und 730 Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (7,8%) und 238 Geburten in einer Arztpraxis (2,5%)<sup>6</sup>. Im Jahr 2001 waren es 4.529 Hausgeburten (47,8%), gefolgt von 4.082 Geburtshausgeburten (43,1%) und 685 Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (7,2%) und 169 Geburten in einer Arztpraxis (1,8%). Der Anteil der Hausgeburten in der Gesamtmenge ist gegenüber dem Vorjahr um 1,5% zurückgegangen, während die Geburtshausgeburten um 1% zugenommen haben. Auch die Geburten in anderen außerklinischen Institutionen sind zahlenmäßig wie prozentual gestiegen (um 0,6%).

Das prozentuale Verhältnis der beiden Jahre zeigt nochmals folgende Abbildung.

Abbildung 1  
Beteiligte Einrichtungen im Jahr 2001 und 2002



<sup>6</sup> Hier ist immer der Ort gemeint, an dem die Geburt begonnen hat.

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

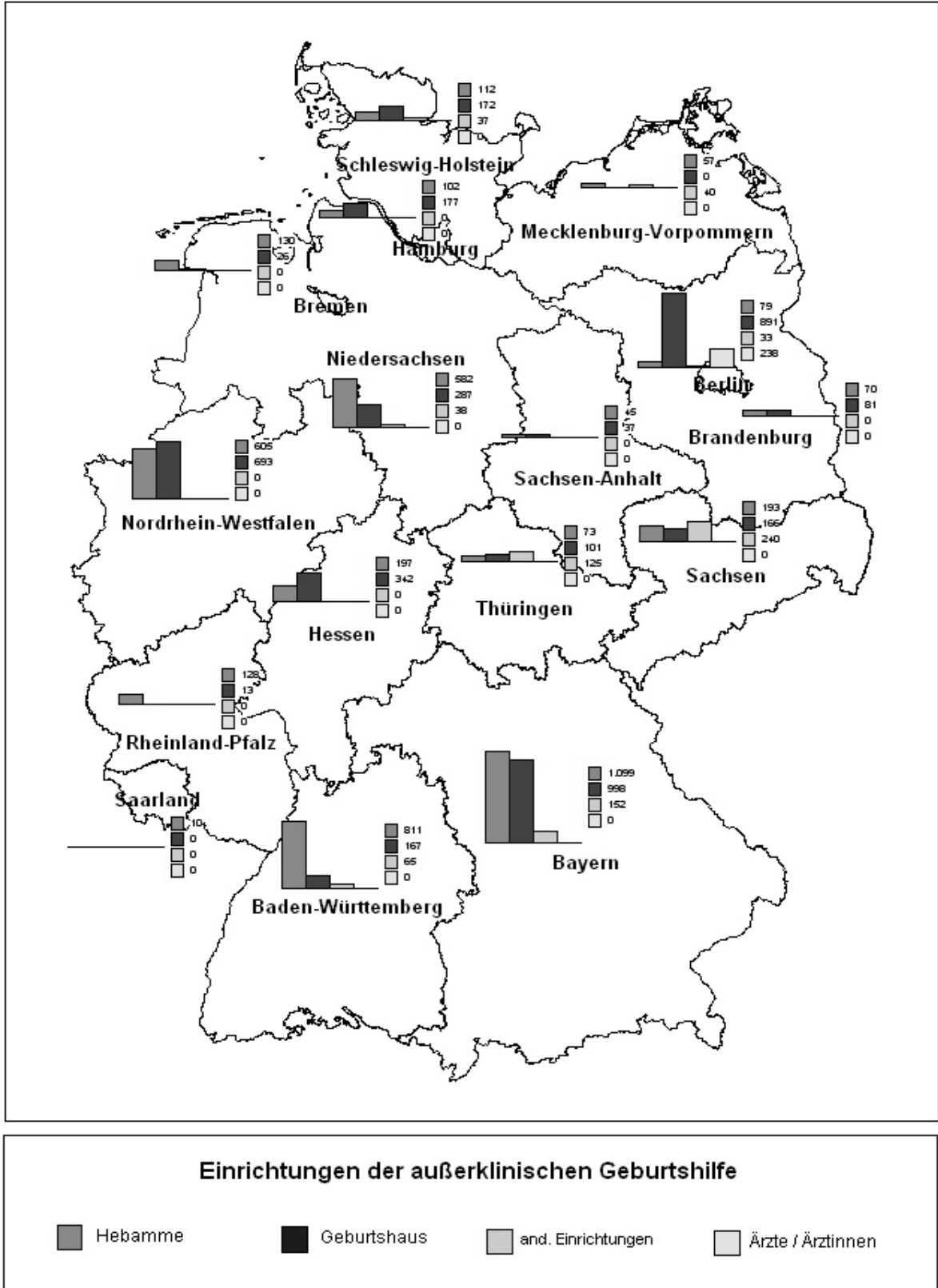
Diese Karte hat sich zum Vorjahr geringfügig verändert. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sowohl in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg als auch in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen (im Jahr 2001 waren es Hessen und Thüringen) der Anteil der dokumentierten Geburtshausgeburten zum Teil erheblich höher ist als der Anteil der Hausgeburten.

In allen anderen Bundesländern ist dagegen der Anteil der dokumentierten Hausgeburten höher als der Anteil an Geburtshausgeburten.

Allein in Sachsen liegen 2002 erstmals die Entbindungen in anderen außerklinischen Institutionen höher als in den anderen Einrichtungen. Diese Art der Geburt ist in nur sieben (2001: sechs) Bundesländern dokumentiert. Auffallend für diese Gruppe ist jedoch das Ausbleiben von dokumentierten Geburten im Bundesland Sachsen-Anhalt (keine Geburt) gegenüber dem Vorjahr (257 Geburten). Diese Verschiebung ist zum großen Teil auch darauf zurückzuführen, dass weniger Dokumentationsbögen rechtzeitig zur Auswertung eingetroffen sind.

Abbildung 2

Im Projekt „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe“ im Jahr 2002 erhobene Geburten, differenziert nach Einrichtung

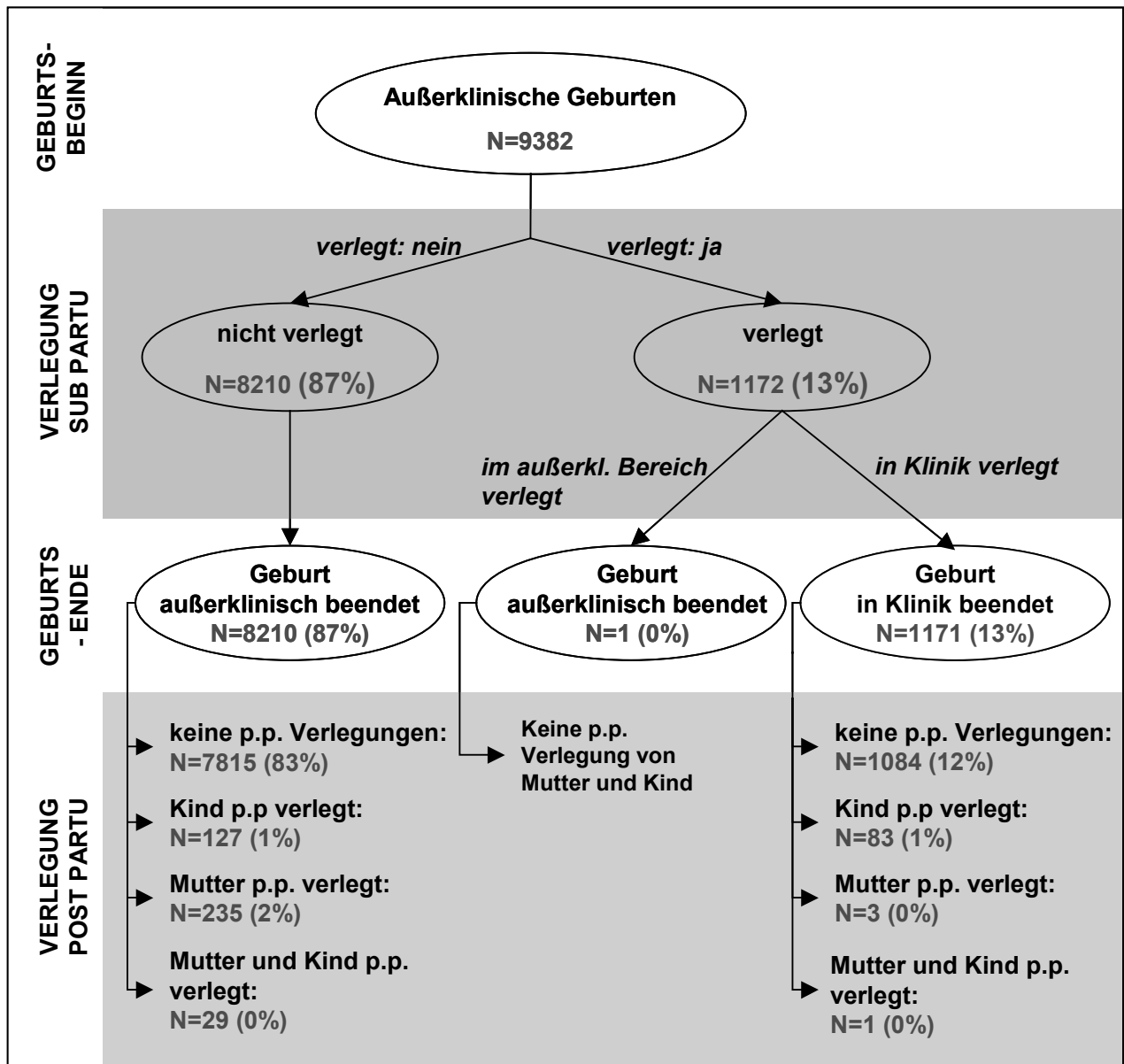


Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Geburten in den jeweiligen Institutionen im Jahr 2002

## 1.6 Datenbasis im Überblick

Einen Überblick über die im Jahr 2002 ausgewerteten Geburten und ihre in diesem Kommentar gewählte Differenzierung gibt die folgende Abbildung.

Abbildung 3  
Überblick über die ausgewerteten Geburten 2002

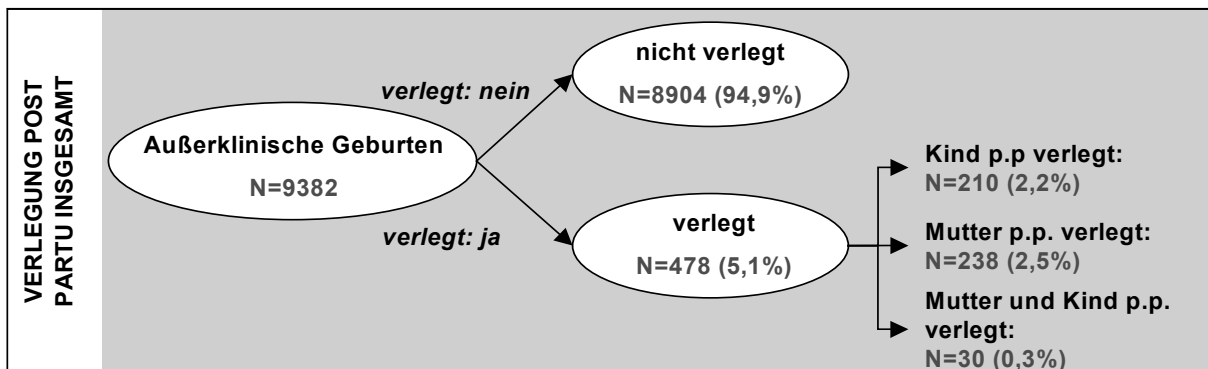


Die Gesamtmenge beläuft sich nach Abzug der Zwillingsgeburten auf 9.382 Geburten. Von diesen Geburten begannen und endeten 8.210 Entbindungen oder 87% aller Geburten an ein- und demselben Ort. In 1.172 Fällen oder 13% aller Geburten (bis auf eine Frau, die in eine andere außerklinische Institution verlegt wurde) kam es während der Geburt zu einer Verlegung in eine Klinik.

Der linke untere Bereich zeigt die postpartalen Verlegungen: Nach der Geburt wurde es nötig, 127 Kinder nach einer außerklinisch beendeten Geburt sowie 83 Kinder nach einer klinisch beendeten Geburt und 238 Mütter zu verlegen. In 30 zusätzlichen Fällen waren gleichzeitig bei Mutter und Kind Verlegungsgründe aufgetaucht. Im Vorjahr wurden nach der außerklinisch beendeten Geburt insgesamt 17 Kinder und 36 Mütter weniger verlegt. Bei den klinisch beendeten Geburten wurden insgesamt 11 Kinder mehr und 4 Mütter weniger verlegt. Prozentual gesehen sind die Ergebnisse vergleichbar mit den guten Vorjahresergebnissen.

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

Abbildung 4  
Gesamte postpartale Verlegungen



Insgesamt wurden nach allen außerklinischen Geburten 210 Kinder (2,2% im Gegensatz zu 2001 mit 2,3% aller Geburten), 238 Mütter (2,5% im Gegensatz zu 2001 mit 2,2% aller Geburten) und in 30 Fällen Mutter und Kind (0,3% aller Geburten im Gegensatz zu 2001 mit 0,2% aller Geburten) verlegt.

### 1.6.1 Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

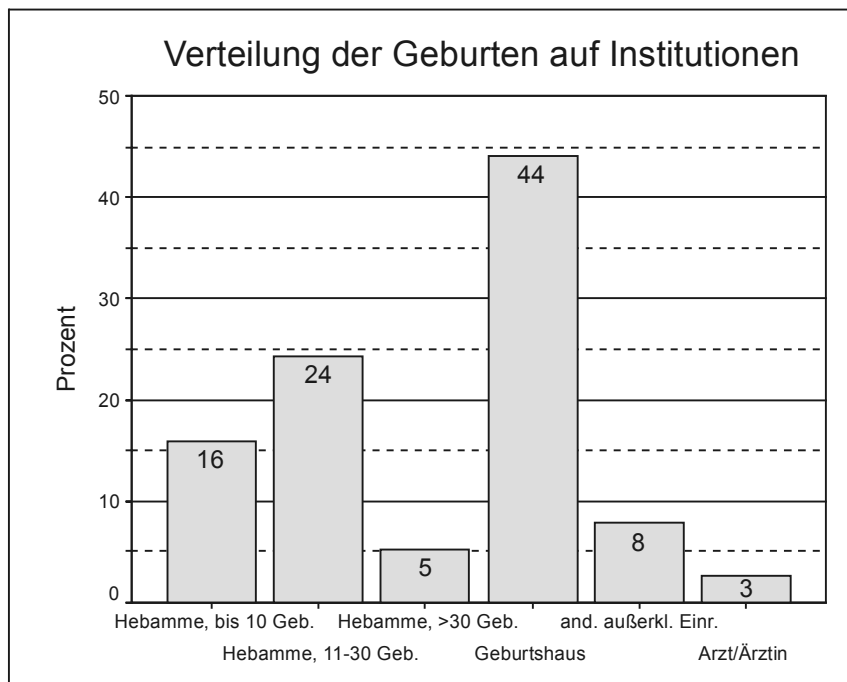
Um ein Bild darüber zu bekommen, wie sich innerhalb der beiden größten Gruppen (Gruppe der Hausgeburten und Gruppe der Geburtshausgeburten) die Anzahl der Geburten auf die Hebammen verteilen, wurden diese beiden Gruppen nochmals differenziert betrachtet.

## 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



Aufgerundete Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten  
(alle außerklinisch begonnenen Geburten)

**44% aller Geburten fanden im Geburtshaus statt.**

In dieser Grafik zeigen die ersten drei Säulen folgendes: Nur 5% aller Geburten wurden wie im Vorjahr 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.

Weniger Geburten als im Vorjahr wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben (24,3% im Jahr 2002 gegenüber 27,5% im Jahr 2001). Leicht ist die Menge der Geburten mit Hausgeburtshebammen gestiegen, die nur bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (von 15,3% im Jahr 2001 auf 15,9% im Jahr 2002). Es ist anzunehmen, dass diese Hebammen zusätzlich noch einer Klinik­tätigkeit als Beleghebamme nachgehen, ihren Beruf als Nebentätigkeit ausüben oder aber Frauen und Kinder in größerer Zahl in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuen. Gleichzeitig muss bei der Betrachtung berücksichtigt werden, dass manche Hebammen, die sich erstmals zur Dokumentation entschließen, mitten im Verlauf des Jahres in das Verfahren aufgenommen werden.

Innerhalb der Hausgeburtsgruppe 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.	1493	15,9	34,9
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2282	24,3	53,4
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	500	5,3	11,7
<b>Gesamt</b>	4275	45,6	100,0
anderer Einrichtungen	5107	54,4	
<b>Gesamt</b>	9382	100,0	

Verteilung der begonnenen Hausgeburt auf Hebammen mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n = 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

**Etwa Dreiviertel aller Hausgeburt werden von Hebammen begleitet, die ausreichend Geburten im außerklinischen Bereich pro Jahr betreuen, um die nötige Routine zu besitzen.**

Weiter gestiegen ist die Prozentzahl der Geburten, die von Hausgeburtshebammen betreut werden, die bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (von 32% der Hausgeburt im Jahr 2001 auf 34,9% der Hausgeburt im Jahr 2001). Weniger Geburten als im Vorjahr (53,4% der Hausgeburt gegenüber 57,5% der Hausgeburt im Jahr 2001) wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben. Genau 11,7% der Hausgeburt – im Gegensatz zu 10,5% der Hausgeburt im Vorjahr – wurden von Hebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen. Werden die beiden letzten Gruppen zusammen betrachtet, lässt sich zeigen, dass nur noch etwa 65% aller Hausgeburt von Hebammen betreut werden, die mehr als 10 Geburten im Jahr begleiten.



## Geburtenzahlen der Geburtshäuser

Hinsichtlich der Zahl geburtshilflich betreuter Frauen pro Jahr können die Geburtshäuser in vier Untergruppen zusammengefasst werden. Eine Gruppe der Geburtshäuser, die bis zu 70 Geburten betreut, eine zweite mit 71 bis 140 Geburten, eine dritte mit 141 bis 210 Geburten und eine vierte Gruppe mit 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 Prozepte
Geburtshaus, bis 70 Geb. p.a.	1537	16,4	37,1
Geburtshaus, 71 bis 140 Geb. p.a.	1179	12,6	28,5
Geburtshaus, 141 bis 210 Geb. p.a.	698	7,4	16,9
Geburtshaus, mehr 210 Geb. p.a.	725	7,7	17,5
<b>Gesamt</b>	4139	44,1	100,0
andere Einrichtungen	5243	55,9	
<b>Gesamt</b>	9382	100,0	

Verteilung der begonnenen Geburtshausgeburten auf Geburtshäuser mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

### Der Anteil der Geburten in solchen Geburtshäusern, die bis zu 140 Geburten im Jahr betreuen, ist weiter gestiegen.

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. Wie in Abb. 5 sichtbar wurde, beginnen 44% aller dokumentierten Geburten in Geburtshäusern (2001: 43%). Betrachten wir hier nur die Gruppe der Geburtshäuser, so verteilen sich die Prozentzahlen (Spalte „gültige Prozepte“ in Tabelle 2) wie folgt: Fast 5% mehr Geburten als im Vorjahr (37,1% gegenüber 32,8% aller Geburtshausgeburten im Jahr 2001) 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 (um etwa 2,5%) angestiegen: Hier sind 28,5% der Geburten gegenüber 26,1% der Geburten für das Jahr 2001 zu verzeichnen. Dagegen sind die Geburten in Häusern *zwischen 141 bis 210 Geburten pro Jahr* prozentual weiter und stärker als im Vorjahresvergleich (um mehr als 5% gegenüber knapp 1%) abgesunken (16,9% der Geburtshausgeburten gegenüber 22,3% für das Jahr 2001). Die Geburtshäuser, die *mehr als 210 Geburten im Jahr* betreuen, haben einen leichten prozentualen Abfall der Geburten zu verzeichnen (waren es 2001 noch 18,8%, sind es für 2002 nur noch 17,5% der Geburtshausgeburten).

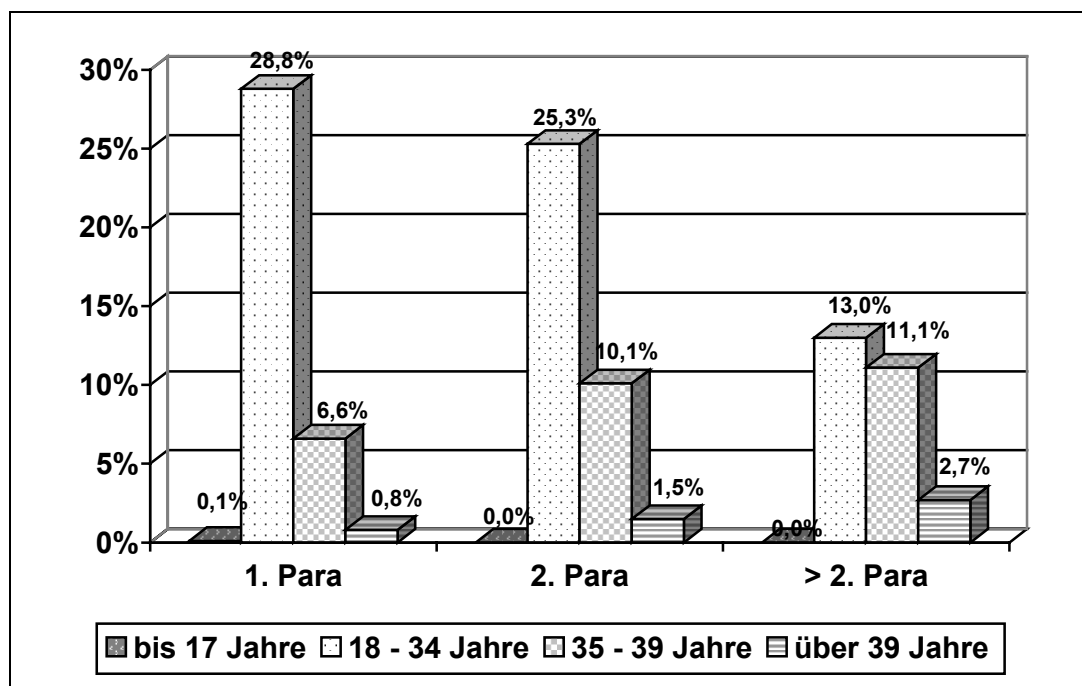
## 1.6.2 Alter und Geburtenrang der Frauen

Im Gesamtkollektiv machen Erstgebärende 36,3%, Zweitgebärende: 36,9% und Mehrgebärende 26,8% aller Gebärenden aus. 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 31 Jahren mit dem durchschnittlichen Alter der verheirateten Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in Höhe von 29 Jahren bundesweit (Auskünfte des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden von 2002), ergibt sich eine Altersdifferenz von zwei Jahren. Zum Teil erklärt sich der größere Anteil von Frauen über 35 Jahren im außerklinischen Kollektiv mit dem größeren Anteil der Zweit- und Mehrgebärender in Höhe von etwa 64% (wie im Jahr zuvor). In klinischen Kollektiven ist der Anteil der Zweit- und 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, Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten  
(alle außerklinisch begonnenen Geburten)

**Wie in den beiden Vorjahren ist der Anteil der älteren Erstgebärenden weiter leicht gestiegen.**

Die Prozentzahl der Erstgebärenden (3.407 Erstgebärende (36,3%) gegenüber 3.417 Erstgebärende (36,1%) im Vorjahr) ist weiter geringfügig gestiegen, die Zahlen siehe in Tabelle 53 im Anhang.

Insgesamt ist die Klientel weiterhin „älter“ geworden. In der *Altersklasse von 35–39 Jahren* sind 2.612 Frauen (27,8% der Gebärenden) anzutreffen gegenüber 2.422 Frauen im Vorjahr (25,6% der Gebärenden). Dagegen finden sich in der *Altersklasse von 18–34 Jahren* im Jahr 2002 nur noch genau 6.297 Frauen oder 67,1% aller Gebärenden im Vergleich zu 6.565 Frauen oder 69,4% im Vorjahr. In der *Altersklasse über 39 Jahre* befinden sich 465 Frauen (5% der Gebärenden) gegenüber 454 Frauen (4,8% der Gebärenden) im Jahr 2001. Die ganz jungen Gebärenden sind wie im Vorjahr mit einem sehr geringen Prozentsatz vertreten (0,1% gegenüber 0,2% im Jahr 2001).

### 1.6.3 Information und Motivation der Frauen

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

Tabelle 3  
Informationsquellen über die außerklinischen Geburtsmöglichkeiten

Information durch...	Persönliches Umfeld	Anzahl	6035
		Prozent	64,3
	Hebammenkontakte/Kurse	Anzahl	5166
		Prozent	55,1
	Öffentliche Medien	Anzahl	1521
		Prozent	16,2
	Sonstiges	Anzahl	1090
		Prozent	11,6
	ÄrztInnen/Geburtskliniken	Anzahl	609
		Prozent	6,5
	keine Angabe	Anzahl	43
		Prozent	,5

Mehrfachnennungen waren möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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

Die am häufigsten genannten Informationsquellen, welche die Entscheidung der Frauen beeinflusst haben, kommen mit 64,3% aus dem persönlichen Umfeld und sind damit um 0,5% zum Vorjahr in ihrer Nennung gestiegen.

Die Kontakte über Hebammen und Kurse werden mit etwa 55,1% angegeben. Dieser Prozentsatz ist von 57% um 1,9% gesunken. Öffentliche Medien haben weiterhin mit rund 16,2% einen kleineren – aber nicht unwichtigen – Einfluss. Die Informationsquelle ÄrztInnen/Geburtskliniken ist mit rund 6,5% am wenigsten ausschlaggebend für die Wahl einer außerklinischen Geburt, was nicht weiter verwundert.

In Bezug auf die Motivation für die außerklinische Geburt sind die Ergebnisse aus der folgenden Tabelle auch eindeutig:

Tabelle 4  
Motivation zur außerklinischen Geburt

<b>Motivation</b>	<b>Selbstbestimmung</b>	<b>Anzahl</b>	6679
		<b>Prozent</b>	71,2%
	<b>vertraute Hebamme</b>	<b>Anzahl</b>	7042
		<b>Prozent</b>	75,1%
	<b>klinische Geburtserfahrung</b>	<b>Anzahl</b>	2948
		<b>Prozent</b>	31,4%
	<b>außerklinische Geburtserfahrung</b>	<b>Anzahl</b>	2455
		<b>Prozent</b>	26,2%
	<b>Sicherheitsbedürfnis</b>	<b>Anzahl</b>	2549
		<b>Prozent</b>	27,2%
	<b>Sonstige</b>	<b>Anzahl</b>	1079
		<b>Prozent</b>	11,5%
	<b>keine Angabe</b>	<b>Anzahl</b>	46
		<b>Prozent</b>	,5%

Mehrfachnennungen waren möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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

Es gaben 75,1% 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 weit weniger stark als die vorhergehenden Motive – ist die klinische Geburtserfahrung, die zu einer außerklinischen Geburt motivierte. Sie wurde mit 26,2% der Nennungen seltener als im Vorjahr (30,7%) erwähnt. Das Sicherheitsbedürfnis hat mit 27,2% einen ähnlichen Stellenwert.

### 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. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	1239	1048	190	72	2549
	Spalten %	29,0	25,3	26,0	30,3	27,2
vertraute Hebamme	Anzahl	3276	3061	603	102	7042
	Spalten %	76,6	74,0	82,6	42,9	75,1
Selbstbestimmung	Anzahl	3078	2908	562	131	6679
	Spalten %	72,0	70,3	77,0	55,0	71,2
außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	1438	814	163	40	2455
	Spalten %	33,6	19,7	22,3	16,8	26,2
klinische Geburtserfahrung	Anzahl	1593	1086	223	46	2948
	Spalten %	37,3	26,2	30,5	19,3	31,4
Sonstige	Anzahl	462	422	89	106	1079
	Spalten %	10,8	10,2	12,2	44,5	11,5
keine Angabe	Anzahl	29	15	1	1	46
	Spalten %	,7	,4	,1	,4	,5

Mehrfachnennungen waren möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Unter der Einrichtung „Hebamme“ haben 3.276 Frauen oder 76,6% aller Frauen, die eine Hausgeburt planen, als Motivationsfaktor zur außerklinischen Geburt die „vertraute Hebamme“ angegeben (damit weniger als im Vorjahr mit 3.541 Frauen oder 78,2%). Die Frauen, die in einem Geburtshaus gebären wollten, haben diese Angabe öfter als im Vorjahr gemacht, in 74% der Fälle gegenüber etwa 71% im Jahr 2001. In den anderen außerklinischen Einrichtungen haben die Klientinnen diesen Punkt in 603 Fällen oder 82,6% aller dort geplanten Geburten dokumentieren lassen – und damit prozentual etwas seltener als im Vorjahr (im Jahr 2001 waren es 574 Fälle oder 83,8%).

## 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.

### 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. außerklin. Inst.			Arzt/Ärztin			Anzahl	Gesamt-%
	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%		
Baden-Württemberg	811	77,8%	8,6%	167	16,0%	1,8%	65	6,2%	,7%				1043	11,1%
Bayern	1089	48,8%	11,6%	992	44,4%	10,6%	152	6,8%	1,6%				2233	23,8%
Berlin	79	6,4%	,8%	887	71,7%	9,5%	33	2,7%	,4%	238	19,2%	2,5%	1237	13,2%
Brandenburg	70	46,4%	,7%	81	53,6%	,9%							151	1,6%
Bremen	130	83,3%	1,4%	26	16,7%	,3%							156	1,7%
Hamburg	100	36,1%	1,1%	177	63,9%	1,9%							277	3,0%
Hessen	197	36,5%	2,1%	342	63,5%	3,6%							539	5,7%
Mecklenburg - Vorpommern	57	58,8%	,6%				40	41,2%	,4%				97	1,0%
Niedersachsen	582	64,2%	6,2%	287	31,6%	3,1%	38	4,2%	,4%				907	9,7%
Nordrhein-Westfalen	603	46,6%	6,4%	691	53,4%	7,4%							1294	13,8%
Rheinland-Pfalz	128	90,8%	1,4%	13	9,2%	,1%							141	1,5%
Saarland	10	100,0%	,1%										10	,1%
Sachsen-Anhalt	45	54,9%	,5%	37	45,1%	,4%							82	,9%
Sachsen	191	32,0%	2,0%	166	27,8%	1,8%	240	40,2%	2,6%				597	6,4%
Schleswig-Holstein	112	34,9%	1,2%	172	53,6%	1,8%	37	11,5%	,4%				321	3,4%
Thüringen	71	23,9%	,8%	101	34,0%	1,1%	125	42,1%	1,3%				297	3,2%
<b>Gesamt</b>	<b>4275</b>	<b>45,6%</b>	<b>45,6%</b>	<b>4139</b>	<b>44,1%</b>	<b>44,1%</b>	<b>730</b>	<b>7,8%</b>	<b>7,8%</b>	<b>238</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>9382</b>	<b>100,0%</b>

Die lokale Verteilung der außerklinischen Geburten insgesamt hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert. Für den Jahrgang 2002 lieferte Bayern mit 2.233 Geburten oder 23,8% (ähnlich wie im Vorjahr mit 2.153 Geburten oder 22,7% aller Geburten) den größten Anteil eines einzelnen Bundeslandes am 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 1.237 Geburten oder 13,2%, im Vorjahr 13,8% aller Geburten) schon länger etabliert ist, bzw. der Anteil der freiberuflichen Hebammen größer als in den anderen Bundesländern ist. In den meisten Ländern sind die Zahlen der dokumentierten Geburten gleich geblieben – nur bei den Ländern Bremen, Hessen und Nordrhein-Westfalen kam es zu leichten Rückgängen der Anzahl der außerklinischen Geburten.

Die Prozentanteile der Geburten bei *Hausgeburtshebammen* (Spalte: *Hebamme*) zu allen dokumentierten außerklinischen Geburten in diesem betreffenden Bundesland (Zeilenprozent) haben in einigen Bundesländern zugenommen (Hamburg, Hessen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen), wobei das Saarland mit 10 Geburten bei Hebammen im Jahr 2002 wieder zu einer Rate von 100% an dokumentierten Hausgeburten zurückgekehrt ist.

In den übrigen Bundesländern sind eher leicht abfallende Tendenzen zu verzeichnen. Ein stärkerer Abfall ist zu Gunsten der Dokumentation von Geburtshausgeburten in Bremen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland oder von Geburten in anderen Institutionen (Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) erkennbar.

Im Vergleich der Bundesländer untereinander hat Bayern die meisten Hausgeburten (1.089 Geburten im Jahr 2002 und damit wie im Vorjahr 11,6% der Gesamtgeburtenszahl), gefolgt von Baden-Württemberg (811 Geburten im Jahr 2002 und mit 8,6% der Gesamtgeburtenszahl etwas weniger als im Vorjahr (9%).

Wie im Vorjahr ist weiterhin die Zunahme der dokumentierten *Geburtshausgeburten* in vielen Bundesländern erkennbar, wobei Hessen und Nordrhein-Westfalen die größten Sprünge zu den Ergebnissen im Jahr 2001 gemeldet haben, während Sachsen-Anhalt und Thüringen die stärksten Rückgänge dokumentierten.

Der Trend zur Entbindung in anderen außerklinischen Institutionen sinkt in Berlin und Schleswig-Holstein, steigt aber in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen.

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	
alte Bundesländer	Anzahl	3532	2664	292		6488
	Spalten%	82,6%	64,4%	40,0%		69,2%
	Zeilen%	54,4%	41,1%	4,5%		100,0%
neue Bundesländer	Anzahl	434	385	405		1224
	Spalten%	10,2%	9,3%	55,5%		13,0%
	Zeilen%	35,5%	31,5%	33,1%		100,0%
Stadtstaaten	Anzahl	309	1090	33	238	1670
	Spalten%	7,2%	26,3%	4,5%	100,0%	17,8%
	Zeilen%	18,5%	65,3%	2,0%	14,3%	100,0%
<b>Anzahl</b>		4275	4139	730	238	9382
<b>Spalten%</b>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Zeilen%</b>		45,6%	44,1%	7,8%	2,5%	100,0%

**13% aller außerklinischen Geburten finden in den neuen Bundesländern statt.**

Da sich die außerklinische Geburtshilfe in den neuen Bundesländern nur langsam entwickelt, ist der Anteil von 1.224 Geburten und damit 13% aller außerklinischer Geburten für das Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleich geblieben. In Zahlen bedeutet dies wie im Vorjahr wiederum genau 57 dokumentierte Geburten weniger.

Weniger dokumentierte Geburten fanden sowohl in den neuen Bundesländern als auch in den Stadtstaaten statt: Aus den Stadtstaaten wurden 86 Dokumentationsbögen und aus den neuen Bundesländern 57 Bögen weniger ausgewertet. Nur aus den alten Bundesländern wurden 60 Geburten mehr gemeldet. 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 ereignen sich hier verhältnismäßig viele Geburten in „anderen Institutionen“. In den alten Bundesländern ist die Hausgeburt mit 54,4% aller dortigen außerklinischen Geburten weiterhin das meist gewählte Angebot (2001: 58%). Deutlich wird, dass in zwei Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern und Saarland) keine Geburtshausgeburten durchführbar oder dokumentiert sind. In allen 16 Bundesländern sind dagegen Hausgeburten möglich.



## Zusammenfassung zum Datenüberblick:

**Datenbasis:** Die Gesamtzahl der dokumentierten Bögen ist im Vergleich zum Vorjahr etwas zurückgegangen. Genau 254 Hausgeburten wurden weniger gemeldet als im Vorjahr, der Anteil der Geburtshausgeburten stieg um 57 Geburten, 45 mehr Geburten aus anderen außerklinischen Institutionen wurden gemeldet und der Anteil der Geburten in der Arztpraxis stieg um 69 Geburten. Die Geburten von insgesamt 9.412 Kindern wurden dokumentiert. Auf der Basis einer Geburtenzahl von 9.382 Einlingen lassen sich repräsentative Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland vorstellen:

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

**Klientel:** Im Jahr 2002 ist das Verhältnis von Erstgebärenden zu Zweit- und Mehrgebärenden, die außerklinische Geburten durchführen, im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben. Der Anteil der Gebärenden zwischen 35 und 39 Jahren hat weiterhin deutlich zugenommen.

**Information und Motivation:** Wie im Vorjahr 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 genügend Auswahl zwischen Hausgeburt und Geburtshaus möglich ist), gibt es in den alten Bundesländern große Unterschiede im Angebot oder in der Nachfrage. Gleichzeitig ist in den neuen Bundesländern eher ein insgesamt geringes Angebot an Einrichtungen der außerklinischen Geburtshilfe und zudem ein auf andere außerklinische Institutionen konzentriertes Angebot zu verzeichnen.



## **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 Komplikationen 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.

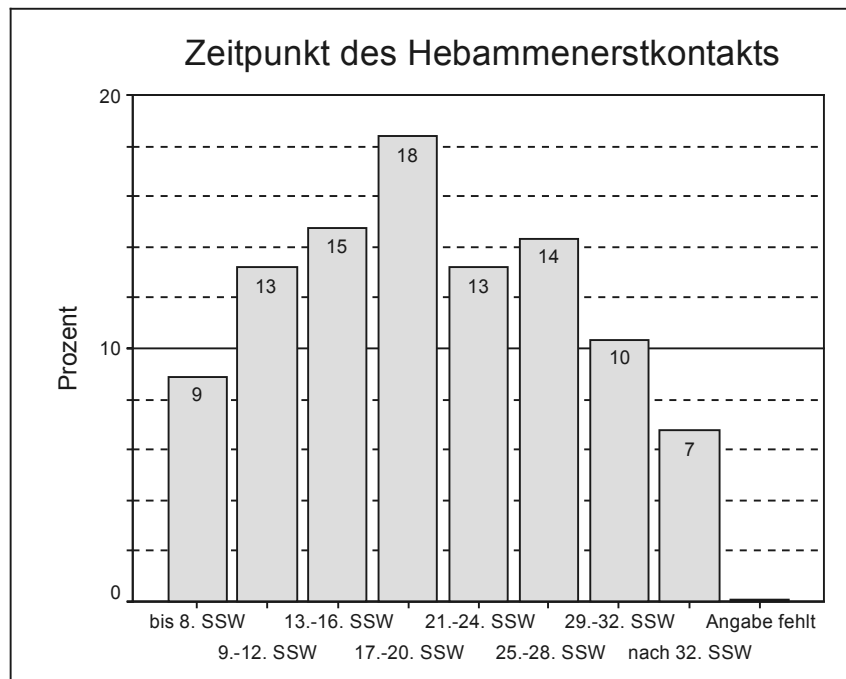
#### **2.1.1 Beratungen und Untersuchungen**

Die in diesem Abschnitt ausgewählten Punkte (Erster Kontakt mit der Hebamme, Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Ultraschalluntersuchungen) sollen Aufschluss darüber geben, ob früh genug und genügend häufig Kontakt mit der Hebamme bestand 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, wie folgende Tabelle zeigt.

Abbildung 7



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

**82,8% aller Schwangeren, etwa 3% mehr als im Vorjahr, haben bereits mit Beginn der 29. Schwangerschaftswoche eine Hebamme kontaktiert.**

In Abbildung 7 wird deutlich, dass die ersten Kontakte mit einer Hebamme kontinuierlich bis einschließlich der 20. Schwangerschaftswoche häufiger und danach seltener werden. Diese Abbildung ähnelt derjenigen des Vorjahres.

Zwischen der 17. und 20. Woche finden mit genau 18,4% die häufigsten Erstkontakte statt (siehe auch in Tabelle 8 weiter unten, die Prozentzahlen in der Spalte „Gesamt“), im Jahr 2001 waren es noch 18%.

Auch die ersten Kontakte früher in der Schwangerschaft haben sich um etwa 1% erhöht – damit wurde das schon positive Ergebnis weiter verbessert. Im gleichen Maße haben sich die recht späten Erstkontakte verringert: Kontaktierten im Jahr 2001 noch genau 19,2% der Schwangeren erst ab der 29. Schwangerschaftswoche die Hebamme, nahmen im Jahr 2002 nur noch 17,2% so spät Kontakt auf.

Eine differenzierte Analyse des Erstkontaktes im Bezug auf die Parität (ohne Abbildung, siehe Anhang, Tabelle 54) ergab, dass sowohl Erstgebärende als auch Mehrgebärende früher in der Schwangerschaft mit der Hebamme Kontakt aufnahmen. Damit 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 2002 im Verhältnis mehr Mehrgebärende (38,2% aller Dritt- und Mehrgebärenden) als Erstgebärende (26,9%) den ersten Kontakt auf. *Zwischen der 17. und 20. Woche* kontaktierten mehr Erstgebärende (19,3% aller Erstgebärenden) als Dritt- und Mehrgebärende (16,8% aller Mehrgebärenden) eine Hebamme.

*Nach der 32. Woche* nahmen ebenfalls mehr Erstgebärende (6,9% aller Erstgebärenden) als Mehrgebärende (6,7% aller Mehrgebärenden) den Kontakt auf. Es wäre demnach weiterhin anzuraten, verstärkt den Erstgebärenden einen unverbindlichen, aber frühen Kontakt zu einer Hebamme in der außerklinischen Geburtshilfe zu ermöglichen.

Es 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	
bis 8. SSW	Anzahl	471	273	84	8	836
	Spalten-%	11,0	6,6	11,5	3,4	8,9
9.-12. SSW	Anzahl	698	412	115	13	1238
	Spalten-%	16,3	10,0	15,8	5,5	13,2
13.-16. SSW	Anzahl	756	524	73	32	1385
	Spalten-%	17,7	12,7	10,0	13,4	14,8
17.-20. SSW	Anzahl	756	786	125	57	1724
	Spalten-%	17,7	19,0	17,1	23,9	18,4
21.-24. SSW	Anzahl	486	615	83	56	1240
	Spalten-%	11,4	14,9	11,4	23,5	13,2
25.-28. SSW	Anzahl	498	703	102	44	1347
	Spalten-%	11,6	17,0	14,0	18,5	14,4
29.-32. SSW	Anzahl	346	512	95	19	972
	Spalten-%	8,1	12,4	13,0	8,0	10,4
nach 32. SSW	Anzahl	264	310	53	9	636
	Spalten-%	6,2	7,5	7,3	3,8	6,8
Angabe fehlt	Anzahl		4			4
	Spalten-%		,1			,0
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Schwangere im Hause Geburtskollektiv suchen etwas früher den Erstkontakt zur Hebamme als Frauen, die in einer anderen außerklinischen Einrichtung die Geburt planen.**

Der Prozentsatz der Frauen, die eine Hausgeburt anstrebten und bis zur 20. Schwangerschaftswoche einschließlich einen ersten Kontakt zu ihrer Hebamme aufnahmen, ist im Vergleich zum Vorjahr von 59,3% auf 62,7% des gesamten Hause Geburtskollektives (2002) weiter gestiegen. Der Erstkontakt mit einem Geburtshaus bis zur 20. Schwangerschaftswoche ist für das Jahr 2002 mit 48,3% sogar um 5% gestiegen (2001 waren es 43,3% der Erstkontakte). In den anderen Institutionen nahm der Prozentsatz der Frauen, die Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche suchten, fast doppelt so stark zu (von 44,9% im Jahr 2001 auf 54,4% im Jahr 2002).

Im Gesamtkollektiv sind mit Beginn der 21. Schwangerschaftswoche im Jahr 2001 etwa 51% und 2002 sogar 55,3% Erstkontakte mit der Hebamme erfolgt – eine weiterhin positive Entwicklung.

## 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 oder 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 insgesamt		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	19	6	2		27
	Spalten-%	,4	,1	,3		,3
1 - 5	Anzahl	1183	898	242	115	2438
	Spalten-%	27,7	21,7	33,2	48,3	26,0
6 - 10	Anzahl	2001	2205	284	97	4587
	Spalten-%	46,8	53,3	38,9	40,8	48,9
11 - 15	Anzahl	767	801	144	21	1733
	Spalten-%	17,9	19,4	19,7	8,8	18,5
mehr als 15	Anzahl	305	226	58	5	594
	Spalten-%	7,1	5,5	7,9	2,1	6,3
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl		3			3
	Spalten-%		,1			,0
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**In allen Einrichtungen hatten die meisten Frauen 6 bis 10 persönliche Kontakte zu einer Hebamme. Die Prozentzahl stieg von 47,8% im Jahr 2001 auf 48,9% im Jahr 2002.**

Die Frauen, die *6 bis 10 persönliche Kontakte zur Hausgeburtshebamme* hatten, machen die größte Gruppe aus: Waren es im Jahr 2001 genau 45,8% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme, so sind es im Jahr 2002 sogar 46,8% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme. Der Anstieg bei den *Geburtshäusern* lag etwas höher (von 50,3% aller Kontakte im Geburtshauskollektiv im Jahr 2001 auf 53,3% im Jahr 2002). In den *anderen Institutionen* ist die Prozentzahl der Kontakte in dieser Sparte (*6 bis 10 persönliche Kontakte*) zurückgegangen (von 47,6% aller Kontakte in anderen außerklinischen Institutionen im Jahr 2001 auf 38,9% im Jahr 2002), doch ist dies zu Gunsten eines Anstiegs in den Sparten noch häufigerer Kontakte erfolgt. Dieser Anstieg lässt vermuten, dass vermehrt Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft in diesen Einrichtungen durchgeführt worden sind (siehe Tabelle 10).

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	570	551	160	41	1322
	Spalten-%	13,3	13,3	21,9	17,2	14,1
1 - 5	Anzahl	2155	2468	352	181	5156
	Spalten-%	50,4	59,6	48,2	76,1	55,0
6 - 10	Anzahl	1376	998	181	15	2570
	Spalten-%	32,2	24,1	24,8	6,3	27,4
11 - 15	Anzahl	163	113	36		312
	Spalten-%	3,8	2,7	4,9		3,3
mehr als 15	Anzahl	9	3	1		13
	Spalten-%	,2	,1	,1		,1
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	2	6		1	9
	Spalten-%	,0	,1		,4	,1
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Mehr als 85% aller Frauen haben Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen, im Vorjahr waren es etwas über 80%. Im Gegenzug: 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 16,6% auf 14,1% gefallen.



Unabhängig von der Einrichtung haben 55% der Frauen mindestens 1–5 Vorsorgeuntersuchungen (etwa 1,5% mehr als im Vorjahr) und 27,4% der Frauen 6–10 Untersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen (und damit 4,3% mehr als im Vorjahr mit 23,1% aller Schwangeren).

Betrachten wir die einzelnen Einrichtungen, so fällt die Gruppe der anderen außerklinischen Institutionen auf, die im Jahr 2001 insgesamt 19,4% der Einträge mit „keine Hebammenvorsorgeuntersuchungen“ aufwies und im Jahr 2002 auf 21,9% dieser Einträge gestiegen ist. Haben Schwangere aber Hebammenvorsorgeuntersuchungen in diesen Institutionen, so liegt ihre Anzahl pro Schwangerschaft höher als im Vorjahr.

Da laut Mutterpass mindestens 10 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft vorgesehen sind, lassen diese Ergebnisse vermuten, dass die meisten Frauen von Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen gemeinsam betreut worden sind. Genau 11,6% der Schwangeren hatten 11 und mehr Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme. Hier stellt sich die Frage, ob derart viele Untersuchungen notwendig waren.

Tabelle 11  
Ärztliche Schwangerenvorsorge

Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	316	83	10		409
	Spalten-%	7,4	2,0	1,4		4,4
Ja	Anzahl	3959	4055	720	238	8972
	Spalten-%	92,6	98,0	98,6	100,0	95,6
Angabe fehlt	Anzahl		1			1
	Spalten-%		,0			,0
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Insgesamt haben 95,6% aller Frauen mindestens eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen (im Jahr 2001 waren es 0,5% mehr: 96,1%). Die Schwangeren nutzten dabei vorwiegend das in einer ärztlichen Praxis vorhandene medizintechnische Angebot (insbesondere die Ultraschalluntersuchung). Immer häufiger 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 zwischen Gynäkologen/Gynäko-loginnen und Hebammen weitere – für die Schwangeren vorteilhafte – Kooperationen entwickeln. Dieser Wunsch der Schwangeren ist indirekt von den Ergebnissen abzulesen, denn – in ganzen Zahlen ausgedrückt – haben nur genau 44 Schwangere mehr als im Vorjahr *keinen* Kontakt zu einer ärztlichen Praxis gesucht. Insgesamt waren es im Jahr 2001 genau 365 Frauen oder 3,9% des Gesamtkollektivs gegenüber 409 Frauen oder 4,4% des Gesamtkollektivs im Jahr 2002, die keine 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 und Funktion der Plazenta und über Mangelerscheinungen 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. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	1046	639	95	2	1782
	Spalten-%	24,5	15,4	13,0	,8	19,0
Ja	Anzahl	3229	3499	635	236	7599
	Spalten-%	75,5	84,5	87,0	99,2	81,0
Angabe fehlt	Anzahl		1			1
	Spalten-%		,0			,0
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

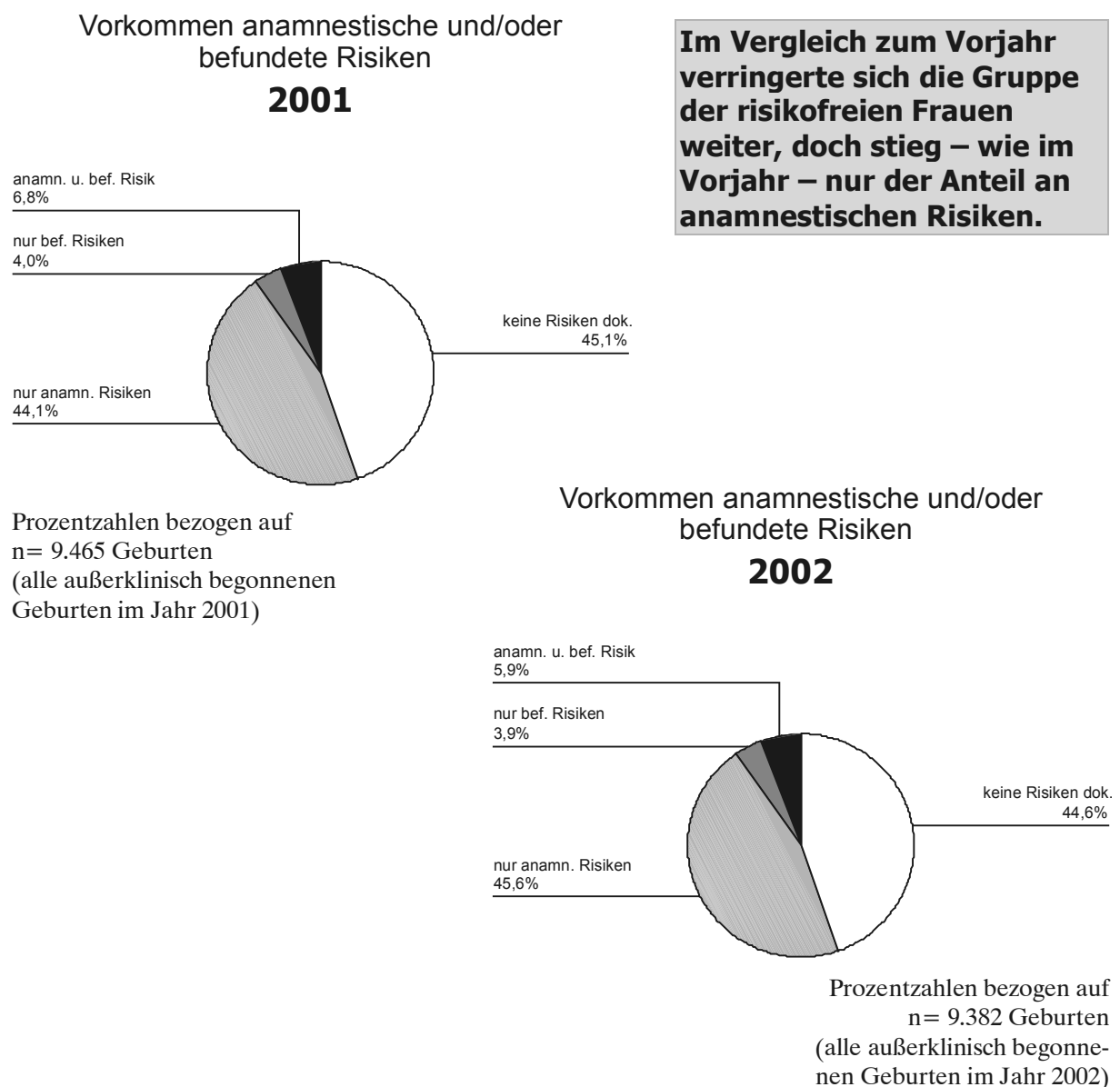
**Es lässt sich ein ganz leichter Rückgang der Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche verzeichnen.**

Für 81% aller Frauen sind Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche dokumentiert (im Jahr 2001 waren es etwas mehr: 82%). Anders ausgedrückt: Für 1.782 Schwangere (19% aller Schwangeren) sind keine Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche belegt. Im Jahr 2001 traf dies für genau 1.698 Schwangere und 17,9% zu (bei 0,1% fehlender Angaben). Hier könnten weitergehende Studien klären, ob diese Frauen überhaupt keinen Ultraschall in der Schwangerschaft haben machen lassen, ob etwaige Untersuchungen nicht im Mutterpass eingetragen wurden oder ob nur Ultraschalluntersuchungen vor der 30. Schwangerschaftswoche erfolgt sind. Damit würde die Einstellung der Schwangeren zur Ultraschalldiagnostik ablesbar.

### 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.

Abbildung 8  
Vorkommen anamnestischer und/oder befundeter Schwangerschaftsrisiken  
in den Jahren 2001 und 2002



Wie häufig Frauen mit Risikofaktoren im Mutterpass – entweder von ärztlicher oder von Hebammenseite dokumentiert – in der außerklinischen Geburtshilfe in den Jahren 2001 und 2002 anzutreffen waren, zeigt die Abbildung 8.

Für 4.186 Frauen oder 44,6% aller Frauen sind im Jahr 2002 keine Risikofaktoren im Mutterpass dokumentiert – weder von ärztlicher noch von Hebammenseite – und damit ist zum Vorjahr ein weiteres, leichtes Absinken der Zahl vollkommen risikofreier Schwangerschaften zu verzeichnen, wie die vergleichende Grafik zeigt (die Zahlenwerte für 2002 siehe Tabelle). Hatten im Jahr 1999 noch 52,2% und im Jahr 2000 noch 48,8% aller Frauen diese Bezeichnung, waren es 2001 –wie die kleinere Grafik zeigt – nur noch 45,1% und im Jahr 2002 – wie erwähnt – 44,6% aller Frauen. Dies sind 0,5% weniger. Es handelt sich hier um eine Differenz von 82 mehr Risikoeinstufungen. 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 in der Klientel der außerklinischen Geburtshilfe (was nicht anzunehmen ist), so müssten die Risikoeinträge im Einzelnen gewichtet werden.

Die Auswertung ergibt auf der anderen Seite, dass 4.277 Frauen oder 45,6% aller Schwangeren Risiken in der *Anamnese* (damit um 1,5% mehr als im Jahr 2001 mit 44,1%) und nur 3,9% im Verlauf der Schwangerschaft erhobene Befunde aufweisen (weniger als im Vorjahr mit 4% befundeter Risiken). In nur 5,9% der Fälle lagen für 2002 sowohl anamnestiche als auch befundete Risiken vor (im Jahr 2001 lag der Wert bei 6,8%) – dieser Bereich verringerte sich. Auch wenn die risikofreie Gruppe der Frauen kleiner wurde, vergrößerte sich in der anderen Gruppe jedoch nur der Anteil der *anamnestischen* Risiken beträchtlich, das heißt, befundete Risiken für die aktuelle Schwangerschaft lagen in nur 919 Fällen oder bei 9,8% der Dokumentationsbögen vor. Bei umgekehrter Fragestellung (wie viele Frauen ohne gravierende Befunde in der Schwangerschaft erlebten eine außerklinische Geburt?) lässt sich das Gesamtkollektiv folgendermaßen einteilen:

Tabelle 13

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dokumentiert	4186	44,6
nur anamnestiche Risiken	4277	45,6
nur befundete Risiken	362	3,9
anamnestische und befundete Risiken	557	5,9
Gesamt	9382	100,0

**Mindestens 90% der Schwangeren und damit mehr als im Vorjahr konnten – schon allein auf Grund ihrer Voraussetzungen – im Jahr 2002 mit einer normalen Geburt rechnen.**

Zusammen mit der Gruppe, die lediglich anamnestische Risiken aufwies, machen die Schwangeren ohne Risikoeintrag 90,2% aller erfassten Schwangeren aus. Dieses Ergebnis liegt sogar 1% über dem Wert im Jahr 2001, mit 89,2% der Schwangeren. In der folgenden Tabelle sind die jeweils fünf häufigsten *anamnestischen Befunde* für die bestehende Schwangerschaft benannt, die im Mutterpass nach *Katalog A* dokumentiert wurden.

Tabelle 14  
Die fünf häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A

Schwangerschaftsbefunde lt. Katalog A	Anzahl	Gesamt-%
A14 Schwangere >35 Jahre	2085	22,2%
A04 Allergie	1565	16,7%
A01 Fam. Belastung	990	10,6%
A02 Anamn. Erkrankung	623	6,6%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	369	3,9%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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 2002 mit 2.085 Fällen oder 22,2% aller Geburten das *Alter der Frauen über 35 Jahre*. Damit kam es zu einem leichten Abfall: Im Vorjahr lag in 2.224 Fällen oder 23,5% aller Geburten das Alter der Frauen über 35 Jahre. Anzumerken ist, dass ein höheres Alter der Frauen allein kein Ausschlussgrund für eine außerklinische Geburt ist.

Als zweithäufigster Befund ist in 1.565 Fällen oder 16,7% aller Geburten die *Allergie* dokumentiert (Vorjahr: 1.315 Fällen oder 16,1% aller Geburten). Hier können auch Allergien gegen bestimmte Lebensmittel aufgeführt sein, die nicht unbedingt ein Risiko für die Schwangere bedeuten. Die Risikoeinstufung, wie sie der Mutterpass vorgibt, müsste in weiteren Studien noch weiter differenziert werden, um eine Hilfe zur Einschätzung der Gefahren bei der Geburt sein zu können. Gleichzeitig würde die Modifizierung Vergleiche mit Studien aus anderen Ländern erlauben.

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 meist unter der Zehnprozentmarke. Die familiäre Belastung hat sich weiter erhöht: 10,6% aller Geburten (990 Fälle) gegenüber 9,1% aller Geburten (857 Fälle) im Vorjahr. Auch anamnestische Erkrankungen gibt es etwas häufiger: 6,6% aller Geburten (623 Fälle) gegenüber 6,3% aller Geburten (595 Fälle) im Vorjahr. Der Zustand nach zwei oder mehr Aborten ist mit 3,9% aller Geburten (369 Fälle) ist seltener geworden (4% aller Geburten (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 15

Die fünf häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B

Schwangerschaftsbefunde lt. Katalog B	Anzahl	Gesamt-%
<b>B41 Vorzeitige Wehentätigkeit</b>	148	1,6%
<b>B52 And.Besonderheiten</b>	89	,9%
<b>B38 Terminunklarheit</b>	84	,9%
<b>B32 Blutungen &lt; 28 SSW</b>	66	,7%
<b>B40 Isthmozervikale Insuffizienz</b>	57	,6%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Zu den fünf häufigsten Befunden gehören *vorzeitige Wehen* in 148 Fällen oder 1,6% aller Geburten (im Jahr 2001 waren es 194 Fällen oder 2% aller Geburten und damit immerhin 46 Fälle mehr). Im weiten Abstand folgen *andere Besonderheiten* mit 89 Fällen oder 0,9% aller Geburten (im Jahr 2001 waren es 104 Fällen oder 1,1% aller Geburten und damit 15 Fälle mehr). *Blutung* vor der 28. Woche ist in 66 Fällen oder 0,7% aller Geburten vermerkt (im Jahr 2001 waren es 85 Fälle oder 0,9% aller Geburten und damit 19 Fälle mehr), die *Terminunklarheit* in 84 Fällen oder 0,9% aller Geburten (im Jahr 2001 waren es 72 Fällen oder 0,8% aller Geburten und damit geringfügig weniger), die *isthmozervikale Insuffizienz* in 57 Fällen oder 0,6% aller Geburten (im Jahr 2001 waren es 62 Fällen oder 0,7% und damit geringfügig mehr). Diese Befunden sind bis auf die *Terminunklarheit* sind im Vergleich zu den Vorjahresdaten alle zurückgegangen. Alle Befunde lassen per se noch nicht auf Schwierigkeiten bei der Geburt schließen, siehe Tabelle 58 im Anhang.

### Zusammenfassung für die Schwangerschaft:

Hebammen und Schwangere haben oft und früh genug Kontakt zueinander, um die Weichen für Mutter und Kind für den adäquaten Geburtsort stellen zu können. Gut 90% der Schwangeren konnten im Jahr 2002 von ihren Voraussetzungen (geringe Zahl an Befunden, die die außerklinische Geburt in Frage stellen) mit einer normalen Geburt rechnen. 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 bieten. 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 „unnormal“ eine Geburt verlaufen kann nach einem Schwangerschaftsverlauf 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 ihre 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	723	763	99	23	1608
	Spalten-%	16,9	18,4	13,6	9,7	17,1
...wie geplant	Anzahl	3552	3376	631	215	7774
	Spalten-%	83,1	81,6	86,4	90,3	82,9
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Wie im Vorjahr fanden die Geburten zu etwa 83% auch an dem von Hebamme und Frau geplanten Geburtsort statt. Im Dokumentationsbogen wird der Ort eingetragen, der in der 37. Schwangerschaftswoche als Geburtsort geplant war.

Bei den geplanten Hausgeburten waren es nur 16,9% aller geplanten Hausgeburten, bei denen es zu einer Umertscheidung kam – gegenüber dem Vorjahr mit 15,9% waren es 2002 genau 1% mehr Umertscheidungen. Bei einer geplanten Geburtshausgeburt kam es bei 18,4% aller geplanten Geburtshausgeburten zu einer Umertscheidung. Gegenüber dem Vorjahr mit 19,2% waren es 2002 etwa 1% weniger Umertscheidungen. Bei den in anderen außerklinischen Institutionen geplanten Geburten ereignete sich in 13,6% aller dort geplanten Geburten eine Umertscheidung (gegenüber 12,8% im Vorjahr). In allen drei Bereiche schwankten die Ergebnisse um etwa 1% und können somit als relativ konstant bezeichnet werden.

Inwiefern geplanter und tatsächlicher Geburtsort genau voneinander abweichen, kommt in der nächsten Tabelle zum Ausdruck. Hier wird ersichtlich, welchen Geburtsort Frauen geplant und wo die Geburten tatsächlich stattgefunden haben (Verlegungen eingeschlossen).

Tabelle 17  
Übereinstimmung geplanter / tatsächlicher Geburtsort – Einzeldarstellung

Geplanter Geburtsort		Tatsächlicher Geburtsort							Gesamt
		Angabe fehlt	Hausgeburt	Geburtshaus	Arztpraxis	Entbindungsheim	Hebammenpraxis	Klinik	
Angabe fehlt	Anzahl		68	11		1	4	19	103
	Gesamt-%		,7%	,1%		,0%	,0%	,2%	1,1%
Hausgeburt	Anzahl	1	3575	30			4	419	4029
	Gesamt-%	,0%	38,1%	,3%			,0%	4,5%	42,9%
Geburtshaus	Anzahl	1	110	3432			2	625	4170
	Gesamt-%	,0%	1,2%	36,6%			,0%	6,7%	44,4%
Arztpraxis	Anzahl		2		214			20	236
	Gesamt-%		,0%		2,3%			,2%	2,5%
Entbindungsheim	Anzahl		1		1	59		8	69
	Gesamt-%		,0%		,0%	,6%		,1%	,7%
Hebammenpraxis	Anzahl		21				481	67	569
	Gesamt-%		,2%				5,1%	,7%	6,1%
Klinik	Anzahl	2	165	16			10	13	206
	Gesamt-%	,0%	1,8%	,2%			,1%	,1%	2,2%
Anzahl		4	3942	3489	215	60	501	1171	9382
Gesamt-%		,0%	42,0%	37,2%	2,3%	,6%	5,3%	12,5%	100,0%

**Die meisten Geburten fanden dort statt, wo sie geplant waren.**



Eine Klinikgeburt ereignete sich in 1.171 Fällen oder bei 12,5% aller Geburten, wobei 13 Geburten (oder 0,1%) bereits als Klinikgeburten geplant waren. Bei diesen 13 Frauen ist die Geburt zu Hause durch ihre vertraute Hebamme „anbetreut“ worden. Die Umentscheidung von einem außerklinisch geplanten Geburtsort zur Entbindung in der Klinik ereignete sich demnach in 1.158 Fällen – bei 19 Klinikgeburten fehlt allerdings die Angabe über den geplanten Geburtsort (0,2% aller Geburten).

Da die Klinikgeburt sich am stärksten von der Hausgeburt unterscheidet, sei diese Zahl hier betont: Nur 419 Geburten oder 4,5% aller Geburten waren als Hausgeburt geplant und wurden aber als Krankenhausentbindungen durchgeführt. Im Jahr 2001 gab es 1.213 Fälle von komplett durchgeführten Klinikentbindungen oder 12,8% aller Entbindungen, wovon 437 Fälle oder 4,6% aller Geburten als Hausgeburten geplant waren.

Andere Entscheidungen bei einer ursprünglich geplanten Hausgeburt kamen wesentlich seltener vor: So erlebten 30 Frauen oder 0,3% der Gesamtmenge ihre Geburt in einem Geburtshaus (im Vorjahr 22 Frauen und 0,2% der Gesamtmenge) und nur 4 Frauen gebaren in einer Hebammenpraxis.

In 625 Fällen oder 6,7% aller Geburten war eine Geburt im Geburtshaus geplant, ereignete sich dann aber in einer Klinik (im Jahr 2001 waren dies geringfügig weniger: 614 Fälle oder 6,5% aller Geburten). Genau 110 Frauen oder 1,2% aller Frauen gingen zur Geburt nicht wie geplant in ein Geburtshaus, sondern blieben zu Hause (2001 etwas mehr: 122 Frauen oder 1,3% aller Frauen).

Die vier Geburten, bei denen die Angabe zum tatsächlichen Geburtsort fehlt, sind Geburten, die sich auf dem Weg in die Klinik (Krankswagen, Rettungswagen, Privatauto) ereigneten.

Es hatten im Jahr 2002 insgesamt 206 Frauen der Gesamtgruppe eine Klinikgeburt geplant. 193 Frauen haben dann doch in einer anderen Einrichtung ihr Kind zur Welt gebracht: Etwas mehr Frauen als im Vorjahr (165 Gebärende oder 1,8% aller Frauen im Gegensatz zu 146 Frauen oder 1,5% aller Frauen im Jahr 2002) hatten eine Klinikgeburt geplant, gebaren dann aber zu Hause. Diese Zahlen sollten auf diesem niedrigen Niveau gehalten werden, da hier diejenigen Fälle enthalten sind, die sich nicht langfristig auf eine außerklinische Geburt vorbereiten konnten.

Es ist festzustellen, dass die meisten Geburten, die außerklinisch geplant sind, auch außerklinisch stattfinden. Aus der Hausgeburtsklientel werden weniger Frauen in der Klinik entbunden als in der Klientel, die 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 vor allen Dingen 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 und die folgenden 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.	2	,0
Ruf zur Geb.	186	2,0
bis 1 Std.	3730	39,8
1 bis 3 Std.	2622	27,9
3 bis 5 Std.	900	9,6
5 bis 10 Std.	1000	10,7
10 bis 24 Std.	707	7,5
1 bis 2 Tage	163	1,7
mehr als 2 Tage	46	,5
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt, zu dem die Gebärende die Hebamme über den Geburtsbeginn informierte und dem Zeitpunkt, ab dem die Hebamme ohne Unterbrechung bei der Gebärenden blieb.

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

Die Tabelle sagt aus, dass bei 3.730 Geburten oder 39,8% aller Geburten (gegenüber 3.765 Geburten oder ebenfalls 39,8% im Jahr 2001) die Hebamme innerhalb einer Stunde nach dem ersten Ruf zum Geburtsbeginn bei der Schwangeren kontinuierlich anwesend war.

Bei 2.622 Geburten oder 27,9% aller Geburten (gegenüber 2.653 Geburten oder 28% im Vorjahr) wurden die Frauen spätestens nach Ablauf von ein bis drei Stunden seit dem ersten Ruf kontinuierlich betreut. Diese Zahl ist zum Vorjahr unwesentlich gesunken.

In 67,7% 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 mit 67,8% aller Geburten.

Eine ständige Anwesenheit innerhalb von 3 bis 24 Stunden konnte bei insgesamt 2.607 Frauen oder 27,8% aller Geburten (gegenüber 2.586 Frauen oder 27,3% im Vorjahr) verzeichnet werden. Hier kann von einer in etwa gleichbleibenden Tendenz gesprochen werden.

Bei Hebammen, die erst nach 10 bis 24 Stunden nach dem ersten Ruf permanent anwesend waren (in 707 Fällen oder 7,5% 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 46 Fällen oder 0,5% aller Geburten (gegenüber 53 Fällen oder 0,6% 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.

In lediglich 2 Fällen (gegenüber 5 Fällen oder 0,1% aller Geburten im Vorjahr) 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, so dass die Hebamme nicht rechtzeitig hinzugezogen werden konnte.

In erfreulich weniger Fällen als im Vorjahr, in genau 186 Fällen oder 2% aller Geburten ist eine Hebamme zum Zeitpunkt der Geburt gerufen worden (gegenüber 231 Fällen oder 2,4% im Vorjahr). 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 188 Fälle oder 2% aller Geburten, und hat sich damit um 0,5% verbessert. Die Anzahl der fehlenden Angaben ist mit 26 leider gleich geblieben.

### 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 zwischen dem Eintreffen der Hebamme und der Geburt des Kindes

Betreuungszeit		Häufigkeit	Prozent
	Angaben fehlen	83	,9
	Eintreffen nach Geburt	190	2,0
	Eintreffen zur Geburt	126	1,3
	bis 1 Std.	1151	12,3
	1 bis 3 Std.	2708	28,9
	3 bis 5 Std.	1876	20,0
	5 bis 10 Std.	1921	20,5
	10 bis 24 Std.	1183	12,6
	1 bis 2 Tage	135	1,4
	mehr als 2 Tage	9	,1
	<b>Gesamt</b>	9382	100,0

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

Die Betreuungszeit sollte möglichst nicht kürzer als eine Stunde vor der Geburt beginnen und vor der völligen Erschöpfung der Hebamme enden. Im vorliegenden Bericht wurde der Betreuungsrahmen von einer bis zu 24 Stunden als adäquat bezeichnet, da nicht erfasst wird, inwieweit sich Hebammen gegenseitig ablösen konnten.

Bei der überwiegenden Mehrheit und zwar bei 4.584 Geburten (2.708 plus 1.876 Geburten) oder 48,9% aller Geburten betrug die Zeit zwischen dem Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme und der Geburt *eine bis fünf Stunden* (Vorjahr: 4.628 Geburten oder ebenfalls 48,9%). In 3.797 Fällen oder 33,1% aller Geburten (und damit etwas seltener als im Vorjahr mit 3.170 Fällen oder 33,5%) dauerte die Betreuungszeit *5 bis 24 Stunden*.

In 316 Fällen (3,3%) kam die Hebamme erst zur oder sogar nach der Geburt. Im Jahr 2001 wurden weniger, und zwar 259 Fälle (2,8%) dokumentiert. Das Eintreffen nach der Geburt ist im Jahr 2002 mit 190 Fällen oder 2% gestiegen (2001: 147 Fällen oder 1,6% aller Geburten). Die Fälle, in denen die Hebamme erst zur Geburt eintreffen konnte, kamen ebenfalls etwas häufiger vor: 126 Fälle oder 1,3% (2001: 112 Fälle oder 1,2%). In 1.151 Fällen (oder 12,3%) – und damit häufiger als im Vorjahr mit 1.231 Fällen (oder 11,9%) – konnte die Hebamme nur sehr kurz vor der Geburt kommen. Fehl-

einschätzungen des Geburtsbeginns oder ungeplante außerklinische Geburten finden sich hier wieder. Diese Tendenz sollte in den nächsten Jahren im Zusammenhang mit der Schließung von kleineren Geburtsabteilungen und der Zunahme längerer Wege für die Gebärenden genauer untersucht werden.

Nur in wenigen Fällen (135 Fälle oder 1,4% gegenüber dem Vorjahreswert von 146 Fällen oder 1,5%) blieben die Hebammen ein bis zwei Tage kontinuierlich bei den Gebärenden. In 9 Fällen oder 0,1% aller Geburten (halb so häufig 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. Erfreulich ist, dass sich die Anzahl der fehlenden Angaben wieder etwas verringert hat (2002 sind es 83 fehlende Angaben, im Jahr 2000 waren es 113 fehlende Angaben).

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 (von einigen Minuten bis zu 10 Stunden vor der Geburt), 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 20 dargestellt ist.

Bei den Hausgeburtshebammen, die im Bedarfsfall aus den Wohnungen ihrer Klientinnen verlegen müssen, liegen die nächsten Kliniken in 69,5% der Hausgeburten nicht weiter als 10 Kilometer (und damit häufiger als 2001 mit 68,3%) und bei 22,5% der Hausgeburten nicht weiter als 11 bis 20 Kilometer entfernt (und damit seltener als 2001 mit 23,3%).

Nur in Einzelfällen (insgesamt 17 Fälle) hätte die Hebamme im Jahr 2002 die betreute Frau über dreißig Kilometer weit verlegen müssen. Für das Jahr 2001 wäre dies in 27 Fällen und damit häufiger der Fall gewesen.

Bei den Geburtshäusern lag in 88,9% der Geburtshausgeburten das nächstgelegene Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km (seltener als 2001: 89,6% aller Geburtshausgeburten). Geburten in anderen außerklinischen Institutionen hatten in 91,1% der dortigen Geburten eine Klinik innerhalb von 10 km Entfernung zur Verfügung (im Vorjahr waren es nur 87,4% aller Geburten in diesen Institutionen, was in Zahlen aber nur einen Unterschied von 66 Geburten ausmacht). Nur selten (bei 2,9% der Geburten in diesen Institutionen, noch seltener 2001: 2,1%) lag 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, entsprechend handeln zu können im – zwar sehr seltenen (genau 74 mal aufgetretenen) – eiligen Verlegungsfall (2001 waren es 102 Fälle).

Tabelle 20  
Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach Einrichtung

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
bis 10 km	Anzahl	2973	3680	665	233	7551
	Spalten-%	69,5	88,9	91,1	97,9	80,5
11 bis 20 km	Anzahl	962	325	45		1332
	Spalten-%	22,5	7,9	6,2		14,2
21 bis 30 km	Anzahl	207	58	9		274
	Spalten-%	4,8	1,4	1,2		2,9
31 bis 40 km	Anzahl	16		2		18
	Spalten-%	,4		,3		,2
41 bis 50 km	Anzahl	1	1			2
	Spalten-%	,0	,0			,0
mehr als 50 km	Anzahl		2			2
	Spalten-%		,0			,0
Angabe fehlt	Anzahl	116	73	9	5	203
	Spalten-%	2,7	1,8	1,2	2,1	2,2
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Es wurde für das Jahr 2002 erstmals gesondert abfragt, wie viele Erstgebärende und wie viele Zweit- bzw. Mehrgebärende aus den einzelnen Einrichtungen verlegt worden sind (siehe Tabelle 60 im Anhang).

Insgesamt haben 3.407 *Erstgebärende* eine außerklinische Geburt begonnen. Aus dieser Gruppe haben 849 Frauen die Geburt in einer Klinik beendet.

Genau 268 Frauen oder 31,6% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine *Hausgeburt* begonnen. Bezogen auf die 1.047 Erstgebärenden der Hausgeburtshilfe, bedeutet dies, dass gut ein Viertel, 25,6%, klinisch entbunden wurde.

Genau 499 Frauen oder 58,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine *Geburtshausgeburt* begonnen. Bezogen auf die 1.881 Erstgebärenden der Geburtshausgeburtshilfe, bedeutet dies, dass etwas mehr als ein Viertel, 26,5%, klinisch entbunden wurde.

Genau 66 Frauen oder 7,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine Geburt in einer *anderen außerklinischen Institution* begonnen. Bezogen auf die 337 Erstgebärenden der Geburtshilfe in anderen außerklinischen Institutionen, bedeutet dies, dass fast ein Fünftel, 19,6%, klinisch entbunden wurde.

Von den insgesamt 3.407 *Erstgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden 7,9% von einer Hausgeburtshebamme, 14,6% aus einem Geburtshaus und 1,9% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Geburtshäuser haben die größte Klientel an Erstgebärenden – entsprechend hoch ist der Anteil der Erstgebärenden, die in eine Klinik verlegt wurden.

Von den insgesamt 3.460 *Zweitgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden im Jahr 2002 genau 2,9% von einer Hausgeburtshebamme, 3% aus einem Geburtshaus und 0,3% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Hier unterscheiden sich Hausgeburts- und Geburtshausgeburtshilfe nicht stark, da die Zweitgebärenden ausgewogen auf beide Einrichtungen verteilt sind.

Von den insgesamt 2.412 *Dritt- und Mehrgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden im Jahr 2002 genau 2,7% von einer Hausgeburtshebamme, 1,1% aus einem Geburtshaus und 0,3% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Hier liegt der Anteil der Dritt- und Mehrgebärenden in der Hausgeburtshilfe mehr als doppelt so hoch wie in der Geburtshausgeburtshilfe – entsprechend hoch ist der Anteil der Frauen, die in eine Klinik verlegt wurden.

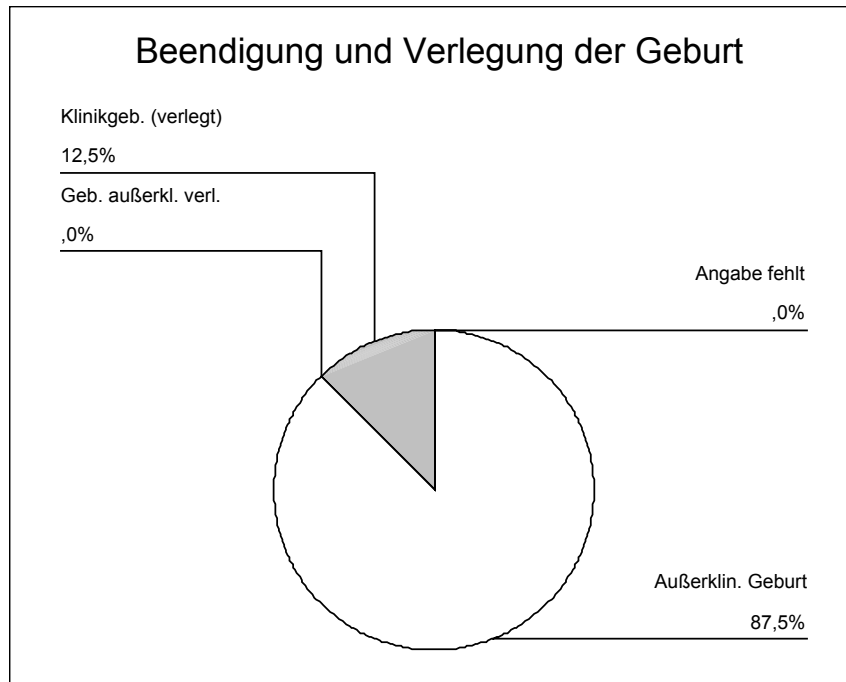
Im folgenden Kapitel wird untersucht, wie zügig die Transporte, die während der Geburt notwendig wurden, tatsächlich vonstatten gingen.



## 2.2.4 Verlegungen während der Geburt

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

Abbildung 9  
Subpartale Verlegungen



Prozentzahlen für Geburten an dem Ort, an dem sie begonnen wurden, für Verlegungen in eine außerklinische Einrichtung und für Verlegungen in eine Klinik – bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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

Der Anteil der Frauen, die *nicht* verlegt werden mussten, hat sich von 87% (im Jahr 2001) auf 87,5% (im Jahr 2002) um 0,5% erhöht. Die folgenden Zahlen für diese Abbildung sind im Anhang und in Abbildung 3 nachzulesen. Insgesamt sind 1.172 Frauen und damit 12,5% aller Frauen (etwas weniger als 2001: 1.217 Frauen oder 12,8%) unter der Geburt verlegt worden. Davon sind 1.171 Frauen (2001: 1.213 Frauen) von einem außerklinischen Geburtsort in eine Klinik und nur eine Frau (2001: 4 Frauen) innerhalb des außerklinischen Bereichs – etwa von zu Hause in ein Geburtshaus – verlegt worden. Bei vier Dokumentationsbögen fehlt die Angabe über eine Verlegung, diese Geburten ereigneten sich im Transportmittel und wurden für diese Auswertung als außerklinische Geburten begriffen.

### 2.2.4.1 Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall

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	1		1
	Gesamt-%	,1		,1
Privatfahrzeug	Anzahl	935	18	953
	Gesamt-%	79,8	1,5	81,4
Rettungsfahrzeug	Anzahl	161	56	217
	Gesamt-%	13,7	4,8	18,5
Anzahl		1097	74	1171
Gesamt-%		93,7	6,3	100,0

n= 1.171 (alle Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine andere Einrichtung)

**Bei den Verlegungen wurden weit weniger Frauen in einer Notfallsituation verlegt als im Vorjahr.**

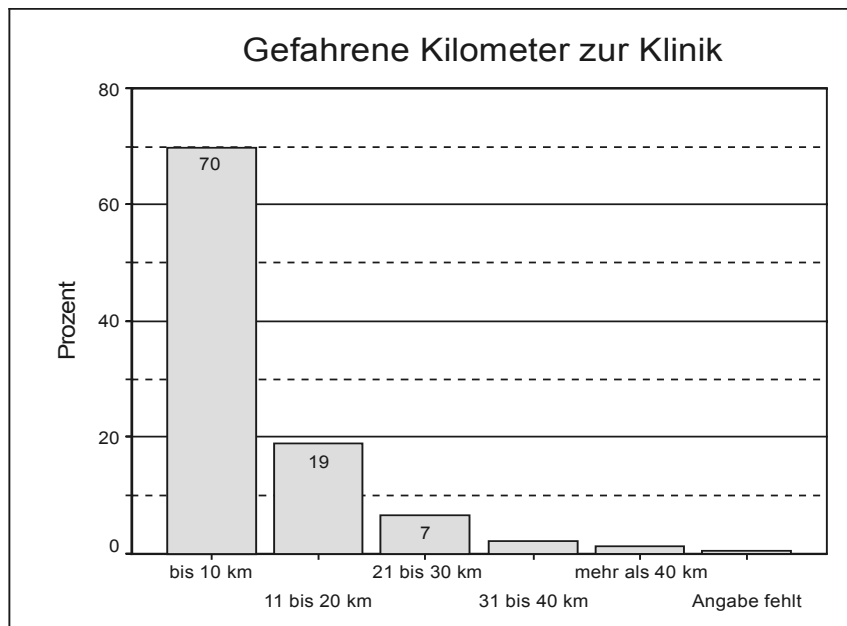
Es wurden im Jahr 2002 insgesamt 1.097 Frauen oder 93,7% aller Transporte (gegenüber 2001 mit insgesamt 1.111 Frauen oder 91,6% aller Transporte) in Ruhe und lediglich 74 Fahrten als Notfall verlegt, d.h. 6,3% aller Verlegungen (gegenüber 2001: 102 Fahrten in Not oder 8,4% aller Transporte) und nur 0,8% aller Geburten (2001: 1,1% aller Geburten).

Damit sind die Notfallverlegungen von einem recht niedrigen Wert um fast 2% drastisch zurückgegangen. Diese teilen sich in Fahrten mit dem Rettungswagen (4,8% aller Verlegungen) und wenigen Notfallfahrten im Privatwagen (1,5%) auf. Offensichtlich war bei einigen Notfall-Verlegungen die Nutzung des Privatfahrzeugs sinnvoll, wenn dadurch bei weiten Entfernungen die Wartezeit auf das Rettungsfahrzeug vermieden werden konnte. Zum Geburtsmodus der 74 Notfallverlegungen siehe Tabelle 65 im Anhang.

## 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



Prozentzahlen beziehen sich auf n= 1.171 (alle Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine andere Einrichtung)

### **Die gefahrenen Kilometer während der Verlegung haben sich im Vergleich zum Vorjahr nicht stark verkürzt.**

Von allen 1.171 erfassten Verlegungen fanden im Jahr 2002 genau 70% (2001: 68,3%) im Rahmen einer Fahrt von bis zu 10 Kilometern zur nächsten Klinik statt (die ganzen Zahlen siehe in Tabelle 22 unter Anzahl in der untersten Zeile). Damit hat sich der Anteil der Verlegungsdistanzen über 10 km verringert, allerdings ist die Anzahl der Verlegungen mit einer Strecke zwischen 11km und 20 km mit 222 Fahrten oder 19% aller Verlegungen (2001: 212 Fahrten oder 17,5%) gestiegen. Fahrten mit einer Distanz von 21 km bis 30 Kilometern sind nur zahlenmäßig leicht zurückgegangen: 78 Fälle oder 6,7% aller Verlegungen im Gegensatz 80 Fälle oder 6,6% im Vorjahr. Vor allem in ländlichen Regionen sind Entfernungen vom Wohnort der Schwangeren von bis zu 30 Kilometern zur nächsten Klinik nicht unüblich. Die verbleibenden 43 Verlegungen oder 3,7% aller Verlegungen mit einer weiteren Anfahrt als 30 Kilometern bis zum endgültigen Geburtsort blieben unter dem Vorjahreswert mit 55 Verlegungen. Zu berücksichtigen ist, dass nur bei insgesamt 8 Fahrten die Kilometerangabe fehlt, im Gegensatz zu 48 fehlenden Angaben im Vorjahr. Insgesamt gesehen wurden die Fahrstrecken zur nächsten Klinik kurz gehalten.

In folgender Tabelle werden die zum Krankenhaus gefahrenen Kilometer unter Berücksichtigung der angegebenen Distanz zur nächsten Klinik betrachtet. Es stellt sich die Frage, wie oft wurde die nächstgelegene Klinik angefahren und in wie viel Fällen wurde eine längere Strecke in Kauf genommen?

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	807	112	30	12	9	8	978
	Gesamt-%	68,9	9,6	2,6	1,0	,8	,7	83,5
11 bis 20 km	Anzahl	3	107	30	7	7		154
	Gesamt-%	,3	9,1	2,6	,6	,6		13,2
21 bis 30 km	Anzahl			18	4			22
	Gesamt-%			1,5	,3			1,9
31 bis 40 km	Anzahl				3			3
	Gesamt-%				,3			,3
41 bis 50 km	Anzahl					1		1
	Gesamt-%					,1		,1
Angabe fehlt	Anzahl	10	3					13
	Gesamt-%	,9	,3					1,1
Anzahl		820	222	78	26	17	8	1171
Gesamt-%		70,0	19,0	6,7	2,2	1,5	,7	100,0

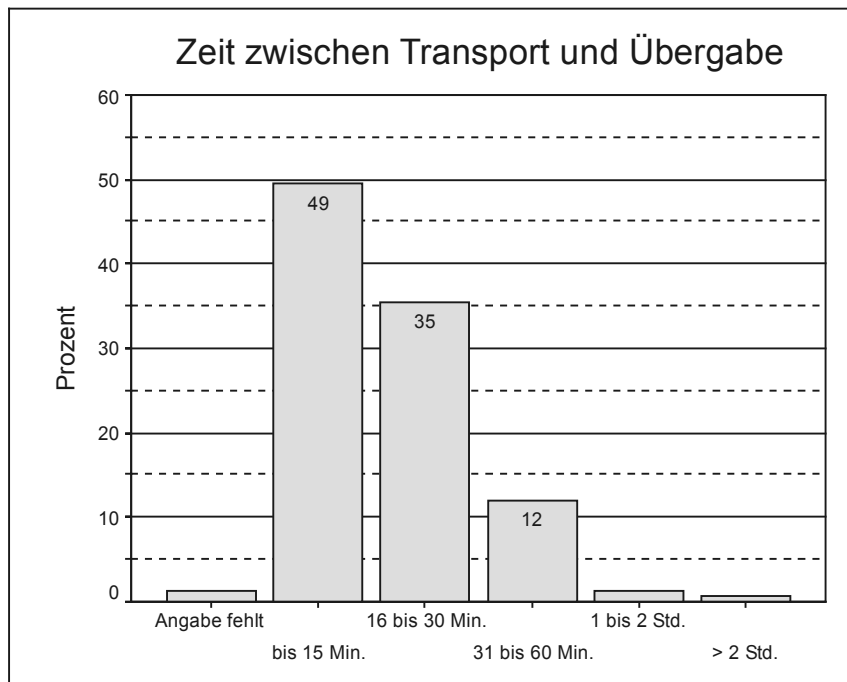
Prozentzahlen beziehen sich auf n= 1.171 (alle Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine andere Einrichtung)

In 820 Fällen oder 70% aller Verlegungen war nach höchstens 10 gefahrenen Kilometern der Geburtsort erreicht (gegenüber in 828 Fällen oder 68,3% im Jahr 2001). In weiteren 222 Fällen (19%) waren die Gebärenden nach 11 bis 20 km am Zielort der Verlegung (gegenüber in 212 Fällen oder 17,5% im Jahr 2001).

Zusammengenommen wurde damit in 1.042 Fällen oder 89% (gegenüber in 1.040 Fällen oder 85,8% im Jahr 2001) eine akzeptable 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 4,4% der Fälle bis zu 10 km entfernt und dennoch wurde eine längere Entfernung als 20 km zum Geburtsort gewählt und damit vermutlich in Ruhe die Wunschklinik angefahren (gegenüber 4,9% aller Verlegungen im Jahr 2001). Durch die niedrige Anzahl von 8 fehlenden Angaben (0,7%) lassen sich die Ergebnisse gut gewichten und zeigen das Bemühen, Transportwege so kurz wie nötig zu halten.

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



Prozentzahlen beziehen sich auf n= 1.171 (alle Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine andere Einrichtung)

**Es wurden etwa die Hälfte aller Verlegungen innerhalb von der kurzen Zeit von 15 Minuten beendet.**

Die Übergabezeiten korrelieren bei allen Einrichtungen mit den gefahrenen Kilometern und liegen zumeist innerhalb von 30 Minuten, wie die Abbildung 11 zeigt.

Es wird deutlich, dass Hebammen auf kurze Verlegungswege großen Wert legen. In 84,8% aller Verlegungsfälle (2001 in 85% aller Verlegungen) war eine Verlegung in einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten abgeschlossen und damit blieb das Ergebnis zum Vorjahr erhalten.

Innerhalb von 15 Minuten wurden 579 Frauen (49,4% aller Verlegungen) – gegenüber 612 Frauen (50,5% aller Verlegungen) im Jahr 2001 – an eine Klinik übergeben. Siehe die ganzen Zahlen im Anhang Tabelle 62. Eine Transportdauer von 16 bis 30 Minuten ergab sich in 415 Fällen oder 34,5% aller Verlegungen – vergleichbar mit 418 Fällen oder 34,5% aller Transporte im Vorjahr.

Eine Dauer zwischen 31 Minuten bis zu einer Stunde wurde bei 139 Verlegungen (11,9% aller Verlegungen) berechnet – gegenüber den etwas häufigeren, und zwar 154 Verlegungen (12,7% aller Verlegungen) im Vorjahr. In 23 Fällen (2% aller Verlegungen) – vergleichbar mit 24 Fällen (2% aller Verlegungen) im Vorjahr – war eine Transportdauer von mehr als einer Stunde angegeben. Die fehlenden Angaben liegen bei 15 Fällen oder 1,3% aller Verlegungsfälle.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Transportzeiten nicht wesentlich geändert. Es lässt sich aus diesen Daten allerdings nicht ablesen, ob manche Frauen von vorne herein keine Hausgeburt geplant haben, weil der Anfahrtsweg zur nächstgelegenen Klinik zu groß (geworden) war. Alle Notfallverlegungen wurden für das Jahr 2001 nochmals nach Dauer der Verlegung in Minuten aufgeschlüsselt.

Tabelle 23  
Transportdauer in Minuten bei allen Notfallverlegungen

**Differenz (Min.) zw. Transportbeginn und Uebergabe in Klinik**

Minuten	Häufigkeit	Prozent
0	1	1,4
2	1	1,4
4	1	1,4
5	6	8,1
7	1	1,4
8	4	5,4
10	15	20,3
11	1	1,4
12	2	2,7
13	1	1,4
15	23	31,1
20	11	14,9
22	2	2,7
29	1	1,4
30	2	2,7
40	1	1,4
60	1	1,4
<b>Gesamt</b>	74	100,0

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

Alle Notfallverlegungen waren innerhalb von 60 Minuten abgeschlossen (2001: 45 Minuten). Innerhalb von 30 Minuten waren die meisten, und zwar 72 Frauen von 74 Notfallverlegungen verlegt (2001: 94 Frauen von 102 Notfallverlegungen). Fast 80% der Gebärenden haben wie im Vorjahr innerhalb von 15 Minuten den endgültigen Entbindungsort erreicht. Damit hat sich die Verlegungspraxis weiterhin auf gutem Niveau gehalten.

### 2.2.4.3 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung

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

Tabelle 24  
Zeit zwischen Übergabe und Geburt aufgeschlüsselt nach Transport in Ruhe und Not

Übergabe in Klinik bis Geburt		Transport		Gesamt
		in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	27	1	28
	Gesamt-%	2,3	,1	2,4
bis 1 Stunde	Anzahl	147	35	182
	Gesamt-%	12,6	3,0	15,5
1 bis 6 Std.	Anzahl	531	36	567
	Gesamt-%	45,3	3,1	48,4
6 bis 12 Std.	Anzahl	268	1	269
	Gesamt-%	22,9	,1	23,0
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	92	1	93
	Gesamt-%	7,9	,1	7,9
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl	29		29
	Gesamt-%	2,5		2,5
über 2 Tage	Anzahl	3		3
	Gesamt-%	,3		,3
Anzahl		1097	74	1171
Gesamt-%		93,7	6,3	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 1.171 subpartal verlegten Frauen konnten – wie oben schon erwähnt – 1.097 Frauen (93,7%) und damit fast ein Prozent mehr als im Vorjahr (mit 91,6%) in Ruhe verlegt werden.

Genauer zu betrachten sind die nur 74 Fälle, die als Notfälle stattfanden: 35 dieser Frauen waren bereits innerhalb einer Stunde nach Übergabe in der Klinik entbunden. Diese Gruppe macht 3% aller Verlegungen aus, gegenüber 3,5% im Vorjahr. Nur bei dieser kleinen Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass eine Entbindung dringend erforderlich war. Innerhalb von 1 bis 6 Stunden waren weitere 36 Frauen bzw. 3,1% aller Verlegten entbunden (gegenüber 3,5% dieser Gruppe im Vorjahr).

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 25  
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		12	4	1		11	28
	Gesamt-%		1,0	,3	,1		,9	2,4
bis 1 Stunde	Anzahl		72	34	14	9	53	182
	Gesamt-%		6,1	2,9	1,2	,8	4,5	15,5
1 bis 6 Std.	Anzahl	1	225	44	61	12	224	567
	Gesamt-%	,1	19,2	3,8	5,2	1,0	19,1	48,4
6 bis 12 Std.	Anzahl		119	18	32	10	90	269
	Gesamt-%		10,2	1,5	2,7	,9	7,7	23,0
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl		35	4	9	1	44	93
	Gesamt-%		3,0	,3	,8	,1	3,8	7,9
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		10	1	3		15	29
	Gesamt-%		,9	,1	,3		1,3	2,5
über 2 Tage	Anzahl		2				1	3
	Gesamt-%		,2				,1	,3
<b>Anzahl</b>		1	475	105	120	32	438	1171
<b>Gesamt-%</b>		,1	40,6	9,0	10,2	2,7	37,4	100,0



Zum Gesamtüberblick: Deutlich sticht der hohe Anteil von insgesamt 580 Geburten (2001: 655 Geburten) hervor, bestehend aus 475 Spontangeburt (2001: 544 Fälle) und 105 Spontangeburt mit Kristellerhilfe (2001: 136 Fälle). Sie machen insgesamt 49,6% der Gesamtmenge an Verlegungen aus und liegen damit unter dem Vorjahresergebnis mit 56%. D. h. im Jahr 2002 konnte die Hälfte der verlegten Frauen noch spontan entbunden werden. Der Anteil der vaginal-operativen Entbindung mit oder ohne Kristellerhilfe ist bei 152 Frauen oder 12,9% aller verlegten Frauen angegeben (im Vorjahr waren es 145 Frauen oder 11,9%).

Bei 438 Frauen oder 37,4% wurde eine Entbindung per Sectio durchgeführt (2001: 381 Frauen oder 31,4% aller Verlegungen). Im Jahr 2000 lag der Wert noch niedriger: 324 Frauen (28,2%) erhielten eine Sectio. Es lässt sich aus den Ergebnissen der letzten drei Jahre ein Trend zur Sectio ablesen. Der Kaiserschnitt wird offensichtlich anderen operativen Entbindungen vorgezogen. Die gesamte Sectiorate nach Verlegung ist im Vergleich zum Vorjahr um genau 6% gestiegen, gleichzeitig sind die anderen operativen Eingriffe (vaginal-operativ mit und ohne Kristellerhilfe im Jahr 2001: 11,9% und im Jahr 2002 12,9%) um etwa 1% gesunken.

### **Entbindungen im Zeitraum bis zu einer Stunde**

Bei näherer Betrachtung der 182 subpartal verlegten Frauen, die innerhalb einer Stunde nach Verlegung entbunden wurden, konnten 106 Frauen ihr Kind spontan (72 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (34 Frauen) zur Welt bringen und machten damit 9% aller Verlegungen aus. Im Jahr 2001 konnten von 169 Frauen genau 93 Frauen innerhalb einer Stunde nach Verlegung ihr Kind spontan (65 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (28 Frauen) zur Welt bringen – sie machten damit nur 7,7% aller Verlegungen aus. 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. Gleichzeitig dokumentieren die Zahlen aber auch, dass sich die Hebammen in den Kliniken in der ersten Stunde nach der Verlegung darum bemühen, eine spontane Geburt zu ermöglichen.

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 Frauen (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.

### Entbindungen im Zeitraum von einer bis 12 Stunden

Bei den meisten Kaiserschnitten handelte es sich nicht um sofortige Eingriffe nach Ankunft in der Klinik, sondern die Entscheidungen wurden ein bis sechs Stunden nach Eintreffen gefällt (bei 224 Geburten oder 19,1% aller Verlegungen). Im Jahr 2002 wurde bei 314 Frauen (26,8% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden durchgeführt. Dagegen wurde 2001 nur bei 271 Frauen (22,3% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden gemacht. Hier ist ein beträchtlicher Zuwachs zu verzeichnen. 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.

### 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. Dennoch ist für viele Frauen eine Betreuungskontinuität wichtig.

Tabelle 26

Geburt (in Klinik) beendet durch...

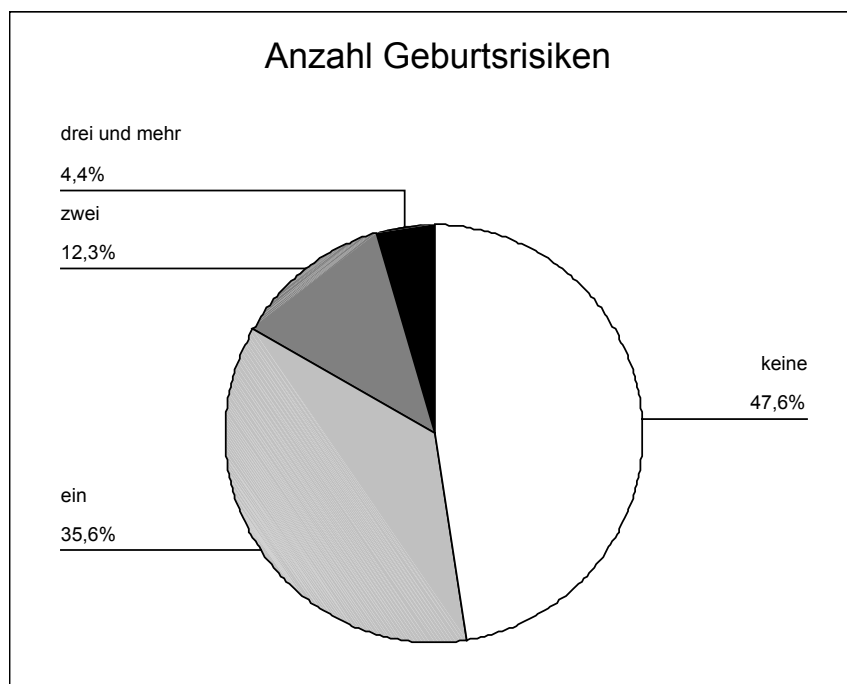
	Häufigkeit	Prozent
keine / ungenaue Angabe	1	,1
...dieselbe Hebamme	198	16,9
...andere Hebamme	972	83,0
<b>Gesamt</b>	<b>1171</b>	<b>100,0</b>

Von den 1.171 während der Geburt erfolgten Verlegungen ins Krankenhaus konnten die Geburten in 198 Fällen oder bei 16,9% von denjenigen Hebammen beendet werden, welche die Geburt außerhalb der Klinik begonnen hatten (im Jahr 2001 waren es von 1.213 Verlegungen 182 Fälle oder 15%). Die Tendenz ist ablesbar, dass freiberufliche Hebammen weiter in Klinikabläufe integriert werden. Ein kontinuierliche Betreuung über die Kliniktüren 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 (Katalog C des Dokumentationsbelegs), in dem auftretende Geburtsrisiken gemäß dem allgemein gültigen Risikokatalog für Gynäkologen, Geburtshelfer und Hebammen eingetragen werden.

Abbildung 12



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

**Mehr als die Hälfte der Gebärenden wiesen Geburtsrisiken auf.**

In nur 4.467 Fällen oder 47,6% aller Geburtsverläufe – gegenüber 48,9% aller Geburtsverläufe im Vorjahr – ist im Jahr 2002 kein Geburtsrisiko dokumentiert.

Hier lässt sich – wie bereits im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verdeutlicht – ein Trend zur Zunahme an Pathologie feststellen. Erfreulicherweise hat sich lediglich der Bereich mit nur einem eingetragenen Risiko etwas stärker erhöht als die Kategorien zwei oder mehr Risiken.

Im Jahr 2002 wurde bei 3.344 Geburten oder in 35,6% der Fälle (gegenüber 35% aller Geburten im Jahr 2001) ein Risiko in den Dokumentationsbogen eingetragen. Damit hatten 83,2% der Gebärenden (gegenüber 83,9% der Gebärenden im Vorjahr) kein oder höchstens einen Risikoeintrag für die Zeit der Geburt. In 12,3% aller Fälle (12,1% im Vorjahr) wurden im Jahr 2002 zwei Risiken und in 4,4% (gegenüber 4,1 % im Vorjahr) drei und mehr Risiken erfasst. Es ist von einer Zunahme der Risiken während der Geburt zu sprechen: Eine differenzierte Analyse der Einträge wäre wünschenswert.

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 28 weiter unten) waren 2002 im Vergleich zum Vorjahr:**

Der *vorzeitige Blasensprung C60* steht mit 2.058 Fällen oder 21,9% aller Geburten (2001: 2.107 Fälle oder 22,3%) an erster Stelle. Diese Nennung ist im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen.

*Überschreitung des Termins C61* wurde etwas seltener als der vorzeitige Blasensprung genannt: Dieser Punkt lag mit 1.878 Nennungen oder 20% aller Geburten (2000: 1.060 Nennungen oder 17,2%) wie im Vorjahr an zweiter Stelle, hat sich aber um fast 3% erhöht. Dabei ist anzumerken – und dies wurde nochmals gegenüber den Landeskoordinatorinnen betont –, dass hier *jede Überschreitung* des errechneten Entbindungstermins ab einem Tag (und nicht nur die echte *Übertragung*) gemeint ist.

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

Tabelle 27  
Schwangerschaftsalter in Wochen

Tragzeit (in Wochen)

	Häufigkeit	Prozent
< vollendete 36. Woche	22	,2
36+0 bis 36+6	76	,8
37+0 bis 37+6	398	4,2
38+0 bis 38+6	1049	11,2
39+0 bis 39+6	2521	26,9
40+0 bis 40+6	3307	35,2
41+0 bis 41+6	1749	18,6
42+0 bis 42+6	248	2,6
43+0 bis 43+6	10	,1
> 43. Woche	1	,0
Angabe nicht verwertbar	1	,0
Gesamt	9382	100,0

Insgesamt wurden 98 Kinder (oder 1% gegenüber 1,1% im Vorjahr) vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren. Nach der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche sind insgesamt 259 Kinder oder 2,7% geboren – im Vorjahr waren es 2,9%. Nur diese 259 Schwangerschaften können als echte Übertragungen gelten. Damit kamen im Jahr 2001 genau 96,3% aller hier erfassten Kinder nach einer tolerierbaren Schwangerschaftsdauer zur Welt (2001: genau 96%). Somit rangiert dieses Geburtsrisiko an sechster und letzter Stelle dieser Auflistung.

*Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (EP) und in der Austreibungsperiode (AP) C82 und C83* machten zusammengenommen etwas weniger als der vorzeitige Blasensprung aus: mit einer Anzahl von 1.013 Fällen oder 10,8% (668 Fälle oder 7,1% aller Geburten in der EP und 345 Fälle oder 3,7% aller Geburten in der AP) aller Geburten gegenüber 955 Fällen oder 10,1% (639 Fälle oder 6,8% aller Geburten in der EP und 316 Fälle oder 3,3% aller Geburten in der AP) im Vorjahr ist die Anzahl gestiegen.

*Grünes Fruchtwasser C78* mit 399 Nennungen oder 4,3% aller Geburten (im Vergleich zu 451 Nennungen oder 4,8% aller Geburten im Vorjahr) macht nochmals wesentlich weniger aus als der zuvor genannte Punkt, liegt aber in der Häufigkeit an dritter Stelle und ist im Vergleich zum Vorjahr (erstmals seit 2000) leicht gefallen.

*Zustand nach Sectio und anderen Uterusoperationen C69* mit 423 Fällen oder 4,5% aller Geburten (im Vergleich zu 417 Fällen oder 4,4% aller Geburten für das Jahr 2001) hat eine vergleichbare Häufung wie der vorherige Punkt „Grünes Fruchtwasser“. Hier ist weiterhin eine leichte Steigerung zu erkennen.

*Ein pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte Herztöne C 77* wurden mit 281 Fällen oder 3% aller Geburten (im Gegensatz zu 333 Fällen oder 3,5% aller Geburten) am fünfthäufigsten genannt und sind in der Anzahl etwas gefallen.

Fast alle hier aufgelisteten Risiken haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert.

Festzuhalten ist, dass nicht alle unter der Geburt dokumentierten Risiken einem normalen Geburtsverlauf entgegenstehen und zu einer Verlegung führen müssen. Dies zeigt auch die Tabelle 28 weiter oben. 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 mit anderen 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 28 und die differenzierte Betrachtung unter „vorzeitiger Blasensprung“ weiter unten im Punkt 2.2.6.1).

## Hauptverlegungsgründe

Anders verhält es sich bei Geburtsstillstand oder auskultatorisch schlechten Herztönen, die als ein tatsächliches Risiko einzustufen sind (Tabelle 28):

Die *Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C 82* ist als Hauptverlegungsgrund an erster Stelle: von 668 Fällen oder 7,1% aller Geburten wurden 453 Frauen oder 4,8% aller Geburten verlegt (2001: von 639 Fällen oder 6,8% aller Geburten wurden 445 Frauen oder 4,7% aller Geburten verlegt).

Die Tabelle zeigt weiter, dass in 143 Fällen oder 1,5% aller Geburten der insgesamt 281 dokumentierten Angaben von *Path. CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen C77* dieser Punkt als Hauptverlegungsgrund angegeben worden ist (2001: 195 Fälle oder immerhin 2,1% aller Geburten).

Nur in 169 Fällen oder 1,8% aller Geburten bei 345 Fällen von *verlängerter Austreibungsperiode C83* insgesamt wurde verlegt (2001: in 156 Fällen oder 1,6% aller Geburten bei 316 Fällen insgesamt).

Die 399 Nennungen *grünes Fruchtwasser, C78* haben nur in 33 Fällen oder 0,4% aller Geburten zu einer Verlegung geführt (2001: bei 451 Nennungen nur in 37 Fällen oder bei ebenfalls 0,4% aller Geburten).

Nur 4 Frauen der 423 Frauen (0%), die zuvor die Erfahrung eines *Kaiserschnittes oder einer anderen Operation an der Gebärmutter C 69* hinter sich hatten, mussten mit diesem Risiko als Hauptverletzungsgrund verlegt werden (2001: 5 Frauen 0,1% aller Gebärenden).

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 Jahr 2002 wurden 24 *Schulterdystokien C 98* im Vergleich zu 26 Fällen im Vorjahr registriert (erwartungsgemäß wurde keine der Frauen bei diesem Befund noch verlegt). Die Zahl der *Azidosen C 79* (2 Fälle) und *Nabelschnurvorfälle während der Geburt C 80* (5 Fälle) sind mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar, ein Fall wurde 2002 (als Notfall) verlegt, vier dieser Fälle wurden im Jahr 2001 verlegt, alle als Notfall.

Kein weiterer Anstieg in der Anzahl hat sich bei der *Rhesus-Inkompatibilität C 67* ereignet (12 Fälle im Jahr 2002, 13 Fälle im Jahr 2001). Bei 2 Frauen trat das *HELLP-Syndrom C 95* während der Geburt auf (3 Frauen waren es im Vorjahr) – ein Frau wurde 2002 (als Notfall) verlegt.

Bei sieben Frauen (4 Frauen im Vorjahr) drohte oder erfolgte eine *Uterusruptur C 85*, jeweils drei wurden in Ruhe oder als Notfall verlegt. Diese Zahl sollte bei steigender Zahl der Kaiserschnitt beobachtet werden.

Bei neun Neugeborenen wurden *Missbildungen C 62* festgestellt (2001: sechs Neugeborene), in einem Fall wurde jeweils in beiden Jahren 2001 und 2002 verlegt (in Ruhe). Auch hier eine beachtenswerte Erhöhung. Hier können Einzelfallanalysen die Fragen danach klären, welche der Risiken eventuell vermeidbar waren und welche Konsequenzen aus den eingetretenen Pathologien gezogen wurden (siehe auch den postpartalen Zustand der Kinder unter Punkt 2.3.1.2). Die geburtshilfliche Praxis zeigt allerdings, dass der Zufall bei diesen sehr seltenen Ereignissen eine nicht unerhebliche Rolle spielen kann. So hat sich beispielsweise das Fortbildungsangebot für die Überwindung einer Schulterdystokie in den letzten drei Jahren erhöht.

Tabelle 28  
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	2058	21,9	65	0,7			65	0,7
C61 Überschreitung des Termins	1878	20,0	7	0,1			7	0,1
C62 Missbildung	9	0,1	1	0,0			1	0,0
C63 Frühgeburt	69	0,7	2	0,0			2	0,0
C64 Mehrlingsschwangerschaft								
C65 Plazentainsuffizienz (Verd. auf)	13	0,1						
C66 Gestose/Eklampsie	21	0,2	12	0,1	1	0,0	13	0,1
C67 RH-Inkompatibilität	12	0,1	1	0,0			1	0,0
C68 Diabetes mellitus	16	0,2						
C69 Zustand nach Sectio o. and. Uterusop.	423	4,5	4	0,0			4	0,0
C70 Plazenta praevia	1	0,0	1	0,0			1	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung	11	0,1	2	0,0	3	0,0	5	0,1
C72 Sonstige uterine Blutungen	31	0,3	6	0,1	3	0,0	9	0,1
C73 Amnion-Infektionssyndrom (V. a.)	11	0,1	6	0,1	1	0,0	7	0,1
C74 Fieber unter der Geburt	11	0,1	3	0,0			3	0,0
C75 Mütterliche Erkrankung	22	0,2	2	0,0			2	0,0
C76 Mangelnde Kooperation d.Mutter	33	0,4	11	0,1			11	0,1
C77 Path. CTG oder ausk. schl. kindl. Herztöne	281	3,0	109	1,2	34	0,4	143	1,5
C78 Grünes Fruchtwasser	399	4,3	30	0,3	3	0,0	33	0,4
C79 Azidose während der Geburt	2	0,0						
C80 Nabelschnurvorfal	5	0,1			1	0,0	1	0,0
C81 Verdacht auf sonst. Nabelschnurkompl.	44	0,5	5	0,1			5	0,1
C82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. EP	668	7,1	452	4,8	1	0,0	453	4,8
C83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. AP	345	3,7	158	1,7	11	0,1	169	1,8
C84 Absolutes o. rel. Mißverhältnis	59	0,6	36	0,4	3	0,0	39	0,4
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	7	0,1			3	0,0	3	0,0
C86 Querlage/Schräglage	5	0,1	2	0,0	1	0,0	3	0,0
C87 Beckenendlage	52	0,6	16	0,2	3	0,0	19	0,2
C88 Hintere Hinterhauptslage	144	1,5	7	0,1	1	0,0	8	0,1
C89 Vorderhauptslage	76	0,8	5	0,1			5	0,1
C90 Gesichtslage/Stirnslage	15	0,2	5	0,1	3	0,0	8	0,1
C91 Tiefer Querstand	11	0,1	1	0,0			1	0,0
C92 Hoher Gradstand	99	1,1	44	0,5			44	0,5
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen	67	0,7	15	0,2			15	0,2
C94 Sonstiges	61	0,7	17	0,2			17	0,2
C95 HELLP	2	0,0	1	0,0			1	0,0
C96 Intrauteriner Fruchttod	5	0,1	3	0,0			3	0,0
C97 Pathologischer Dopplerbefund	4	0,0	1	0,0			1	0,0
C98 Schulterdystokie	24	0,3						
E100 Auf Wunsch der Mutter			70	0,7	3	0,0	73	0,8

Es waren Mehrfachnennungen möglich,  
Einfachnennung bei Hauptverlegungsgrund

Prozentzahlen jeweils bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)



Die Tabelle 28 zeigt in einer Gegenüberstellung die Gesamtzahl der eingetragenen Befunde (erste Spalte „Ja“, Mehrfachnennungen waren möglich) sowie der Hauptverlegungsgründe (Nur eine Nennung war möglich) und deren Prozentanteil, berechnet auf alle Geburten.

Dem Risikokatalog C ist ein zusätzliches Merkmal *E 100 Auf Wunsch der Mutter* hinzugefügt worden (2002: 73 Nennungen, 2001: 72 Nennungen). 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 oder eine Umentscheidung des Geburtsortes für sich vornimmt.

Der häufigste Hauptverlegungsgrund, der zu einer raschen Verlegung als Notfall führte, war mit 34 Nennungen – wie im vorangegangenen Jahr mit 62 Nennungen – mit Abstand *das pathologische CTG* (siehe Tabelle 28). Der danach folgende häufigste Grund für eine schnelle Verlegung war *die protrahierte Austreibungsperiode* mit 11 Nennungen, siehe Tabelle 28.

Ruhige Verlegungen bei Verzögerungen in der Eröffnungsperiode erfolgten – wie im Vorjahr – wesentlich 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.

### **2.2.6.1 Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung**

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

#### **Protrahierte Geburt**

Ein Risiko 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* steht 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 169 oder 1,8% aller Geburten lag – wie gezeigt – der Hauptverlegungsgrund bei der verlängerten Austreibungsperiode. Diese an sich schon geringe Zahl steht als Hauptverlegungsgrund an zweiter Stelle.

## Pathologisches CTG

Die Tabelle zeigte, dass in 143 Fällen oder 1,5% aller Geburten das pathologische CTG oder die auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen als Hauptverlegungsgrund angegeben worden sind. In diesen Fällen, die an dritter Stelle der Hauptverlegungsgründe stehen, kann von einem echten Risiko für das Kindes gesprochen werden, welches je nach Geburtsstadium unterschiedliche Maßnahmen erfordert.

## Vorzeitiger Blasensprung

Ein nicht zu unterschätzendes Geburtsrisiko ist der vorzeitige Blasensprung, da bei lang dauernden Geburtsverläufen Infektionen bei Mutter und Kind sowie Stress für das Kind entstehen können. Aus diesem Grund wird in der folgenden Tabelle die Anzahl der vorzeitigen Blasensprünge dargestellt. Es 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 Fruchtblasensprünge, die bis zu 24 Stunden vor der Geburt stattfanden, kein Geburtsrisiko per se darstellen. Dagegen sollten die vorzeitigen Blasensprünge, die mehr als 24 Stunden vor der Geburt liegen, als „echtes“ Geburtsrisiko angesehen werden.

Tabelle 29  
Vorzeitiger Blasensprung  
Vorzeitiger Blasensprung gr. 24 Std.

	Häufigkeit	Prozent
nein	6800	72,5
ja, innerhalb 24 Stunden	2474	26,4
ja, größer 24 Stunden	108	1,2
Gesamt	9382	100,0

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge beträgt im Gesamtkollektiv 27,6%, unabhängig von dem Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprunges (2001: 27,4% aller Geburten und damit gleichbleibend). In 2.474 Fällen oder 26,4% haben die Frauen einen vorzeitigen Blasensprung gehabt, der maximal bis zu 24 Stunden vor der Geburt lag. Nur in 108 Fällen oder 1,2% 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 um 11 Fälle oder 0,2% leicht verringert. In nur 65 Fällen (oder 0,7% aller Geburten) wurde dieser Punkt als Hauptverlegungsgrund genannt.

## **Infektionen**

Die eventuell entstehenden Infektionen bei offener Fruchtblase und langen Geburtsverläufen finden außerklinisch nur sehr selten statt– in Tabelle 28 ist der Verdacht auf *Amnioninfektionssyndrom C73* in 11 Fällen (0,1%) (2001 waren es noch 12 Fälle oder 0,2%) und *Fieber unter der Geburt C74* mit 11 Fällen (0,1%) wie im Jahr 2001 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.

## **Hoher Gradstand, absolutes oder relatives Missverhältnis,**

Der Fall eines hohen Gradstandes führte in 44 Fällen zur Verlegung. Ein absolutes oder relatives Missverhältnis wurde im Jahr 2002 in 39 Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben. Solche Befunde führen in der Regel nicht zu einer akuten Notsituation für Mutter und Kind, sondern können in Ruhe behandelt werden.

## **Grünes Fruchtwasser**

Grünes Fruchtwasser war der Hauptverlegungsgrund in 33 Fällen. Ohne weitere Befunde sagt diese Beobachtung noch nichts über den aktuellen Zustand des Ungeborenen aus und müsste daher in Zusammenhang mit den gleichzeitig eingetragenen Morbiditäten betrachtet werden.

## **Gestose/Eklampsie**

Auch wenn dieser Befund in nur 13 Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben wurde, wäre im Dokumentationsbogen eine Differenzierung nach Gestose oder Eklampsie wünschenswert, da die beiden Befunde unterschiedlich schnelles Handeln erfordern und je nach Schweregrad ein gravierendes Problem bei oder nach der Geburt darstellen.

## **Beckenendlage**

52 Kinder oder 0,6% aller Kinder wurden im Jahr 2002 aus Beckenendlage entbunden, 24 von ihnen erlebten die Geburt nach einer Verlegung in die Klinik (bei 19 wurde Beckenendlage als Hauptverlegungsgrund angegeben). Im Jahr 2001 wurden nur 36 Beckenendlagen oder 0,4% aller Geburten in der außerklinischen Geburtshilfe dokumentiert, bei 17 Verlegungsfällen. Auch hier sollte überprüft werden, wie es zu dem Anstieg kam. Eventuell begann im Jahr 2002 erstmalig eine Hebamme mit der Dokumentation, welche sich auf Entbindungen aus Beckenendlage spezialisiert hat. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass aus der Sicht der Hebammenverbände diese Entbindungen eher in enger Klinikanbindung erfolgen sollten.

### 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 30  
Dokumentierte Befunde nach Katalog B und Katalog C

Eintrag lt. Katalog B vorhanden		Eintrag lt. Katalog C vorhanden		Gesamt
		nein	ja	
nein	Anzahl	4110	4353	8463
	Gesamt-%	43,8	46,4	90,2
ja	Anzahl	357	562	919
	Gesamt-%	3,8	6,0	9,8
Anzahl		4467	4915	9382
Gesamt-%		47,6	52,4	100,0

**9,8% 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 2002 mehr Gebärende als im Vorjahr Risiken in der Schwangerschaft und für die Zeit der Geburt eingetragen: Von den 8.463 Gebärenden ohne befundetes Schwangerschaftsrisiko hatten nur 4.110 Frauen (43,8% aller Gebärenden) gegenüber 44,5% im Vorjahr auch kein Geburtsrisiko nach Katalog C aufzuweisen. Diese Zahl sank damit weiter.

Genau 562 Frauen (6% aller Gebärenden) wurden betreut, bei denen sowohl in der Schwangerschaft als auch für die Geburt Befunde eingetragen wurden – diese Zahl lag mit 611 Frauen oder 6,5% im Jahr 2001 etwas höher.

Es gab jedoch auch 4.353 Verläufe (46,4% aller Gebärenden), bei denen Frauen keine Befunde in der Schwangerschaft aufwiesen, dann aber Risiken während der Geburt nach Katalog C entwickelten (s. Tabelle 30). Diese Angaben waren mit 4.230 Fällen oder (44,7% aller Gebärenden im Vorjahr um fast 2% geringer. Hier kann von einer ansteigenden Tendenz gesprochen werden, allerdings wäre zu gewichten, welche Rolle „falsche“ Risiken wie die Übertragung um nur wenige Tage oder der Blasensprung innerhalb von 24 Stunden vor der Geburt spielen.

Von insgesamt 919 Geburten oder 9,8% aller Geburten mit bereits vorhandenen Komplikationen (2001: 10,8%) entwickelten sich weit mehr als die Hälfte auch zu Problemfällen bei der Geburt.

Betrachtet man in der Tabelle 31 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 31  
Risikoeinträge nach Institution

Risikoeinträge lt. Katalog B u. C		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	1935	1847	264	64	4110
	Spalten-%	45,3	44,6	36,2	26,9	43,8
nur lt. Katalog B	Anzahl	220	118	13	6	357
	Spalten-%	5,1	2,9	1,8	2,5	3,8
nur lt. Katalog C	Anzahl	1847	1948	416	142	4353
	Spalten-%	43,2	47,1	57,0	59,7	46,4
lt. Katalog B u. C	Anzahl	273	226	37	26	562
	Spalten-%	6,4	5,5	5,1	10,9	6,0
Anzahl		4275	4139	730	238	9382
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 Hausgeburtshebamme im Jahr 2002 mit 1.935 Frauen oder 45,3% aller geplanten Hausgeburten das größte Kollektiv risikofreier Frauen auf (im Jahr 2001 waren es 2.092 Frauen oder 46,2% aller geplanten Hausgeburten). Allerdings findet sich – wie im Vorjahr – bei den Einträgen „nur laut Katalog B“ mit 220 Fällen oder 5,1% aller geplanten Hausgeburten eine höhere Anzahl als in den übrigen Gruppen (im Vorjahr: 238 Fälle oder 5,3% aller geplanten Hausgeburten). Demnach ist die Auswahl der Klientel 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 1.847 Einträge oder 43,2% aller geplanten Hausgeburten (im Jahr 2001 waren es 1.868 Frauen oder 41,2% aller geplanten Hausgeburten). Gleichzeitig ist dieser Anteil an der Gesamtgruppe im Vergleich mit den übrigen Einrichtungen am niedrigsten, was für die Zukunft weiterhin wünschenswert ist. Eklatant ist die Zunahme an Einträgen in dieser Kategorie bei den anderen außerklinischen Institutionen (von 48,8% aller Einträge in diesen Einrichtungen (2001) auf 57% im Jahr 2002).

Noch wichtiger ist die Frage, wie häufig sowohl Einträge im Katalog B als auch in Katalog C erfolgt sind: Diese Überschneidung ergab sich für die Hausgeburtsklientel in 273 Fällen oder in 6,4% aller geplanten Hausgeburten (2001: 331 Geburten oder 7,3%). Dieser erfreuliche Rückgang in der Gruppe der Frauen, die in der Schwangerschaft derartige Probleme hatten, dass sich auch leichter bei der Geburt Komplikationen einstel-

len, sollte beibehalten werden. Immerhin liegt der Prozentsatz um etwa 1 Prozent höher als bei den Einrichtungen „Geburtshaus“ und „andere außerklinische Institutionen“. Im Vorjahr lagen die beiden letztgenannten Institutionen noch um 2% niedriger als die Rate bei den Hausgeburten. Diese Schwankungen können auf Grund der relativ kleinen Zahlen entstehen.

### 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 31  
Weitere anwesende Personen

Weitere anwesende Personen	Anzahl	Gesamt-%
keine	164	1,8
Familie	8906	95,1
Freunde	833	8,9
andere	692	7,4

Mehrfachnennungen waren möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

#### **Die weitaus meisten Frauen haben neben der Hebamme noch weitere Hilfen bei der Geburt.**

Diese Tabelle zeigt, dass – wie im Vorjahr – die Frauen lediglich in 164 Fällen oder 1,8% aller Geburten allein durch ihre Hebamme bei der Geburt betreut wurden (im Vorjahr waren es 172 Fällen oder ebenfalls 1,8%). Am häufigsten, und zwar in 95,1% der Fälle, war mindestens ein Familienmitglied anwesend (im Vorjahr war dies in 94,5% aller Geburten gegeben). In 8,9% aller Geburten waren (auch) Freunde und in 7,4% aller Geburten (auch) andere Personen wie Hebammenschülerinnen oder Praktikantinnen bei der Geburt zugegen (im Vorjahr waren es 9,8% bzw. 7,9%). Die Zahl derjenigen Geburten, bei denen eine Gebärende auf keine weitere Hilfe als die der Hebamme zurückgreifen kann, hat sich damit zahlenmäßig etwas gesenkt.

Unabhängig davon waren insgesamt bei vielen Geburten zusätzlich ein Arzt/eine Ärztin und/oder eine zweite Hebamme zur Unterstützung anwesend. In 5.363 Fällen (57,2% aller Geburten) wurde im Jahr 2002 eine 2. Hebamme und/oder eine Ärztin/ein Arzt gerufen, d.h. in 4.019 Fällen (42,8% aller Geburten, Prozentzahl nicht in einer Tabelle dargestellt) hat die betreuende Hebamme ohne weitere medizinische Hilfe die Geburt begleitet. Bei 1.568 Geburten (16,7% aller Geburten) war ärztliche Hilfe anwesend.

In der folgenden Tabelle wird grundsätzlich abgefragt, ob lediglich zu Komplikationen weitere Hilfe anfordert wurde.

Tabelle 33  
2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt eingetroffen getrennt nach  
„gerufen zur normalen Geburt“ oder „wegen Komplikationen“

2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt zur Geburt eingetroffen		ger. zur norm. Geburt od. wg. Kompl.			Gesamt
		Angabe fehlt	normale Geb.	wg. Kompl.	
nicht gerufen	Anzahl	4019			4019
	Gesamt-%	42,8			42,8
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	7	3446	342	3795
	Gesamt-%	,1	36,7	3,6	40,4
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	2	435	79	516
	Gesamt-%	,0	4,6	,8	5,5
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	2	810	240	1052
	Gesamt-%	,0	8,6	2,6	11,2
Anzahl		4030	4691	661	9382
Gesamt-%		43,0	50,0	7,0	100,0

**Die Fälle, in denen zur normalen Geburt Hilfen aus beiden Fachrichtungen eine Unterstützungsperson gerufen werden, haben zugenommen.**

Im Jahr 2002 war bei 3.795 Geburten (bei 40,4% aller Geburten) – und damit etwas häufiger als im Vorjahr – (bei 3.759 Geburten oder 39,7% aller Geburten im Jahr 2001) 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 516 Geburten oder 5,5% aller Geburten kamen ein Arzt oder eine Ärztin hinzu (2001: 718 Geburten oder 7,6% aller Geburten). Eine zweite Hebamme *und* ärztliche Hilfe waren bei insgesamt 1.052 Geburten oder 11,2% aller Geburten anwesend (2001: 882 Geburten oder 9,3% aller Geburten). Hier ist eine enorme Steigerung zu erkennen. Damit war ärztliche Hilfe allein insgesamt mit 16,7% aller Geburten im Jahr 2002 etwas seltener vertreten als im Jahr 2001 mit 18% aller Geburten.

Von den insgesamt 3.795 Anforderungen ausschließlich einer zweiten Hebamme geschahen 3.446 Rufe oder 36,7% aller Fälle zu einer normalen Geburt (im Jahr 2001 waren dies nur 35,7%). In 435 Fällen oder 4,6% aller Geburten ist ausschließlich ärztliche Hilfe zur Unterstützung einer normalen Geburt hinzugekommen (im Jahr 2001 waren dies noch 1,5% mehr, d.h. 6,1%). Beide Fachpersonen wurden zu normalen Geburten in 810 Fällen oder bei 8,6% aller Geburten gerufen (im Jahr 2001 waren dies nur 7,4%). Der Trend geht eindeutig dahin, zur normalen Geburt Hilfen aus beiden Fachrichtungen hinzuzuziehen, wie auch die Zahlen in der nächsten Tabelle belegen.

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

Tabelle 34  
Zweite Hebamme und/oder Arzt/Ärztin eingetroffen  
nach Risikoeinträgen in Katalog B und C

2. Hebamme und/oder Ärztin/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	
nicht gerufen	Anzahl	1771	178	1819	251	4019
	Gesamt-%	18,9	1,9	19,4	2,7	42,8
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	1742	131	1716	206	3795
	Gesamt-%	18,6	1,4	18,3	2,2	40,4
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	191	19	269	37	516
	Gesamt-%	2,0	,2	2,9	,4	5,5
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	406	29	549	68	1052
	Gesamt-%	4,3	,3	5,9	,7	11,2
Anzahl		4110	357	4353	562	9382
Gesamt-%		43,8	3,8	46,4	6,0	100,0

Von allen 4.353 dokumentierten Geburten mit Risikoeinträgen nach Katalog C wurde im Jahr 2002 bei 2.534 Geburten zusätzliche Hilfe hinzugezogen, hierbei handelte es sich zumeist um eine zweite Hebamme (18,3 % aller Geburten, 2001: bei 17,5% aller Geburten), oder um ein Team aus Arzt/Ärztin und Hebamme (bei 5,9% aller Geburten, 2001: bei 4,7% aller Geburten).

Von allen 562 Geburten mit Risikoeinträgen nach Katalog B und C im Jahr 2002 wurde in 311 Fällen (oder 3,3% aller Geburten) zusätzliche Hilfe hinzugezogen, am häufigsten die zweite Hebamme.

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.

Von allen 1.568 Fällen, in denen entweder nur ärztliche Hilfe oder diese in Kombination mit Hebammenhilfe gerufen wurde, endeten nur 123 Geburten in der Klinik (2001: 146 Geburten). D.h., in den meisten Fällen der ärztlicher Hilfe (mit oder ohne Hebammenhilfe), konnten die Geburten außerklinisch beendet werden, wie die Tabelle zeigt:



Tabelle 35

## 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

2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt zur Geburt eingetroffen		Geburtsort außerklinisch/klinisch		Gesamt	
		außerklinisch	klinisch		
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	3408	387	3795	
	Zeilen-%	89,8%	10,2%	100,0%	
	Spalten-%	70,2%	75,9%	70,8%	
	Gesamt-%	63,5%	7,2%	70,8%	
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	479	37	516	
	Zeilen-%	92,8%	7,2%	100,0%	
	Spalten-%	9,9%	7,3%	9,6%	
	Gesamt-%	8,9%	,7%	9,6%	
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	966	86	1052	
	Zeilen-%	91,8%	8,2%	100,0%	
	Spalten-%	19,9%	16,9%	19,6%	
	Gesamt-%	18,0%	1,6%	19,6%	
		Anzahl	4853	510	5363
		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%
		Gesamt-%	90,5%	9,5%	100,0%

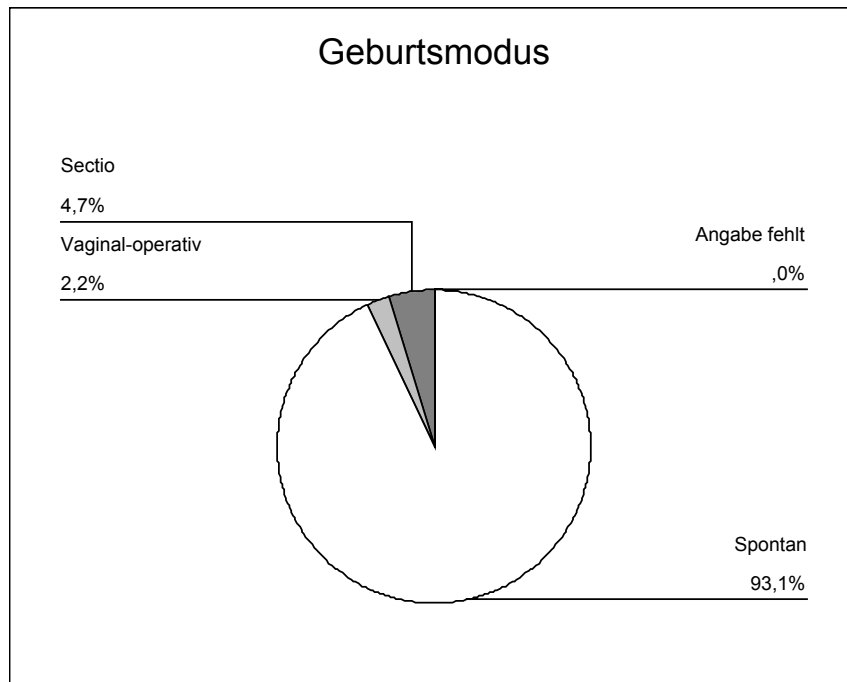
n = alle Geburten, zu denen eine 2. Hebamme und/oder ärztliche Hilfe hinzugezogen wurden

In 37 Fällen oder genau 7,2% aller Rufe nach ärztlicher Hilfe erfolgte die Verlegung in die Klinik (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 11,3% aller Rufe nach ärztlicher Hilfe). In 86 Fällen oder genau 8,2% aller Rufe nach einer Hebamme und gleichzeitiger Anwesenheit ärztlicher Fachpersonen erfolgte eine Verlegung (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 7,4% aller genannten Rufe). Auch hier lässt sich die Tendenz ablesen, dass bei weniger Geburten, die mit ärztlicher Anwesenheit ablaufen, so gravierende Komplikationen bestehen, dass die Entbindungen in einer Klinik stattfinden müssen. Dies spricht für eine vorausschauende Hinzuziehungspraxis der Hebammen bei Komplikationen und für eine bedachte Entscheidung für oder gegen eine Verlegung.

### 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



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die obige Grafik zeigt, dass der Anteil der spontanen Geburten mit 93,1% wie im Vorjahr (mit 93,8%) erwartungsgemäß hoch ist, aber leicht absinkt. Eine vaginal-operative Entbindung war bei 204 Frauen oder 2,2% aller Frauen erforderlich (2001: 2,1%) und 439 Schwangere oder 4,7% aller Frauen erhielten einen Kaiserschnitt (2001: 4%). Die ganzen Zahlen siehe Tabelle 64 im Anhang. Die Prozentangaben zur vaginal-operative Entbindung und die Sectiorate liegen leicht über dem Vorjahresergebnis, sind aber z. T. auch aus dem Rückgang der fehlenden Angaben (nur noch 0% im Gegensatz zu 0,1%) abzuleiten.

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. Eine Wehendauer von null bis drei Stunden war bei 1.544 Frauen (16,3% Gebärenden, genau wie im Jahr 2001) zu beobachten, wie folgende Tabelle zeigt. Hierbei ist die Phase zwischen Beginn regelmäßiger Wehen und der Geburt des Kindes gemeint.

Tabelle 36  
Geburts- / Wehendauer

Wehendauer		Häufigkeit	Prozent
	Angaben fehlen	107	1,1
	0 bis 3 Std.	1544	16,5
	3 bis 5 Std.	2034	21,7
	5 bis 10 Std.	3222	34,3
	10 bis 24 Std.	2107	22,5
	1 bis 2 Tage	326	3,5
	mehr als 2 Tage	42	,4
	Gesamt	9382	100,0

**Es zeigen sich ähnliche Längen der Wehendauer wie im Vorjahr.**

Nur 326 Schwangere (3,5% Gebärenden, 3,6% im Vorjahr) waren einer Wehendauer von ein bis zwei Tagen ausgesetzt. Eine Minderheit von 42 Frauen oder 0,4% (35 Frauen oder ebenfalls 0,4% aller Gebärenden im Vorjahr) war mehr als zwei Tage in den Wehen. Die Wehendauer betrug im Jahr 2002 bei 73% der Geburten einen Zeitraum von bis zu 10 Stunden, genau wie im Jahr 2001. Bei 94,6% der Geburten war nach höchstens 24 Stunden das Kind im Vorjahr geboren, im Jahr 2001 waren 94,2% 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. Bei 5.329 Gebärenden oder 56,8% aller Gebärenden betrug die Wehendauer drei bis zehn Stunden (vergleichbar mit 5.363 Gebärenden oder 56,7% im Vorjahr).

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

Tabelle 37  
Dauer der Austreibungsphase / des aktiven Mitschiebens

Dauer des aktiven Mitschiebens		
	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	719	7,7
< 15 Min.	5017	53,5
15 - 60 Min.	2912	31,0
> 60 Min.	734	7,8
Gesamt	9382	100,0

**Die Dauer des aktiven Mitschiebens hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert.**

Bei 5.017 Gebärenden oder 53,5% betrug die Dauer des aktiven Mitschiebens im Jahr 2002 weniger als 15 Minuten (mehr Gebärende als im Vorjahr mit 5.127 Frauen oder 54,2% aller Gebärenden). Hierbei ist der Zeitraum vom beginnenden Wunsch zum Mitschieben bis zur vollendeten Geburt des Kindes gemeint. In der außerklinischen Geburtshilfe wird in der Regel auf den Vorteil Wert gelegt, durch weniger „Powerpressen“ Mutter und Kind langsam auf die Veränderungen vorzubereiten.

Insgesamt 15–60 Minuten dauerte das aktive Mitschieben bei 2.912 Frauen oder 31% aller Geburten – vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis (2.885 Frauen oder 30,5% aller Gebärenden). Ähnlich blieb auch der Anteil der Frauen, die aktives Mitschieben von mehr als 60 Minuten leisteten (2002: 734 Frauen oder 7,8% aller Gebärenden gegenüber 725 Frauen oder 7,7% im Vorjahr).

## 2.2.9 Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und -verletzungen, differenziert nach Geburtsort

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

Tabelle 38  
Geburtsmodus nach Geburtsort

Geburtsmodus gesamt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angabe fehlt	Anzahl	1	1	2
	Spalten-%	,0%	,1%	,0%
Spontan	Anzahl	7965	475	8440
	Spalten-%	97,0%	40,6%	90,0%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	192	105	297
	Spalten-%	2,3%	9,0%	3,2%
Vaginal-operativ	Anzahl	43	120	163
	Spalten-%	,5%	10,2%	1,7%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	9	32	41
	Spalten-%	,1%	2,7%	,4%
Sectio	Anzahl	1	438	439
	Spalten-%	,0%	37,4%	4,7%
Anzahl		8211	1171	9382
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%

Die genaue Betrachtung der Geburtsmodi nach Geburtsort ergibt, dass – wie bereits im anderen Zusammenhang erwähnt – 475 Frauen oder 40,6% aus der Gruppe der in die Klinik verlegten Frauen ihr Kind spontan zur Welt gebracht haben (im Vorjahr 44,8%). Zusammen mit den Geburten, die spontan mit Kristellerhilfe abliefen (105 Frauen oder 9% aller Klinikgeburten, im Vorjahr 11,2%), beträgt die Anzahl 580 Frauen oder 49,8% aller in der Klinik entbundenen Frauen (im Vorjahr waren es 56%). Damit hatte knapp die Hälfte der Gebärenden nach einer Verlegung die Möglichkeit, spontan mit oder ohne Kristellerhilfe zu gebären, jedoch besteht ein Absinken zum Vorjahr um mehr als 6%.

Dieses relativ drastische Absinken ist in der Gruppe, die außerklinisch die Geburt beendeten, nicht anzutreffen. Logischerweise wurde hier nicht um ebenso viel Prozent häufiger eine operative Beendigung der Geburt angestrebt, sondern offensichtlich im richtigen Moment zur Verlegung geraten. Spontan mit oder ohne Kristellerhilfe konnten im Jahr 2002 genau 8.157 Frauen oder 99,2% aller Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung die Geburt beendeten, ihr Kind zur Welt bringen (bei 0% fehlender Angaben). Im Vorjahr waren dies vergleichbar viele Frauen: 8.194 Frauen oder 99,3% aller Frauen mit außerklinischem Geburtsort (bei 0,1% fehlender Angaben).

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

Tabelle 39  
Beendigung der Geburt nach Risikoeinträgen und tatsächlichem Geburtsort

Geburtsort		Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
		keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
außerklinisch	Anzahl	4088	356	3346	421	8211
	Zeilen-%	49,8%	4,3%	40,8%	5,1%	100,0%
	Gesamt-%	43,6%	3,8%	35,7%	4,5%	87,5%
klinisch	Anzahl	22	1	1007	141	1171
	Zeilen-%	1,9%	,1%	86,0%	12,0%	100,0%
	Gesamt-%	,2%	,0%	10,7%	1,5%	12,5%
Anzahl		4110	357	4353	562	9382
Gesamt-%		43,8%	3,8%	46,4%	6,0%	100,0%

**In der Gruppe, die außerklinisch geboren hat, hatten fast die Hälfte aller Frauen keinerlei Befunde.**

Weniger als die Hälfte (49,8%) aller außerklinisch entbundenen Frauen hatten kein Risiko aufzuweisen (2001: 50,7%), demgegenüber traf dies nur für 1,9% aller klinisch entbundenen Frauen zu (2001: 2,6%). In der Gruppe der Frauen, die ihr Kind in einer außerklinischen Einrichtung zur Welt brachten, hatten 40,8% einen Befund im Katalog C (2001: 38,5%), während dies auf 86% aller klinisch entbundenen Frauen zutraf (2001: 86,7%).

Lediglich 0,1% aller Klinikgeburten hatten ein Risiko nur für die Schwangerschaft (Katalog B), während es 2001 noch 0,2% waren. Dies traf bei den Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung geboren haben, auf 4,3% zu (2001: 4,9%). Auch die Kombination der Einträge bei Katalog B und C traf erwartungsgemäß auf mehr Geburten bei den klinisch entbundenen Frauen zu (12%, 2001: 10,5% aus dieser Gruppe) als auf außerklinisch entbundene Frauen (5,1%, 2001: 5,9% aller außerklinisch entbundenen Frauen). Insgesamt hatten 98% aller Frauen, die in der Klinik entbunden wurden, kritische Befunde laut Katalog C aufzuweisen (2001: 97,2%), während dies nur auf 45,9% der Gruppe zutraf, die nicht in der Klinik entbunden worden waren (2001: 44,4%). Aus diesen Zahlen lässt sich der durchaus positive Trend ablesen, dass vermehrt Frauen mit bestehendem Schwangerschaftsrisiko und einem weiteren Geburtsrisiko verlegt werden.

Diese Prozentzahlen sprechen dafür, dass die Entscheidungen zur Verlegung immer stärker die „richtigen“ Frauen trifft. Anzeichen dafür sind, dass meist auf Grund eines pathologischen Befundes verlegt wurde und – unter Vorbehalt – dass vermehrt operative Eingriffe in der Klinik gerechtfertigt scheinen. Es lässt sich eine Zunahme an Befunden oder eingetragenen Risiken in der Gruppe festmachen, die in außerklinischen Einrichtungen ihre Geburt geplant und beendet haben. Für weiterführende Auswertungen ist eine Aufgliederung nach einzelnen Institutionstypen (zumindest in der größeren Gruppe „Risikoeinträge lt. Katalog C“) anzuraten. Siehe auch Tabelle 31 weiter oben, die die Risikoeinträge nach Institution aufgliedert, ohne den letztendlichen Geburtsort zu nennen.

## **Geburtsverletzungen**

Folgende Auflistung ist hier nicht in einer Tabelle dargestellt (siehe Tabellen 67–72 im Anhang): Geburtsverletzungen sind im Jahr 2002 für 4.751 Frauen oder 50,6% aller betreuter Frauen dokumentiert und haben damit im Vergleich zum Vorjahreswert von 51,1% aller betreuter Frauen leicht abgenommen.

Ein *Dammriss ersten Grades* ist in 1.902 oder 20,3% (im Vorjahr 19,5%) der Fälle dokumentiert und ist damit leicht gestiegen. Ein *Dammriss zweiten Grades* in 1.479 Fällen oder 15,8% (gegenüber 2001 mit 15,2% ebenfalls etwas gestiegen), ein *Dammriss dritten oder vierten Grades* in 77 Risse oder 0,8% der Fälle (gegenüber 2001 mit 83 Risse oder 0,9% der Fälle leicht zurückgegangen), andere nahtpflichtige Risse sind in 982 Fällen oder 10,5% dokumentiert (gegenüber 2001 mit 9,8% in etwa erhöht).

*Episiotomien* wurden in 585 Fällen oder bei 6,2% aller betreuter Frauen vorgenommen (gegenüber 2001 mit 547 Rissen oder 5,8% aller Geburten leicht erhöht).

Eine differenzierte Analyse der Dammrisse nach Parität (nicht in einer Tabelle dargestellt) zeigt, dass die Rate an schweren Dammrissen mit zunehmendem Geburtenrang abnimmt. Die 77 erfassten Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich in erster Linie auf Erstgebärende (45 Frauen oder 0,5% aller Geburten), genau 26 oder 0,3% ereigneten sich bei Zweitgebärenden und 6 oder 0,1% bei Dritt- und Mehrgebärenden. Die Prozentwerte vom Vorjahr fielen ähnlich aus.

## Episiotomien

In 585 Fällen wurde ein Dammschnitt durchgeführt, dies entspricht 6,2% aller Geburten (2001 etwas niedriger: insgesamt 547 Episiotomien oder 5,8%). Die Rate an Dammschnitten sinkt erfahrungsgemäß mit zunehmendem Geburtenrang, wie es auch folgende Tabelle bestätigt.

Tabelle 40  
Episiotomien nach Parität

Parität		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Erstgebärende	Anzahl	3010	397	3407
	Zeilen%	88,3%	11,7%	100,0%
	Spalten%	34,2%	67,9%	36,3%
	Gesamt-%	32,1%	4,2%	36,3%
Zweitgebärende	Anzahl	3313	147	3460
	Zeilen%	95,8%	4,2%	100,0%
	Spalten%	37,7%	25,1%	36,9%
	Gesamt-%	35,3%	1,6%	36,9%
Drittgebärende und mehr	Anzahl	2474	41	2515
	Zeilen%	98,4%	1,6%	100,0%
	Spalten%	28,1%	7,0%	26,8%
	Gesamt-%	26,4%	,4%	26,8%
Anzahl		8797	585	9382
Gesamt-%		93,8%	6,2%	100,0%

Von 585 durchgeführten Episiotomien entfallen 397 oder 4,2% der Gesamtgeburtenszahl auf Erstgebärende, 147 Episiotomien oder 1,6% auf Zweitgebärende und 41 Episiotomien oder 0,4% auf Dritt- und Vielgebärende. Im Jahr 2001 lagen die Raten insgesamt etwas niedriger: Von 547 durchgeführten Episiotomien entfielen 383 Schnitte oder 4% von allen Geburten auf Erstgebärende, 130 Episiotomien oder 1,4% auf Zweitgebärende und 34 Episiotomien oder gleichbleibend 0,4% auf Dritt- und Vielgebärende.

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. Die Trennung nach Geburtsort ist durch die mangelnde Kontinuität der Betreuung nach einer Verlegung begründet. Wie bereits gezeigt, 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 41  
Geburtsmodus (außerklinische Geburten) mit Episiotomierate

Geburtsmodus außerklinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	1		1
	Gesamt-%	,0%		,0%
Spontan	Anzahl	7672	293	7965
	Gesamt-%	93,4%	3,6%	97,0%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	135	57	192
	Gesamt-%	1,6%	,7%	2,3%
Vaginal-operativ	Anzahl	12	31	43
	Gesamt-%	,1%	,4%	,5%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	3	6	9
	Gesamt-%	,0%	,1%	,1%
Sectio	Anzahl	1		1
	Gesamt-%	,0%		,0%
<b>Anzahl</b>		<b>7824</b>	<b>387</b>	<b>8211</b>
<b>Gesamt-%</b>		<b>95,3%</b>	<b>4,7%</b>	<b>100,0%</b>

n = alle Geburten mit außerklinischem Geburtsort

Eine Episiotomie für die tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten ist bei 387 Frauen oder 4,7% aller außerklinisch beendeten Geburten (2001: 365 Frauen oder 4,4%) und damit um 0,3% häufiger als im Vorjahr durchgeführt worden.

Bei 293 Spontangeburt und bei 57 Geburten „Spontan mit Kristellerhilfe“ erfolgte eine Episiotomie, das sind 4,3% aller außerklinisch beendeter Geburten – im Gegensatz zu 4,1% im Vorjahr. Bei 37 vaginal-operativen Entbindungen mit oder ohne Kristellerhilfe wurde eine Episiotomie vorgenommen, dies sind 0,5% aller außerklinisch beendeter Geburten. Die eine außerklinische Sectio ist – wie im Vorjahr – eine Ausnahmeerscheinung einer einzigen außerklinischen Einrichtung (Geburtshaus) und wurde von der betreuenden Hebamme bestätigt.

Die Rate der Episiotomien wird nun auch für die Frauen näher betrachtet, die in eine Klinik verlegt wurden. Hierbei geht es nicht darum, einen Vergleich zwischen den beiden Gruppe anzustellen. Wie bereits gezeigt, sind die Unterschiede in den Befunden zu stark. Vielmehr soll auch hier die Umgangsweise mit der Frage nach dem Dammschnitt vorgestellt und mit den Vorjahresergebnissen verglichen werden.

Tabelle 42  
Geburtsmodus (klinische Geburten nach Verlegung) mit Episiotomierate

Geburtsmodus klinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl		1	1
	Gesamt-%		,1%	,1%
Spontan	Anzahl	410	65	475
	Gesamt-%	35,0%	5,6%	40,6%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	58	47	105
	Gesamt-%	5,0%	4,0%	9,0%
Vaginal-operativ	Anzahl	52	68	120
	Gesamt-%	4,4%	5,8%	10,2%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	15	17	32
	Gesamt-%	1,3%	1,5%	2,7%
Sectio	Anzahl	438		438
	Gesamt-%	37,4%		37,4%
Anzahl		973	198	1171
Gesamt-%		83,1%	16,9%	100,0%

n= alle Geburten mit klinischem Geburtsort

Eine Episiotomie war im Jahr 2002 bei 198 Frauen, die in eine Klinik verlegt wurden, und damit bei 16,9% aller Verlegungen, erforderlich. Die Prozentzahl liegt höher als im Vorjahr (15%), aber niedriger als im Jahr 2000 (17,8%). Dennoch ist auch die Sectiorate gestiegen (um etwa 6%).

Auffallend ist, dass bei den verlegten Frauen, die spontan ohne Kristellerhilfe (5,6% aller Verlegungen, 2001: 5,3%) oder mit Kristellerhilfe (4% aller Verlegungen, 2001: 4,1%) gebären konnten, die Dammschnittrate nicht besonders hoch ist. Offensichtlich wird die Haltung zum Dammschnitt in der jeweiligen Klinik schon vor der Verlegung beachtet. Auch bei allen vaginal-operativen Entbindungen in der Klinik fällt ins Auge, dass die Anzahl der Entbindungen ohne Schnitt im Jahr 2002 niedriger liegt (5,7%, 2001: 6,5% aller Verlegungen) als mit Dammschnitt (7,3%, 2001: 4,2% aller Verlegungen). Im Vorjahr war das Verhältnis umgekehrt. Es zeigt sich, dass es in der Klinikgruppe von Jahr zu Jahr starke Schwankungen gibt. Dies ist der relativ kleinen Anzahl in den jeweiligen Untergruppen anzulasten. Ein Vergleich mit der Gruppe der außerklinisch beendeten Geburten lässt sich nicht direkt ziehen, da die Bezugsgruppen von sehr unterschiedlicher Größe sind (Gesamtzahl klinisch: 1.213 Geburten gegenüber Gesamtzahl außerklinisch: 8.252 Geburten) und von verschiedenen Pathologien bestimmt sind.

### 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 mit nein (7.878 Fälle oder 84% von allen Geburten) **und** alle begleitenden Maßnahmen mit nein (3.148 Fälle 33,6% von allen Geburten)

*invasionsarm:* Homöopathie mit nein (4.608 Fälle oder 49,1% von allen Geburten), Analgetika mit nein (8.582 Fälle oder 91,5% von allen Geburten), sonstige Maßnahmen mit nein (8.402 Fälle oder 89,6% von allen Geburten), Amniotomie mit nein (keine Blasensprengung bis 30 Minuten vor der Geburt: 7.907 Fälle oder 84,3% von allen Geburten) **und** Episiotomie mit nein (8.797 Fälle oder 93,8% von allen Geburten), **aber** Naturheilkunde mit ja (1.088 Fälle oder 11,6% von allen Geburten) oder Massagen mit ja (2.913 Fälle oder 31% von allen Geburten) oder Akupunktur/-pressur mit ja (1.235 Fälle oder 13,2% von allen Geburten)

*invasiv:* Amniotomie mit ja (Blasensprengung bis 30 Minuten vor der Geburt: 1.477 Fälle oder 15,7% von allen Geburten) **und/oder** bei begleitenden Maßnahmen mit ja (6.233 Fälle oder 66,4% von allen Geburten) Homöopathie mit ja (4.774 Fälle oder 50,9% von allen Geburten) **oder** Analgetika mit ja (800 Fälle oder 8,5% von allen Geburten), Episiotomie mit ja (585 Fälle oder 6,2% von allen Geburten) **oder** sonstige Maßnahmen mit ja (980 Fälle oder 10,4% von allen Geburten)

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

Tabelle 43  
Maßnahmen während der Geburtsbegleitung

**Invasionen unter der Wehenbegleitung**

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	9	,1
nicht invasiv	2711	28,9
invasionsarm	726	7,7
invasiv	5936	63,3
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Die obige Tabelle zeigt, dass bei der vorgenommenen Klassifizierung 5.936 Frauen oder 63,3% aller Frauen – und damit etwas mehr als im Vorjahr (62,3%) – invasiv betreut wurden. Die hohe Invasionsrate erklärt sich durch die häufige Gabe von Homöopatika. Von den 6.233 Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, wurden im Jahr 2002 bei 4.773 Frauen (76,6% aller Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben) Homöopatika eingesetzt. Im Jahr 2001 waren es ähnlich viele: 4.771 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 auf die Häufigkeiten der spontanen Blasensprünge und Amniotomien eingegangen.

Tabelle 44  
Zeit der Fruchtblaseneröffnung differenziert nach Geburtsort

### Zeit Blasensprengung bis Geburt \* Geburtsort

Zeit Blasensprengung bis Geburt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben nicht verwertbar	Anzahl	24	10	34
	Spalten-%	1,8%	6,4%	2,2%
bis 30 min.	Anzahl	598	19	617
	Spalten-%	44,1%	12,1%	40,8%
30 min - 3 Std.	Anzahl	568	34	602
	Spalten-%	41,9%	21,7%	39,8%
>3 Std.	Anzahl	165	94	259
	Spalten-%	12,2%	59,9%	17,1%
Gesamt	Anzahl	1355	157	1512
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

n= alle Geburten mit Eröffnung der Fruchtblase

Eine Amniotomie („Blasensprengung“) wurde im Jahr 2002 bei 1.512 Geburten vorgenommen – und damit bei 16,1% aller Geburten und um etwa 1% seltener als im Vorjahr (17,3%) – beide Prozentzahlen sind nicht in einer Tabelle dargestellt. In der außerklinischen Geburtshilfe wurde in 165 Fällen länger als drei Stunden vor der Geburt die Fruchtblase geöffnet (12,2% aller Amniotomien bei einem außerklinischen Geburtsort im Gegensatz zu 125 Fällen oder 9,2% im Vorjahr). Damit wurden die Situationen, in denen es zu einer Infektion während der Geburt kommen könnte, etwas seltener vermieden. Von den insgesamt nur 157 Fällen, in denen an einem klinischen Geburtsort die Fruchtblase geöffnet wurde, wurde die Amniotomie bei 94 Frauen in einer Zeitspanne bis zu drei Stunden vor der eigentlichen Geburt durchgeführt (59,9% aller Amniotomien bei der Klinikgeburt im Gegensatz zu 93 Frauen oder 48,9% im Vorjahr). 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. Eine Abnahme von lange eröffneten Fruchtblasen wäre wünschenswert. Allerdings sind immer noch relativ viele Angaben nicht verwertbar: 2002 sind es 2,2% aller Angaben und im Jahr 2001 waren es 2,1% der Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten. Es wurden 11 Fälle von *Amnioninfektionssyndrom C73* und 11 Fälle von *Fieber unter der Geburt C74* belegt (siehe weiter oben Tabelle 28)– inwieweit diese mit einer vorzeitigen Blasensprengung in Verbindung stehen, wurde auf Grund der kleinen Zahl hier nicht untersucht.

Bevor auf die dokumentierten Verlegungsgründe in der Zeit nach der Geburt näher eingegangen wird, soll die Gesamtzahl einschließlich der nach der Geburt auftretenden medizinischen Befunde der Frauen im folgenden Abschnitt dargestellt werden. 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 Müttern und Kindern allgemein**

Von den 9.382 begleiteten Frauen sind im Jahr 2002 insgesamt 268 Frauen oder 2,8% aller Frauen (2001: 2,4%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verlegt worden (siehe auch weiter oben Abbildung 4).

Im Vergleich zu 2001 mussten im Jahr 2002 insgesamt mehr Frauen nach der Geburt verlegt werden. Im Jahr 2002 sind 240 Kinder oder 2,6% aller Kinder in einer Zeit von sieben Tagen nach der Geburt verlegt worden (im Vorjahr waren es vergleichbare 2,5% aller Geburten).

Genau 156 Kinder oder 1,7% aller Geburten wurden nach einer außerklinisch beendeter Geburt verlegt (2001: 139 Kinder oder 1,5% aller Geburten). Genau 84 Kinder oder 0,9% aller Geburten mussten nach einer klinischen Entbindung verlegt werden (2001: 95 Kinder oder 1% aller Geburten), dazu siehe auch Abbildung 3 und 4.

#### **2.3.1.1 Postpartale Verlegungen der Mütter**

Nach einer außerklinischen Geburt im Jahr 2002 fanden 253 Verlegungen von Müttern innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes statt und damit 94,4% aller Verlegungen (2001: 219 Mütter oder 95,2% aller Verlegungen). Innerhalb der ersten 7 Tage wurden 7 Wöchnerinnen verlegt (2001: 10 Wöchnerinnen).

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

Tabelle 45  
Verlegungsgrund und -zeitpunkt bei Frauen nach der Geburt

Verlegungsgrund der Mutter p.p. \* Mutter verlegt innerhalb von...

Verlegungsgrund der Mutter p.p.		Mutter verlegt innerhalb von...			Gesamt
		Angabe fehlt	24 Stunden	7 Tagen	
95 (falsche Katalogziffer)	Anzahl		2		2
	Spalten-%		,8%		,7%
E100 Auf Wunsch der Mutter	Anzahl		5	1	6
	Zeilen-%		83,3%	16,7%	100,0%
	Spalten-%		2,0%	7,1%	2,2%
E101 Blutungen >1000ml	Anzahl		38		38
	Spalten-%		15,0%		14,2%
E102 Placentalösungsstörungen / unvollst. Placenta	Anzahl		109	1	110
	Zeilen-%		99,1%	,9%	100,0%
	Spalten-%		43,1%	7,1%	41,0%
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	Anzahl		23	1	24
	Zeilen-%		95,8%	4,2%	100,0%
	Spalten-%		9,1%	7,1%	9,0%
E104 Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen	Anzahl		46		46
	Spalten-%		18,2%		17,2%
E105 Sonstiges	Anzahl	1	29	11	41
	Zeilen-%	2,4%	70,7%	26,8%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	11,5%	78,6%	15,3%
Angabe fehlt	Anzahl		1		1
	Spalten-%		,4%		,4%
Gesamt	Anzahl	1	253	14	268
	Zeilen-%	,4%	94,4%	5,2%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

n= alle Frauen, die postpartal nach einer außerklinischen Geburt verlegt worden sind

Die häufigsten Verlegungsgründe innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes sind: *Placentalösungsstörung* in 109 Fällen 43,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 83 Fälle oder 37,9% im Vorjahr), im weiten Abstand gefolgt von dem Grund *Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen* in 46 Fällen oder 18,2% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 47 Fälle oder 21,5% im Vorjahr), *Blutung über 1.000ml* in 38 Fällen oder 15% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 31 Fälle oder 14,2% im Vorjahr) sowie *komplizierter Geburtsverletzungen* in 23 Fällen oder 9,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 19 Fälle oder 8,7% im Vorjahr). Die verbleibenden Fälle verteilen sich auf die Angabe *Sonstiges* (29 Eintragungen oder 11,5% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes – etwa wie im Vorjahr). *Auf Wunsch der Mutter* mit 5 Fällen oder 2% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24



Stunden nach Geburt des Kindes (14 Fälle oder 6,4% im Vorjahr) und eine fehlende Angabe.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die gesamten Verlegungen wegen *Placentalösungsstörungen* erhöht (von 36,1% aller Verlegungsgründe im Jahr 2001 auf 41% im Jahr 2002). *Auf Wunsch der Mutter* oder wegen *Nahtversorgungen* (von 20,4% aller Verlegungsgründe im Jahr 2001 auf 17,2% im Jahr 2002) wurden insgesamt weniger Verlegungen vorgenommen, während sich alle Verlegungen wegen *Blutung über 1.000ml* (von 13,5% aller Verlegungsgründe im Jahr 2001 auf 14,2% im Jahr 2002) erhöht haben. Bei allen Schwankungen sind jedoch die geringen Fallzahlen (höchste Differenz zwischen den beiden Jahrgängen 26 Fälle) zu berücksichtigen.

Keine Frau ist im Jahr 2002 wie im Vorjahr im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit verstorben.

### 2.3.1.2 Postpartale Verlegungen 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 46  
Apgar-Werte der Kinder

Apgar	1 Minute		5 Minuten		10 Minuten	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0	16	0,2	14	0,1	12	0,1
1 – 2	24	0,3	8	0,1	6	0,1
3 – 4	41	0,4	10	0,1	3	0,0
5 – 6	143	1,5	35	0,4	13	0,1
7 – 8	1307	13,9	231	2,5	64	0,7
9 – 10	7735	82,4	9051	96,5	9265	98,8
keine Angabe	116	1,2	33	0,4	19	0,2
Gesamt	9382	100	9382	100	9382	100

In den Ergebnissen für 2002 zeigt sich, dass 96,3% (in etwa wie im Vorjahr mit 96,2%) aller Kinder nach *einer* Minute einen *Apgar-Wert zwischen sieben und zehn* hatten und damit in einem lebensfrischen Zustand waren: Genau 1.307 Kinder oder 13,9% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 7 und 8 (2001: 14,4%), genau 7.735 Kinder oder 82,4% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 9 und 10 (2001: 81,8%).

Nach *fünf* Minuten hatten im Jahr 2002 bereits 99% (im Vorjahr 98,8%) und nach zehn Minuten 99,5% (im Vorjahr 99,4%) aller Kinder einen *Apgar-Wert zwischen sieben und zehn* aufzuweisen und damit ist eine gleichbleibende Tendenz zu den Vorjahreswerten ablesbar.

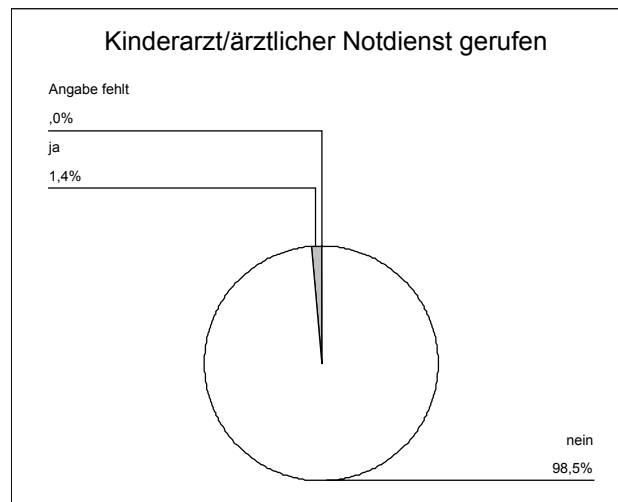
Nach *einer* Minute hatten im Jahr 2002 genau 224 Kinder (wie im Vorjahr 2,4% aller Kinder), nach *fünf* Minuten noch genau 67 Kinder oder 0,7% der Kinder (im Vorjahr waren es 48 Kinder oder 0,5% der Kinder) und nach *zehn* Minuten genau 34 Kinder oder 0,4% der Kinder einen *Apgar von unter sieben* (im Vorjahr: 18 Kinder oder 0,2% der Kinder). Hierin sind auch die 12 Kinder oder 0,1% aller Kinder (17 Kinder oder 0,2% aller Kinder im Vorjahr) enthalten, die im Zusammenhang mit der Geburt verstorben sind:

Von den 9.382 erfassten Geburten sind im Jahr 2002 sechs Kinder (2001: drei Kinder) antepartal, sechs Kinder (2001: zwei Kinder) subpartal und 12 Kinder (2001: ebenfalls 12 Kinder) postpartal verstorben – (2002: fünf dieser Kinder sind nach dem 7. Lebensstag verstorben, wie 2001: vier Kinder), es fallen für das Jahr 2002 genau 19 Kinder insgesamt (2001: 13 Kinder) unter die Rubrik der perinatalen Mortalität. Die Anzahl der perinatal verstorbenen Kinder liegt um 7 Todesfälle über dem Vorjahresergebnis. In einem Fall wurde explizit darauf hingewiesen, dass es sich um ein nicht lebensfähiges Kind handelte, für das die außerklinische Geburtsatmosphäre gewählt wurde. Einzelfallanalysen, welche den Länderauswertungen beiliegen, tragen zur weiteren Klärung bei. 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 16,7% aller Geburten, bei denen bereits ein ärztliche Hilfe anwesend ist (siehe Tabelle 33), nicht zusätzlich nach der Geburt ärztliche Hilfe angefordert wird.

Abbildung 14



n= 8.211 Geburten (alle Geburten mit außerklinischem Geburtsort)

Lediglich zu 119 Kindern oder 1,4% aller Geburten mit außerklinischem Geburtsort wurde 2002 postpartal kinderärztliche Hilfe oder ein ärztlicher Notdienst gerufen (2001: zu 115 Kindern oder ebenfalls 1,4%).

Im Folgenden wurden 43 verschiedene Morbiditätsmöglichkeiten (nach Katalog D) abgefragt und bei den Verlegungsgründen zusätzlich die Angabe *D 19 Zur Beobachtung* ermöglicht. Die Nennungen verteilen sich auf fünf größere Gruppen, wobei hier die Angaben zwischen 22 und 54 Fällen schon recht klein sind (siehe Tabelle 48). Hier zunächst ein Überblick über die fünf häufigsten Befunde nach Katalog D:

Tabelle 47  
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%

n = alle Morbiditäten, Prozente beziehen sich auf alle Geburten.

Die stärkste Gruppe ist im Jahr 2002 mit 54 Nennungen oder 0,6% aller Geburten die Sparte *D04 andere Atemstörungen*, im Vorjahr waren es 50 Eintragungen oder 0,5% aller Geburten. *D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose* wurde 2002 am zweithäufigsten genannt: 52 Nennungen (0,6% aller Geburten). Im Jahr 2001 kam es zu 69 Eintragungen, d. h. bei 0,7% aller Geburten. Hier ist ein leichter Rückgang an Befunden zu verzeichnen.

Mit mehr Meldungen als im Vorjahr rangiert *D01 Unreife/Mangelgeburt* wie im Vorjahr an dritter Stelle mit 43 Nennungen und 0,4% aller Geburten (im Vorjahr 35 Nennungen oder ebenfalls 0,4%).

*D19 Zur Beobachtung* wurde in 36 Fällen (2001: in 33 Fällen oder wie 2002 bei 0,3% aller Geburten) als Morbidität eingetragen. Die letzte Gruppe bildet die Eintragung *D03 Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit*, die sich mit 22 Nennungen oder 0,2% aller Geburten niederschlägt – sie ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar (19 Nennungen oder 0,2% aller Geburten).

Alle weiteren Rubriken bleiben im Rahmen von 13 Nennungen (*D20 Sonstiges*) und weit darunter, wie folgende Tabelle zeigt. Auffällig weicht nur *D37 Anomalie Genitalorgane* vom Vorjahresergebnis ab: Für 2002 sind acht Fälle mehr verzeichnet.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage.

Tabelle 48

## Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage

	Morbidität		Verlegungsgrund	
	Anzahl	%	Anzahl	%
D01 Unreife/Mangelgeburt	43	0,5	10	0,1
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	52	0,6	36	0,4
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	22	0,2	23	0,2
D04 andere Atemstörungen	54	0,6	54	0,6
D05 Schockzustand	9	0,1	5	0,1
D06 Ikterus	3	0,0	17	0,2
D07 Hämolyt. Krankheit			2	0,0
D08 Hämatolog. Störung.			4	0,0
D09 Stoffwechselstörung	2	0,0	4	0,0
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte	1	0,0	1	0,0
D11 Schilddrüsenstörungen				
D12 Blutungskrankheiten			2	0,0
D13 intrakranielle Blutungen				
D14 Krämpfe, Encephalopathie	4	0,0	2	0,0
D15 gastrointest. Störungen	2	0,0	8	0,1
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	4	0,0	2	0,0
D17 generalisierte Infektion	12	0,1	24	0,3
D18 umschriebene Infektion	2	0,0	6	0,1
D19 Zur Beobachtung	36	0,4	51	0,5
D20 Sonstiges	13	0,1	16	0,2
D25 Chromosomenanomalie	10	0,1	4	0,0
D26 and. multiple Mißbildungen	3	0,0	2	0,0
D27 Anenzephalus				
D28 Neuralrohrdefekt	3	0,0	2	0,0
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie			2	0,0
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals	2	0,0		
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	2	0,0	5	0,1
D32 Anomalie Respirationstrakt			1	0,0
D33 Gaumen- und Lippenspalten	8	0,1	5	0,1
D34 Anomalie Ösophagus/Magen			2	0,0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	3	0,0	4	0,0
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	2	0,0		
D37 Anomalie Genitalorgane	10	0,1	3	0,0
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	8	0,1	2	0,0
D39 Zwerchfellmißbildung				
D40 Gastroschisis/Omphalozele	2	0,0	2	0,0
D41 Anomalie Körperdecke	1	0,0	1	0,0
D42 Hernien				
D43 biomechanische Verformung	1	0,0		
D44 andere Anomalie	4	0,0	1	0,0

Bei Morbidität: n= alle Morbiditäten (Mehrfachnennungen waren möglich), Bei Verlegungsgrund: n= alle Hauptverlegungsgründe (nur eine Nennung war möglich), Prozente beziehen sich auf alle Geburten, sowohl bei „Morbidität“ als auch bei „Verlegungsgrund“.

Gemessen an den Verlegungen hat sich das Spektrum an Befunden für die Neugeborenen nicht wesentlich verändert, sondern hat sein niedriges Niveau halten können:

Werden nur die Verlegungsgründe für die Neugeborenen betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

*D17 generalisierte Infektion* ist mit 0,1% aller Geburten als Angabe bei Morbidität im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben, hat sich nur um 2 Fälle bei den Verlegungen erhöht: So war sie 2001 in nur 22 Fällen (oder 0,2% aller Geburten) Verlegungsgrund und ist es im Jahr 2002 in 24 Fällen (oder 0,3% aller Geburten). Einen Rückgang hat es bei *D06 Ikterus* gegeben: waren es noch 2001 insgesamt 25 Verlegungsfälle (oder 0,3% aller Geburten), wurden im Jahr 2002 nur 17 gezählt (oder 0,2% aller Geburten). Eine Zunahme an ein bis vier Fällen ergab sich bei den Verlegungsgründen *D28 Neuralrohrdefekt*, *D29 Hydrozephalus*, *Mikrozephalie*, *D33 Gaumen- und Lippenpalten* und *D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas*.

Reanimationsmaßnahmen (nicht in einer Tabelle dargestellt) wurden im Jahr 2002 bei 379 Kindern oder 4% aller Neugeborenen und damit seltener als im Vorjahr durchgeführt (2001: 410 Kindern oder 4,3% aller Neugeborenen, 12 Angaben oder 0,1% aller Angaben fehlten).

In der folgenden Auflistung waren Mehrfachnennungen möglich: Die Intubation wurde in insgesamt 12 Fällen durchgeführt (2001: 18 Fälle), eine Maskenbeatmung wurde 66 mal eingesetzt (2001: 56 mal) und 32 mal die Mund-zu-Mund Beatmung (2001: 21 mal). In 300 Fällen wurde die Sauerstoffdusche benutzt (2001: 322 Fälle). „Sonstiges“ wurde 46 mal angekreuzt (2001: 66 mal). Ausschließlich nur mit Sauerstoffdusche wurden insgesamt 245 Kinder nach der Geburt behandelt (2001: 272 Kinder), dies macht einen Anteil von 64,6% aller Reanimationsmaßnahmen aus (2001: 66,3%).

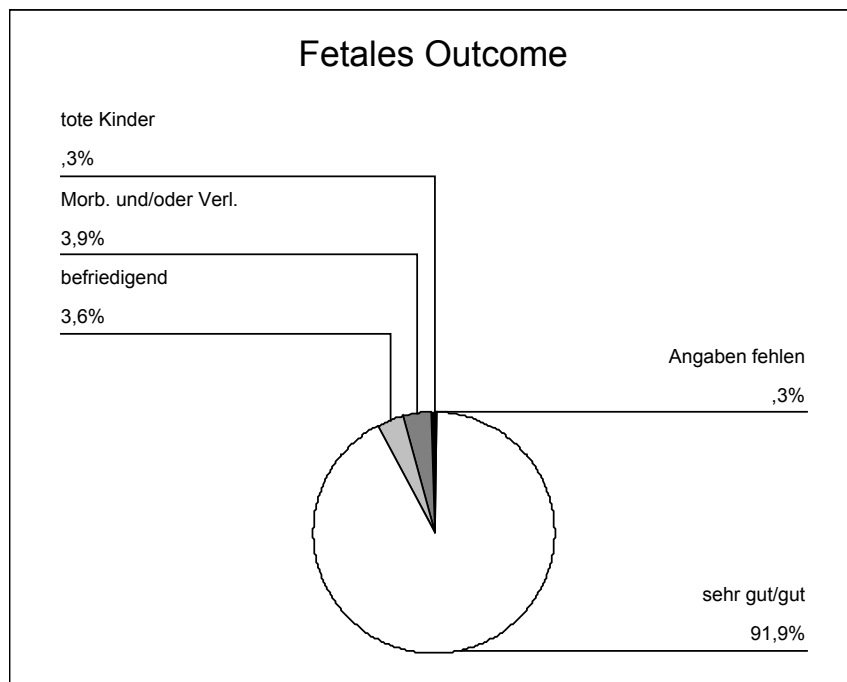
### **2.3.2.1 Outcome**

Das wichtigste 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 91,9% aller Kinder – und damit wiederum etwas mehr als im Vorjahr (91,5%) – in einem *guten bis sehr guten Zustand* geboren wurden. Allerdings wurden im Jahr 2002 genau 0,5% weniger fehlende Angaben verzeichnet.

Für die Beurteilung dieser Kinder wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

*Guten bis sehr guten Zustand:*

- Lebend geboren (gilt für 9.355 Kinder oder 99,7% aller Geburten)
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik (gilt für 9.138 Kinder oder 97,4% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.122 Kinder oder 97,2% aller Geburten)
- keine Reanimationsmaßnahmen (gilt für 9.000 Kinder oder 95,9% aller Geburten)
- gemäß Tragzeit reif geboren (gilt für 9.250 Kinder oder 98,6% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8 (gilt für 9.234 Kinder oder 98,4 % aller Geburten)

Lediglich 3,6% Kinder (im Vorjahr 3,7%) hatten einen *befriedigenden Zustand* nach der Geburt. Für diese Beurteilung wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

*Befriedigender Zustand:*

- Lebend geboren (gilt für 9.355 Kinder oder 99,7% aller Geburten)
- keine Verlegung des Kindes in eine Kinderklinik (gilt für 9.138 Kinder oder 97,4% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.122 Kinder oder 97,2% aller Geburten)

**und mindestens *eine* dieser Angaben:**

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt (gilt für 379 Kindern oder 4% aller Neugeborenen)
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren (gilt für 131 Kinder oder 1,4% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8 (gilt für 49 Kinder oder 0,5% aller Geburten)

In die Gruppe mit Morbiditäten und/oder Verlegungen in eine Kinderklinik wurden 3,9% aller Kinder (3,8% 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 2002 trifft auf 19 Kinder oder genau 0,2% aller Geburten zu (2001: 13 Kinder oder 0,14% aller Geburten), siehe Erläuterung zur nächsten Tabelle.



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

Tabelle 49  
Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

Fetales Outcome		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben fehlen	Anzahl	31	6	37
	Zeilen-%	83,8%	16,2%	100,0%
	Spalten-%	,4%	,5%	,4%
	Gesamt-%	,3%	,1%	,4%
sehr gut/gut	Anzahl	7672	953	8625
	Zeilen-%	89,0%	11,0%	100,0%
	Spalten-%	93,4%	81,4%	91,9%
	Gesamt-%	81,8%	10,2%	91,9%
befriedigend	Anzahl	252	86	338
	Zeilen-%	74,6%	25,4%	100,0%
	Spalten-%	3,1%	7,3%	3,6%
	Gesamt-%	2,7%	,9%	3,6%
Morb. und/oder Verl.	Anzahl	243	120	363
	Zeilen-%	66,9%	33,1%	100,0%
	Spalten-%	3,0%	10,2%	3,9%
	Gesamt-%	2,6%	1,3%	3,9%
Perinatale Mortalität	Anzahl	13	6	19
	Zeilen-%	68,4%	31,6%	100,0%
	Spalten-%	,2%	,5%	,2%
	Gesamt-%	,1%	,1%	,2%
<b>Anzahl</b>		8211	1171	9382
<b>Zeilen-%</b>		87,5%	12,5%	100,0%

n = Grundgesamtheit (alle außerklinisch begonnenen Geburten).

Der erste Überblick über die Tabelle zeigt, dass ein Vergleich von außerklinischer und klinischer Geburtshilfe nicht möglich ist, da in der außerklinischen Geburtshilfe eher „normale“ Geburten erfolgen sollten und im klinischen Bereich eher die „Problemgeburten“ stattfinden. Die Gegenüberstellung soll dazu dienen, Entscheidungen für den letztendlichen Geburtsort nachzuvollziehen.

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“ (3,1% im Jahr 2002 vergleichbar mit ebenfalls 3,1% des außerklinischen Kollektivs im Vorjahr) und „Morb. und/oder Verl.“ (2002: 3% des außerklinischen Kollektivs wie im Jahr 2001) fallen. Die Anzahl der nicht verwertbaren Angaben könnte noch stärker sinken. Aus der Tabelle lässt sich weiterhin ersehen, dass 13 der 19 verstorbenen Kinder in einer außerklinischen Einrichtung gestorben sind (2001: 12 der insgesamt 17 verstorbenen Kinder). Der Prozentsatz aller perinatal verstorbenen Kinder (2002: 19 Kinder oder genau 0,2%) ist im Vergleich zum Vorjahr (2001: 13 Kinder oder 0,14% aller Geburten) um 0,06% gestiegen und liegt damit in einer Schwankungsbreite, die dem Zufall zugeschrieben werden kann, aber intensive Beobachtung der Ergebnisse in den nächsten Jahrgängen erforderlich macht.

### **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 situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung soll mit einer Tabelle abgeschlossen werden, in welcher der Zustand von Mutter und Kind nach der Geburt dargestellt wird.

Hierzu wird eine einfache Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

#### *Auffällige Mutter*

- mütterliche Problematik postpartal (gilt für 443 Mütter oder 4,7% aller Geburten)
- Verlegung postpartal (außer zur Nahtversorgung) (gilt für 249 Mütter oder 5,4% aller Geburten)

#### *Unauffällige Mutter*

- die oben beschriebenen Parameter treffen nicht zu (gilt für 8.876 Mütter oder 94,6% aller Geburten)

#### *Auffälliges Neugeborenes*

- postpartal in eine Klinik verlegt (gilt für 240 Kinder oder 2,6% aller Geburten)
- Morbiditäten vorhanden (gilt für 260 Kinder oder 2,8% aller Geburten)
- Verstorbenes Kind (gilt für 24 Kinder oder 0,3% aller Geburten)

#### *Unauffälliges Kind*

- die genannten Parameter treffen nicht zu (gilt für 8.995 Kinder oder 95,9% aller Geburten)

Tabelle 50  
Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

Zustand des Neugeborenen		Zustand der Mutter p.p.		Gesamt
		unauffällig	auffällig	
unauffällig	Anzahl	8532	463	8995
	Gesamt-%	90,9%	4,9%	95,9%
auffällig	Anzahl	344	43	387
	Gesamt-%	3,7%	,5%	4,1%
Anzahl		8876	506	9382
Gesamt-%		94,6%	5,4%	100,0%

Insgesamt befanden sich 8.532 Mütter oder 90,9% – und damit weniger als im Vorjahr (91,7% aller Geburten) – mit ihrem Kind nach der Geburt in einem unauffälligen, d. h. guten Gesundheitszustand. Im Vorjahr traf dies auf fast 1% mehr Geburten zu. Bei 43 der betreuten Geburten (0,5% aller Geburten gegenüber 36 der betreuten Geburten oder 0,4% 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 (463 Fälle oder 4,9% zu 4,3% im Jahr 2001), als der umgekehrte Fall (unauffälliges Kind und gesunde Mutter: (344 Fälle oder 3,7% zu 3,5% im Jahr 2001). Beide Prozentsätze liegen etwas höher als die Vorjahreswerte.

Die Rate der – nach obiger Definition – auffälligen Kindern beträgt 4,1% (n=387) gegenüber 3,9% im Vorjahr. Hier sind auch alle diejenigen Kinder enthalten, die lediglich zur Beobachtung verletzt wurden. Die Rate an auffälligen Müttern von 5,4% aller Gebärenden (n=506) ist durch die nach obiger Definition berücksichtigte mütterliche Problematik begründet, zu der auch die Rubrik „Sonstiges“ zählt (gegenüber 4,7% aller Gebärenden im Vorjahr). In der Regel werden unter „Sonstiges“ kleinere Verletzungen wie Schürfungen oder Blutungen zwischen 500 und 1000 ml dokumentiert. Beide Raten sind im Vergleich zum Vorjahr erhöht, aber im Vergleich zum Jahr 2000 ähnlich.

## Zusammenfassung für die Geburtssituation

Für die außerklinische Geburt insgesamt liegen sehr gute Ergebnisse vor. Es lässt sich allerdings wie im Vorjahr ein Trend zur Vermehrung der Risikoeinträge in der Schwangerschaft erkennen. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass Schwangere im Laufe des letzten Jahrzehnts zunehmend gefährdeter sind, allerdings haben sich die Faktoren Alter und Zustand nach Sectio geändert.

Weiterhin stieg die Geburtsbeendigung per Sectio. Gerade dieser Punkt liegt (wie der eben genannte) oft nicht in der Entscheidungskompetenz der freiberuflichen Hebamme. Es sei denn – und dies müsste eine weiterführende Studie untersuchen – die Auswahl, nach der Hebammen bestimmte Frauen verlegen, trifft genau diejenigen Frauen, die später einen Kaiserschnitt benötigen. Diese Vermutung wird dadurch gestützt, dass die Notfallverlegungen abgenommen haben.

Gleichzeitig sind die Einträge von Befunden bei der Geburt nicht weniger geworden. Es scheint die Tendenz zu bestehen, außerklinische Geburten anzubieten und durchzuführen, auch wenn der Verlauf in manchen Punkten zu problematischen Befunden führen wird. Insgesamt hatten 45,9% aller Frauen, die nicht in der Klinik entbunden wurden, Befunde laut Katalog C aufzuweisen, während dies im Jahr 2001 nur auf 44,4% der Frauen zutraf. Hier mag der Eintrag „Übertragung“ zur Erhöhung beigetragen, der als solcher noch kein Risiko angibt. Dennoch lässt sich weiterhin eine Verbesserung des fetalen Outcome aller Kinder erkennen.

## 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 dieser Sonderfälle.

Im Jahr 2002 gab es 15 dokumentierte Geminigeburten mit 30 Kindern, gegenüber dem Vorjahr mit 9 betreuten Geminigeburten und 18 Kindern.

Von den 15 Geminigeburten fanden 7 als geplante und durchgeführte Hausgeburten, 4 waren geplante und durchgeführte Entbindungen im Geburtshaus, drei Geburten waren allerdings geplante Klinikgeburten und fanden als Hausgeburten statt (gegenüber dem Vorjahr: 5 Hausgeburten, 3 Entbindungen im Geburtshaus, von denen eine Geminige-burt in der Klinik beendet wurde, und eine Geburt war eine sowohl geplante als auch durchgeführte Klinikgeburt). Die Gründe für die drei Umentscheidungen im Jahr 2002 wären hier in der Einzelfallanalyse genauer zu betrachten.

Bei der Geburt von 26 Kindern war eine zweite Hebamme anwesend. Zur Geburt von 4 Kindern wurde zusätzlich ein Arzt/ eine Ärztin gerufen. Bei der Geburt von 4 Kindern war allein ärztliche Hilfe zugegen. Damit hatten alle 30 Neugeborenen zusätzliche Hilfe bei der Geburt.

Von den 15 Schwangeren war eine Frau Erstgebärende, drei Frauen Zweitgebärende und elf Frauen Dritt- und Mehrgebärende.

Folgende Befunde zur Morbidität in der Schwangerschaft und in der Geburtsphase sind bei den 11 Frauen, die den geplanten Geburtsort mit „außerklinisch“ angegeben haben, aufgetreten: Zwei Schwangere waren *älter als 35 Jahre (A 14)*. *Besondere psychische Belastung A06* wurde für 4 Frauen angegeben. Für zwei Frauen sind *Familiäre Belastung A01* und *Andere anamnestische Besonderheiten A26* dokumentiert. Jeweils einmal wurden *Allergie A04*, *Besondere soziale Belastung A07*, *Zustand nach Sterilitätsbehandlung A16*, *Totes oder geschädigtes Kind in der Anamnese A20*, *Komplikationen post partum A22*, *Zustand nach Sectio A23* sowie *Rasche Schwangerschaftsfolge A25* angegeben. Nach Katalog B gab es außer zur bestehenden Mehrlingsschwangerschaft einen Eintrag zur *Terminunklarheit B38*.

Zur Geburt der insgesamt 22 Kinder wurden nach Katalog C – außer der bestehenden Mehrlingsschwangerschaft – folgende Befunde erhoben: *Vorzeitiger Blasensprung C60* in 5 Fällen, *Frühgeburt C63* bei 4 Zwillingen, *Zustand nach Sectio oder anderen Uteruskomplikationen C69* in zwei Fällen (= 1 Gebärende), *Beckenendlage C87* bei 2 Kindern, *Hintere Hinterhauptslage C88* bei einem Kind, *Sonstiges* in einem Fall.

Eines der 30 Kinder wog unter 1.800g. Alle anderen Kinder wogen zwischen 2.280g und 3.720g.

Bis auf ein Kind sind alle lebensfrisch geboren. Der Apgar-Wert nach 5 Minuten lag bei einem außerklinisch geborenen Kind bei 6, bei zwei Kindern bei 8 und in den restlichen 27 Fällen bei 9 bzw. 10. Keines der Kinder verstarb nach der Geburt.

Keines der Kinder wurde postpartal in eine Kinderklinik verlegt.

Bei 6 Fällen traten bei den Frauen nach der Geburt Probleme auf: In vier Fällen kam es zu Plazentalösungsstörungen und in 2 Fällen wurde sonstiges dokumentiert. Verlegt wurden zwei Frauen.

Es ist anzuraten, eine gesonderte Studie zu außerklinischen Geminigungen im europäischen Raum zu konzipieren, um eine genügend große Vergleichsmenge zu erhalten.

## 3 Abschließende Diskussion

### 3.1 Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 9.382 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2002 ein gutes 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, wie in einem Fall direkt auf einem Extrablatt dokumentiert. 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 ermittelte 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 vermehrt der Versorgung durch Hebammen eine eigene Bedeutung zu. Vorsorgeuntersuchungen durch Hebammen haben durchaus zugenommen. Um sich ein Bild von der Schwangerschaft zu machen, ist eine selbst durchgeführte Vorsorgeuntersuchung nach vorgeschriebenem Muster nicht nötig, aber sie trägt Befunde bei, die zur Planung einer außerklinischen Geburt notwendig sind. Außerklinische Einrichtungen können das größere Angebot an Vorsorgeuntersuchungen als Steigerung ihrer Betreuungsqualität ansehen.

Eine gleichbleibende Rate von knapp 83% wie geplant beendeter 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 Befindlichkeiten 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 sind bspw. die häufigeren frühen Erstkontakte zur Hebamme – wichtig besonders für die Hausgeburtshilfe. Weiterhin positiv anzumerken ist, dass die Zahl an Notfallverlegungen erheblich gesunken ist – ein Zeichen für die richtige Einschätzung der außerklinisch arbeitenden Hebamme.

Wenige Ergebnisse haben sich im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen verändert, ohne eindeutig bewertet werden zu können, wie die weiterhin steigende 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 sei nochmals hingewiesen.

Es gibt wenige kritisch anzumerkende Ergebnisse wie die Erhöhung der im außerklinischen Bereich vorgenommenen Amniotomien, die länger als drei Stunden vor der eigentlichen Geburt erfolgten. Auch die weiterhin stattfindende Betreuung von Zwillingsgeburten ist vom Standpunkt der Hebammenverbände fragwürdig. Doch sind Geminigeburten nur in ganz geringer Anzahl in der außerklinischen Geburtshilfe anzutreffen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden 16 Beckenendlagenentbindungen mehr als im Vorjahr vorgenommen – hier sollte im Einzelfall geprüft werden, wie die Entscheidungen zur außerklinischen Geburt zu Stande gekommen sind (inwieweit bspw. neue Hebammen mit anderen geburtshilflichen Vorstellungen an der Dokumentation teilgenommen haben).

Für die Betreuung nach der Geburt können für das Jahr 2002 positive Ergebnisse bescheinigt werden. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die postpartalen Verlegungen zurückgegangen sind und insgesamt das Fetal Outcome auf dem hohen Stand vom Jahr 2001 gehalten werden 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 im Vergleich zum Vorjahr erhöht, wobei darauf geachtet werden muss, dass zwischen Geburten, die als eine sowie so unausweichliche Totgeburt – nur in friedlicher außerklinischer Atmosphäre – angelegt sind, und Geburten, bei denen es zu unvorhergesehenen dramatischen Komplikationen kommt, unterschieden wird.



## 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 fast 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 2001 genau 62,3% eingestuft. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gefallen, auf 62,31%. Die Rate könnte weiter 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 Ge-

burt. 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 91,9% aller Kinder des Jahres 2002 nach der Geburt (im Vergleich zu dem schon sehr guten Ergebnis von etwa 91,5% 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“ (Schücking/Schwarz) 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 die 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 nachgeburtliche Zeit konnte eindeutig – wie bereits oben ausgeführt – 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 2001 und 2002 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, klinischen und außerklinischen 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 in einen Dialog zu treten. 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 erst selten gekommen. Mit der Veröffentlichung dieser hebammeneigenen Ergebnisse ist ein Schritt in diese Richtung getan.

### **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.

Eine genaue Angabe über die Vollständigkeit der Erhebung wird trotz der geschilderten Probleme weiterhin angestrebt, siehe auch den weiter unten ausgeführten Punkt *Zur Frage der Vollständigkeit*.

Da die Mitgliederzahl in der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. von 435 Personen im Jahr 2002 auf 460 Mitglieder im Jahr 2003 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 Erhebung, 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 (siehe auch Abbildung „Ablauforganisation“) dargestellt.

Die QUAG e.V. stimmt gemeinsam mit den einzelnen beauftragten Hebammen in den Ländern (= 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 weiter oben), 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 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.

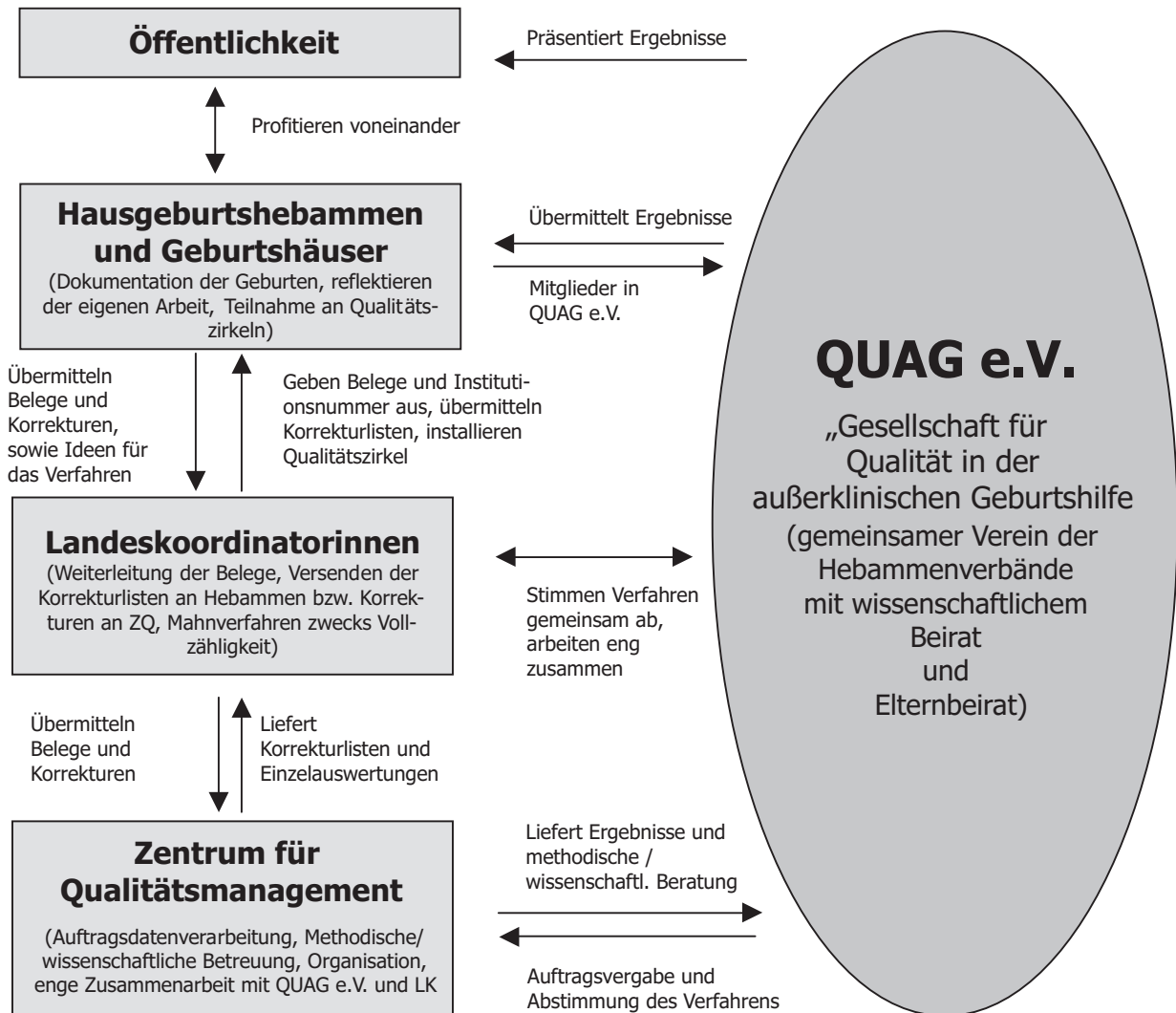
Das Einbeziehen von Eltern in den Beirat ist wichtige Zukunftsarbeit. Die Eltern sollen als Ziel ernst genommen und in die Arbeit eingebunden werden, damit der Blickwinkel, die Sprache und die Außenwirkung von Hebammen entsprechend überdacht und ggf. geändert werden kann. Um den eher inhaltlich wissenschaftlich 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 Geburten<sup>7</sup>.

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.

---

<sup>7</sup> Siehe dazu die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes.

Für 2001 bedeutet die Differenz von 10.565 Geburten zwischen Klinikgeburten und allen Geburten in Deutschland, dass die Hebammenverbände mit 9.483 dokumentierten Fällen in außerklinischer Geburtshilfe (inkl. Gemini und der in eine Klinik weitergeleiteten Geburten) und mit 8.266 tatsächlich stattgefundenen außerklinischen Geburten (inkl. Gemini) ca. 82% aller außerklinisch erfolgten Geburten erfasst haben. Die fehlenden Angaben für das Jahr 2002 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.

### In Deutschland geborene Kinder

<b>Jahr</b>	<b>Geborene Kinder in Deutschland</b> incl. Verlegungen und Zwillinge	<b>Davon in Krankenhäusern geborene Kinder</b> incl. Verlegungen und Zwillinge	<b>Differenz aus Spalte 2 und 3</b> (Annahme: nicht erfasste Klinikgeburten sind außerklinische Geburten)	<b>Dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder</b> incl. außerklinisch geborene Zwillinge
<b>1999</b>	<b>773.862</b>	<b>763.669</b>	<b>10.193 = 1,32%</b>	<b>7.472 = 73,3%</b>
<b>2000</b>	<b>770.053</b>	<b>759.488</b>	<b>10.565 = 1,37%</b>	<b>7.649 = 72,4%</b>
<b>2001</b>	<b>737.360</b>	<b>727.315</b>	<b>10.045 = 1,36%</b>	<b>8.266 = 82,3%</b>

(Quelle für Spalte 2 und 3: Statistisches Bundesamt, Quelle für Spalte 5: Datenerhebung QUAG e.V., die Zahlen für 2002 aus dem statistischen Bundesamt lagen bei Drucklegung noch nicht vor)

# Anhang Teil II

## Ausgewählte Daten als Tabellen

Tabelle 51: Beteiligte Einrichtungen

Beteiligte Einrichtung		Häufigkeit	Prozent
	<b>Hebamme</b>	4275	45,6
	<b>Geburtshaus</b>	4139	44,1
	<b>and. außerkl. Inst.</b>	730	7,8
	<b>Arzt/Ärztin</b>	238	2,5
	<b>Gesamt</b>	9382	100,0

Tabelle 52: Anzahl Geburten von „Hebammen“

Institution		Häufigkeit	Prozent
	<b>Hebamme, bis 10 Geb. p.a.</b>	1493	15,9
	<b>Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.</b>	2282	24,3
	<b>Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.</b>	500	5,3
	<b>Geburtshaus</b>	4139	44,1
	<b>and. außerkl. Einr.</b>	730	7,8
	<b>Arzt/Ärztin</b>	238	2,5
	<b>Gesamt</b>	9382	100,0

Tabelle 53: Alter und Parität

Alter der Gebärenden (klassiert) \* Parität Kreuztabelle

			Parität			Gesamt	
			Erstgebärende	Zweitgebärende	Drittgebärende und mehr		
Alter der Gebärenden (klassiert)	bis 17 J.	Anzahl	8			8	
		% der Gesamtzahl	,1%			,1%	
	18 - 34 J.	Anzahl	2705	2370	1222	6297	
		% der Gesamtzahl	28,8%	25,3%	13,0%	67,1%	
	35 - 39 J.	Anzahl	618	952	1042	2612	
		% der Gesamtzahl	6,6%	10,1%	11,1%	27,8%	
	über 39 J.	Anzahl	76	138	251	465	
		% der Gesamtzahl	,8%	1,5%	2,7%	5,0%	
	<b>Gesamt</b>		<b>Anzahl</b>	3407	3460	2515	9382
			<b>% der Gesamtzahl</b>	36,3%	36,9%	26,8%	100,0%

Tabelle 54: Hebammenerstkontakt

Hebammenerstkontakt in SSW		Parität			Gesamt
		Erstgebärende	Zweitgebärende	Drittgebärende und mehr	
bis 8. SSW	Anzahl	157	378	301	836
	Zeilen-%	18,8%	45,2%	36,0%	100,0%
	Spalten-%	4,6%	10,9%	12,0%	8,9%
	Gesamt-%	1,7%	4,0%	3,2%	8,9%
9.-12. SSW	Anzahl	302	532	404	1238
	Zeilen-%	24,4%	43,0%	32,6%	100,0%
	Spalten-%	8,9%	15,4%	16,1%	13,2%
	Gesamt-%	3,2%	5,7%	4,3%	13,2%
13.-16. SSW	Anzahl	456	524	405	1385
	Zeilen-%	32,9%	37,8%	29,2%	100,0%
	Spalten-%	13,4%	15,1%	16,1%	14,8%
	Gesamt-%	4,9%	5,6%	4,3%	14,8%
17.-20. SSW	Anzahl	656	645	423	1724
	Zeilen-%	38,1%	37,4%	24,5%	100,0%
	Spalten-%	19,3%	18,6%	16,8%	18,4%
	Gesamt-%	7,0%	6,9%	4,5%	18,4%
21.-24. SSW	Anzahl	564	406	270	1240
	Zeilen-%	45,5%	32,7%	21,8%	100,0%
	Spalten-%	16,6%	11,7%	10,7%	13,2%
	Gesamt-%	6,0%	4,3%	2,9%	13,2%
25.-28. SSW	Anzahl	604	435	308	1347
	Zeilen-%	44,8%	32,3%	22,9%	100,0%
	Spalten-%	17,7%	12,6%	12,2%	14,4%
	Gesamt-%	6,4%	4,6%	3,3%	14,4%
29.-32. SSW	Anzahl	429	307	236	972
	Zeilen-%	44,1%	31,6%	24,3%	100,0%
	Spalten-%	12,6%	8,9%	9,4%	10,4%
	Gesamt-%	4,6%	3,3%	2,5%	10,4%
nach 32. SSW	Anzahl	236	232	168	636
	Zeilen-%	37,1%	36,5%	26,4%	100,0%
	Spalten-%	6,9%	6,7%	6,7%	6,8%
	Gesamt-%	2,5%	2,5%	1,8%	6,8%
Angabe fehlt	Anzahl	3	1		4
	Zeilen-%	75,0%	25,0%		100,0%
	Spalten-%	,1%	,0%		,0%
	Gesamt-%	,0%	,0%		,0%
Gesamt	Anzahl	3407	3460	2515	9382
	Zeilen-%	36,3%	36,9%	26,8%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	36,3%	36,9%	26,8%	100,0%

Tabelle 55: Arzt/Ärztin gerufen und eingetroffen

Arzt eingetroffen \* Arzt gerufen

Arzt eingetroffen		Arzt gerufen			Gesamt
		Nein	Ja	Keine Angabe	
nein	Anzahl	7779	34		7813
	Zeilen-%	99,6%	,4%		100,0%
	Spalten-%	100,0%	2,1%		83,3%
	Gesamt-%	82,9%	,4%		83,3%
ja	Anzahl	2	1566		1568
	Zeilen-%	,1%	99,9%		100,0%
	Spalten-%	,0%	97,9%		16,7%
	Gesamt-%	,0%	16,7%		16,7%
keine Angabe	Anzahl			1	1
	Zeilen-%			100,0%	100,0%
	Spalten-%			100,0%	,0%
	Gesamt-%			,0%	,0%
Gesamt	Anzahl	7781	1600	1	9382
	Zeilen-%	82,9%	17,1%	,0%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	82,9%	17,1%	,0%	100,0%

Tabelle 56: Schwangerschaftsbefunden nach Kat A und/oder B

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dok.	4186	44,6
nur anamn. Risiken	4277	45,6
nur bef. Risiken	362	3,9
anamn. u. bef. Risiken	557	5,9
Gesamt	9382	100,0



Tabelle 57: Alle Schwangerschaftsbefunden nach Kat A

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
A01 Fam. Belastung	8392	89,4%	990	10,6%
A02 Anamn. Erkrankung	8759	93,4%	623	6,6%
A03 Blutung,Thrombose	9288	99,0%	94	1,0%
A04 Allergie	7817	83,3%	1565	16,7%
A05 Frühere Bluttransfusionen	9308	99,2%	74	,8%
A06 Bes. psych. Belastung	9085	96,8%	297	3,2%
A07 Bes. soz. Belastung	9259	98,7%	123	1,3%
A08 Rhesus-Inkompatibilität.	9356	99,7%	26	,3%
A09 Diabetes mellitus	9368	99,9%	14	,1%
A10 Adipositas	9264	98,7%	118	1,3%
A11 Kleinwuchs	9364	99,8%	18	,2%
A12 Skelettanomalien	9246	98,6%	136	1,4%
A13 Schwangere <18 Jahre	9363	99,8%	19	,2%
A14 Schwangere >35 Jahre	7297	77,8%	2085	22,2%
A15 Vielgebärende	9277	98,9%	105	1,1%
A16 Zustand n. Steri.-behandlung	9313	99,3%	69	,7%
A17 Zustand n. Frühgeburt(<37 SSW)	9270	98,8%	112	1,2%
A18 Zustand n. Mangelgeburt	9337	99,5%	45	,5%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	9013	96,1%	369	3,9%
A20 Totesgeschäd. Kind in Anamnese	9219	98,3%	163	1,7%
A21 Komplik. vorausgeg. Entbind.	9113	97,1%	269	2,9%
A22 Komplikationen post partum	9276	98,9%	106	1,1%
A23 Zustand nach Sectio	9058	96,5%	324	3,5%
A24 Zustand n. and. Uterus-Operationen	9279	98,9%	103	1,1%
A25 Rasche SS-Folge (< 1 Jahr)	9151	97,5%	231	2,5%
A26 And. Besonderheiten (anamn.)	9184	97,9%	198	2,1%
A54 Zustand nach HELLP	9379	100,0%	3	,0%
A55 Zustand nach Eklampsie	9381	100,0%	1	,0%
A56 Zustand nach Hypertonie	9378	100,0%	4	,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 58: Alle Schwangerschaftsbefunden nach Kat B

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>B27 Behandl. Allgemeinerkrankungen</b>	9349	99,6%	33	,4%
<b>B28 Dauermedikation</b>	9357	99,7%	25	,3%
<b>B29 Abusus</b>	9331	99,5%	51	,5%
<b>B30 Bes. psych. Belastung</b>	9333	99,5%	49	,5%
<b>B31 Bes. soz. Belastung</b>	9367	99,8%	15	,2%
<b>B32 Blutungen &lt; 28 SSW</b>	9316	99,3%	66	,7%
<b>B33 Blutungen &gt; 28 SSW</b>	9366	99,8%	16	,2%
<b>B34 Placenta praevia</b>	9378	100,0%	4	,0%
<b>B35 Mehrlings-Schwangerschaft</b>	9382	100,0%		
<b>B36 Hydramnion</b>	9368	99,9%	14	,1%
<b>B37 Oligohydramnie</b>	9371	99,9%	11	,1%
<b>B38 Terminunklarheit</b>	9298	99,1%	84	,9%
<b>B39 Placenta-Insuffizienz</b>	9368	99,9%	14	,1%
<b>B40 Isthmozervikale Insuffizienz</b>	9325	99,4%	57	,6%
<b>B41 Vorzeitige Wehentätigkeit</b>	9234	98,4%	148	1,6%
<b>B42 Anämie</b>	9348	99,6%	34	,4%
<b>B43 Harnwegsinfektion</b>	9362	99,8%	20	,2%
<b>B44 Indirekter Coombstest positiv</b>	9380	100,0%	2	,0%
<b>B45 Risiko aus and. serolog. Befunden</b>	9365	99,8%	17	,2%
<b>B46 Hypertonie (&gt; 140/90)</b>	9351	99,7%	31	,3%
<b>B47 Eiweißausscheidung &gt;1 Promille</b>	9375	99,9%	7	,1%
<b>B48 Mittelgr.-schwere Ödeme</b>	9349	99,6%	33	,4%
<b>B49 Hypotonie</b>	9373	99,9%	9	,1%
<b>B50 Gestationsdiabetes</b>	9349	99,6%	33	,4%
<b>B51 Lageanomalie</b>	9358	99,7%	24	,3%
<b>B52 And.Besonderheiten</b>	9293	99,1%	89	,9%
<b>B53 Hyperemesis</b>	9366	99,8%	16	,2%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 59: Beendigung / Verlegung der Geburt

Beendigung und Verlegung der Geburt		Häufigkeit	Prozent
	Angabe fehlt	4	,0
	Außerkl. Geburt ohne s.p. Verlegung	8206	87,5
	Außerkl. Geburt nach s.p. Verlegung	1	,0
	Klinikgeburt nach Verlegung	1171	12,5
	<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 60: Verlegungen differenziert nach Parität und beteiligter Einrichtung

Geburtsort * Beteiligte Einrichtung * Parität				Beteiligte Einrichtung				Gesamt		
Parität		Geburtsort	außerklinisch	Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin			
Erst- gebärende					außerklinisch	Anzahl	779	1382	271	126
		Zeilen-%	30,5%			54,0%	10,6%	4,9%	100,0%	
		Spalten-%	74,4%			73,5%	80,4%	88,7%	75,1%	
		Gesamt-%	22,9%			40,6%	8,0%	3,7%	75,1%	
		klinisch	Anzahl			268	499	66	16	849
			Zeilen-%			31,6%	58,8%	7,8%	1,9%	100,0%
	Spalten-%		25,6%	26,5%	19,6%	11,3%	24,9%			
	Gesamt-%		7,9%	14,6%	1,9%	,5%	24,9%			
	Gesamt				Anzahl	1047	1881	337	142	3407
					Zeilen-%	30,7%	55,2%	9,9%	4,2%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	30,7%	55,2%	9,9%	4,2%	100,0%
Zweit- gebärende			außerklinisch	Anzahl	1499	1400	264	78	3241	
				Zeilen-%	46,3%	43,2%	8,1%	2,4%	100,0%	
				Spalten-%	93,6%	93,1%	96,7%	95,1%	93,7%	
				Gesamt-%	43,3%	40,5%	7,6%	2,3%	93,7%	
				klinisch	Anzahl	102	104	9	4	219
					Zeilen-%	46,6%	47,5%	4,1%	1,8%	100,0%
	Spalten-%	6,4%	6,9%		3,3%	4,9%	6,3%			
	Gesamt-%	2,9%	3,0%		,3%	,1%	6,3%			
	Gesamt				Anzahl	1601	1504	273	82	3460
					Zeilen-%	46,3%	43,5%	7,9%	2,4%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	46,3%	43,5%	7,9%	2,4%	100,0%
Dritte- bärende und mehr			außerklinisch	Anzahl	1560	726	113	13	2412	
				Zeilen-%	64,7%	30,1%	4,7%	,5%	100,0%	
				Spalten-%	95,9%	96,3%	94,2%	92,9%	95,9%	
				Gesamt-%	62,0%	28,9%	4,5%	,5%	95,9%	
				klinisch	Anzahl	67	28	7	1	103
					Zeilen-%	65,0%	27,2%	6,8%	1,0%	100,0%
	Spalten-%	4,1%	3,7%		5,8%	7,1%	4,1%			
	Gesamt-%	2,7%	1,1%		,3%	,0%	4,1%			
	Gesamt				Anzahl	1627	754	120	14	2515
					Zeilen-%	64,7%	30,0%	4,8%	,6%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	64,7%	30,0%	4,8%	,6%	100,0%

Tabelle 61: Gefahrene Kilometer zur Klinik

Gefahrene Kilometer zur Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
bis 10 km	820	70,0
11 bis 20 km	222	19,0
21 bis 30 km	78	6,7
31 bis 40 km	26	2,2
mehr als 40 km	17	1,5
Angabe fehlt	8	,7
<b>Gesamt</b>	<b>1171</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 62: Zeit zwischen Transport und Übergabe

Transportbeginn bis Übergabe in Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	15	1,3
bis 15 Min.	579	49,4
16 bis 30 Min.	415	35,4
31 bis 60 Min.	139	11,9
1 bis 2 Std.	15	1,3
> 2 Std.	8	,7
<b>Gesamt</b>	<b>1171</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 63: Anzahl Geburtsrisiken

Geburtsrisiken: Anzahl		
	Häufigkeit	Prozent
keine	4467	47,6
ein	3344	35,6
zwei	1158	12,3
drei und mehr	413	4,4
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 64: Geburtsmodus alle (4 Ausprägungen)

Geburtsmodus alle Geburten			
		Häufigkeit	Prozent
	Angabe fehlt	2	,0
	Spontan	8737	93,1
	Vaginal-operativ	204	2,2
	Sectio	439	4,7
	Gesamt	9382	100,0

Tabelle 65: Geburtsmodus der 74 Notfallverlegungen

Übergabe in Klinik bis Geburt			Geburtsmodus gesamt					Gesamt
			Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl						1	1
	Zeilen-%						100,0%	100,0%
	Spalten-%						3,3%	1,4%
	Gesamt-%						1,4%	1,4%
bis 1 Stunde	Anzahl	14	2	5	1	13	35	
	Zeilen-%	40,0%	5,7%	14,3%	2,9%	37,1%	100,0%	
	Spalten-%	50,0%	66,7%	41,7%	100,0%	43,3%	47,3%	
	Gesamt-%	18,9%	2,7%	6,8%	1,4%	17,6%	47,3%	
1 bis 6 Std.	Anzahl	13	1	7		15	36	
	Zeilen-%	36,1%	2,8%	19,4%		41,7%	100,0%	
	Spalten-%	46,4%	33,3%	58,3%		50,0%	48,6%	
	Gesamt-%	17,6%	1,4%	9,5%		20,3%	48,6%	
6 bis 12 Std.	Anzahl					1	1	
	Zeilen-%					100,0%	100,0%	
	Spalten-%					3,3%	1,4%	
	Gesamt-%					1,4%	1,4%	
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	1					1	
	Zeilen-%	100,0%					100,0%	
	Spalten-%	3,6%					1,4%	
	Gesamt-%	1,4%					1,4%	
Gesamt	Anzahl	28	3	12	1	30	74	
	Zeilen-%	37,8%	4,1%	16,2%	1,4%	40,5%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	37,8%	4,1%	16,2%	1,4%	40,5%	100,0%	

Tabelle 66: Kinderarzt / ärztl. Notdienst gerufen

**Kinderarzt/ärztlicher Notdienst gerufen**

	Häufigkeit	Prozent
nein	8088	98,5
ja	119	1,4
Angabe fehlt	4	,0
<b>Gesamt</b>	<b>8211</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 67: Geburtsverletzungen

**Geburtsverletzungen**

	Häufigkeit	Prozent
Nein	3975	42,4
Ja	4751	50,6
keine Angabe	656	7,0
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 68: Dammriss ersten Grades

**DR I**

	Häufigkeit	Prozent
Nein	7480	79,7
Ja	1902	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 69: Dammriss zweiten Grades

**DR II**

	Häufigkeit	Prozent
Nein	7903	84,2
Ja	1479	15,8
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 70: Dammriss dritten und vierten Grades

**DR III-IV**

	Häufigkeit	Prozent
Nein	9305	99,2
Ja	77	,8
<b>Gesamt</b>	<b>9382</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 71: Episiotomie

<b>Episiotomie</b>			
		<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
	<b>Nein</b>	8797	93,8
	<b>Ja</b>	585	6,2
	<b>Gesamt</b>	9382	100,0

Tabelle 72: andere nahtpflichtige Dammrisse

<b>andere nahtpflichtige Risse</b>			
		<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
	<b>Nein</b>	8400	89,5
	<b>Ja</b>	982	10,5
	<b>Gesamt</b>	9382	100,0