

Qualitätsbericht 2003

**Außerklinische
Geburtshilfe in
Deutschland**

Im Auftrag der "Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V."

INHALT

1	EINLEITUNG	3
1.1	Der Dokumentationsbogen	3
1.2	Datenbasis und beteiligte Einrichtungen unter Berücksichtigung der Vorjahresdaten	6
1.3	Ziele und Thesen der Verbände	6
1.4	Erfasste Geburten	7
1.5	Beteiligte Hebammen und Einrichtungen	7
1.6	Datenbasis im Überblick	11
1.6.1	Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	12
1.6.2	Alter und Geburtenrang der Frauen	15
1.6.3	Information und Motivation der Frauen	17
1.6.4	Motivation der Frau in Abhängigkeit von der beteiligten Einrichtung	19
1.6.5	Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots	20
2	AUSWERTUNG DER IN DER SCHWANGERSCHAFT, BEI DER GEBURT UND IM WOCHENBETT GELEISTETEN HILFE	25
2.1	Schwangerschaft	25
2.1.1	Beratungen und Untersuchungen	25
2.1.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	29
2.1.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft	32
2.2	Geburt	37
2.2.1	Geburtsort wie geplant?	37
2.2.2	Hebammenbetreuung	39
2.2.2.1	Zeitintervall vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme	40
2.2.2.2	Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes)	42
2.2.3	Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung	44
2.2.4	Verlegungen während der Geburt	46
2.2.4.1	Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall	47
2.2.4.2	Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik	48
2.2.4.3	Restliche Geburtsdauer nach Verlegung	52
2.2.5	Betreuungskontinuität nach der Verlegung	55

2.2.6	Dokumentierte Geburtsrisiken	55
2.2.6.1	Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung	61
2.2.6.2	Befunde und Risiken als Weichenstellung für eine außerklinische Geburt	64
2.2.7	Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt	66
2.2.8	Daten zur Geburt allgemein	70
2.2.9	Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und -verletzungen, differenziert nach Geburtsort	72
2.2.10	Begleitende Maßnahmen	78
2.3	Nach der Geburt des Kindes	81
2.3.1	Postpartale Verlegungen von Müttern und Kindern allgemein	81
2.3.1.1	Postpartale Verlegungen der Mütter	81
2.3.2	Zustand der Kinder nach der Geburt allgemein	83
2.3.2.2	Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen	84
2.3.2.1	Outcome	87
2.3.3	Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal	91
2.4	Kurzdarstellung der Geminigeburten	94
3	ABSCHLIEßENDE DISKUSSION	96
3.1	Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen	96
3.2	Die Ergebnisse auf der Grundlage der Qualitätsziele der Hebammenverbände	98
ANHANG TEIL I		
ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DES VERFAHRENS ZUR AUSWERTUNG DER AUßERKLINISCHEN GEBURTEN		104
ANHANG TEIL II		
AUSGEWÄHLTE DATEN ALS TABELLEN		111

1. Einleitung

Zum fünften Mal¹ werden die Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Geburtshäusern, in anderen außerklinischen Institutionen² und in Arztpraxen vorgestellt. Nach diesem einleitenden Kapitel mit Informationen zur Struktur der Daten von 2003 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 2002 verglichen. Im letzten Kapitel ist die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung kurz zusammengefasst.

In die aktuelle Erhebung sind insgesamt 9.846 Geburten eingegangen. Dies bedeutet einen starken Anstieg zu den Zahlen von 2002 (mit 9.412 dokumentierten Geburten), um genau 434 ausgefüllte Dokumentationsbögen. An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2003 genau **631** Einrichtungen, im Jahr 2002 waren es insgesamt 600 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 2002 bei 81,4% (siehe Anhang Teil I). Vorausgesetzt die Gesamtgeburtenszahl in Deutschland und der Anteil an klinischen Geburten sind mit den Vorjahreszahlen vergleichbar³, 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.

¹ 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, der dritte Bericht (für das Jahr 2001) wurde im Eigenverlag 2002 und der vierte Qualitätsbericht (für das Jahr 2002) wurde im Verlag Wissenschaftliche Schriften, Zwickau, 2003 veröffentlicht – alle Berichte erfolgten im Auftrag des Bundes Deutscher Hebammen e.V. und des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V.

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

³ Die entsprechenden Angaben zu den Geburtenzahlen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2003 lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vor.

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

© Copyright BDH e.V. und BfHD e.V.

Deckblatt verbleibt bei der Hebamme

Durchschlag bitte an die Landeskoordinatorin schicken

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 vorangeg. Schwangersch.) (656.1)
- 09 Diabetes mellitus (648.0)
- 10 Adipositas
- 11 Kleinwuchs
- 12 Skelettanomalien
- 13 Schwangere unter 18 Jahren
- 14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)
- 15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
- 16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung
- 17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. Ss-Woche)
- 18 Zustand nach Mangelgeburt
- 19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
- 20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
- 21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entbindungen
- 22 Komplikationen post partum
- 23 Zustand nach Sectio (654.2)
- 24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)
- 25 Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
- 26 Andere Besonderheiten
- 54 Zustand nach HELLP
- 55 Zustand nach Eklampsie
- 56 Zustand nach Hypertonie

Katalog B (zu Zeile 13)

Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (identisch mit Mutterpass)

- 27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen (648.-)
- 28 Dauermedikation
- 29 Abusus (648.-)
- 30 Besondere psychische Belastung (648.4)
- 31 Besondere soziale Belastung (648.9)
- 32 Blutungen vor der 28. Sswo. (640.-)
- 33 Blutungen nach der 28. Sswo. (641.-)
- 34 Placenta praevia (641.-)
- 35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 36 Hydramnion (657)
- 37 Oligohydramnie (658.0)
- 38 Terminunklarheit (646.9)
- 39 Placenta-Insuffizienz (656.5)
- 40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)
- 41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)
- 42 Anämie (648.2)
- 43 Harnwegsinfektion (646.6)
- 44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)

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

Katalog C (zu Zeilen 20,34,42)

Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken

- 60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)
- 61 Überschreitung des Termins (645)
- 62 Mißbildung (655)
- 63 Frühgeburt (644.1)
- 64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) (656.5)
- 66 Gestose/Eklampsie (642.5)
- 67 RH-Inkompatibilität (656.1)
- 68 Diabetes mellitus (648.0)
- 69 Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen (654.2)
- 70 Plazenta praevia (641.-)
- 71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)
- 72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)
- 73 Amnion-Infektionssyndrom (Verdacht auf) (658.4)
- 74 Fieber unter der Geburt (659.2)
- 75 Mütterliche Erkrankung (648.-)
- 76 Mangelnde Kooperation der Mutter
- 77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne (656.3)
- 78 Grünes Fruchtwasser (656.3)
- 79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) (656.3)
- 80 Nabelschnurvorfal (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 Schädelagen (652.8)
- 94 Sonstiges
- 95 HELLP
- 96 intrauteriner Fruchttod (656.4)
- 97 pathologischer Dopplerbefund
- 98 Schulterdystokie

Katalog D (zu Zeilen 50, 52, 54)

Postpartale Krankheiten/Störungen, Verlegungsgründe, Diagnose bei Verstorbenen

- 01 Unreife/Mangelgeburt (765)

- 02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)
- 03 Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit (769)
- 04 andere Atemstörungen (770)
- 05 Schockzustand (785)
- 06 Ikterus (774)
- 07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.) (773)
- 08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.) (776)
- 09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775)
- 10 hereditäre Stoffwechseldefekte (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))
- 11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))
- 12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)
- 13 intrakranielle Blutungen
- 14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperezitabilität, Hemisindrom) (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 Lippenspalten (749)
- 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)
- 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)
- 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753)
- 37 Anomalie Genitalorgane (752)
- 38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln (755, 756)
- 39 Zwerchfellmißbildung (7566)
- 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671)
- 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757)
- 42 Hernien (550-553)
- 43 biomechanische Verformung (d. Lage-, Haltungsanomalie, Hüftdysplasie, Hüftluxation) (754)
- 44 andere Anomalie

Katalog E (zu Zeilen 34,42)

Verlegung der Mutter sub partu

- 100 Auf Wunsch der Mutter
- Verlegung der Mutter post partu
- 101 Blutungen >1000ml
- 102 Placentalösungsstörungen/unvollst. Placenta
- 103 Komplizierte Geburtsverletzungen
- 104 Nahtversorgung von Episiotomie / Dammrissen
- 105 Sonstiges

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 vorangehenden 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 Outcome 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
- dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur
- belegt eine differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt
- belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung
- verbessert (über den Weg des Qualitätsmanagements) die Chance der Frauen auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung
- verbessert auf dem gleichen Weg die Chance auf ein positives „Fetal Outcome“ durch ein individuelles Zeitmanagement

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 9.846 dokumentierte außerklinische Geburten – darunter 20 Zwillingsgeburten (2002: 15 Zwillingsgeburten) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten⁴ in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt, werden diese 40 Geburten analog zur klinischen Perinatalerhebung aus der Gesamtmenge herausgenommen⁵. 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 9.806 Geburten (2002: 9.382 Geburten).

1.5 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2003 folgende 631 Einrichtungen:

- 542 Hebammen (im Jahr 2002: 520 Hebammen),
- 66 Geburtshäuser (2002: 64 Geburtshäuser),
- 22 andere außerklinische Institutionen (2002: 15 andere außerklinische Institutionen) und
- 1 Arztpraxis (2002: 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.

Die 9.806 dokumentierten Geburten verteilten sich auf 4.324 Hausgeburten (44,1%), gefolgt von 4.213 Geburtshausgeburten (43%) und 1028 Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (10,5%) und 241 Geburten in einer Arztpraxis (2,5%)⁶. Im Jahr 2002 waren es 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%). Der Anteil der Hausgeburten in der Gesamtmenge ist gegenüber dem Vorjahr weiter zurückgegangen

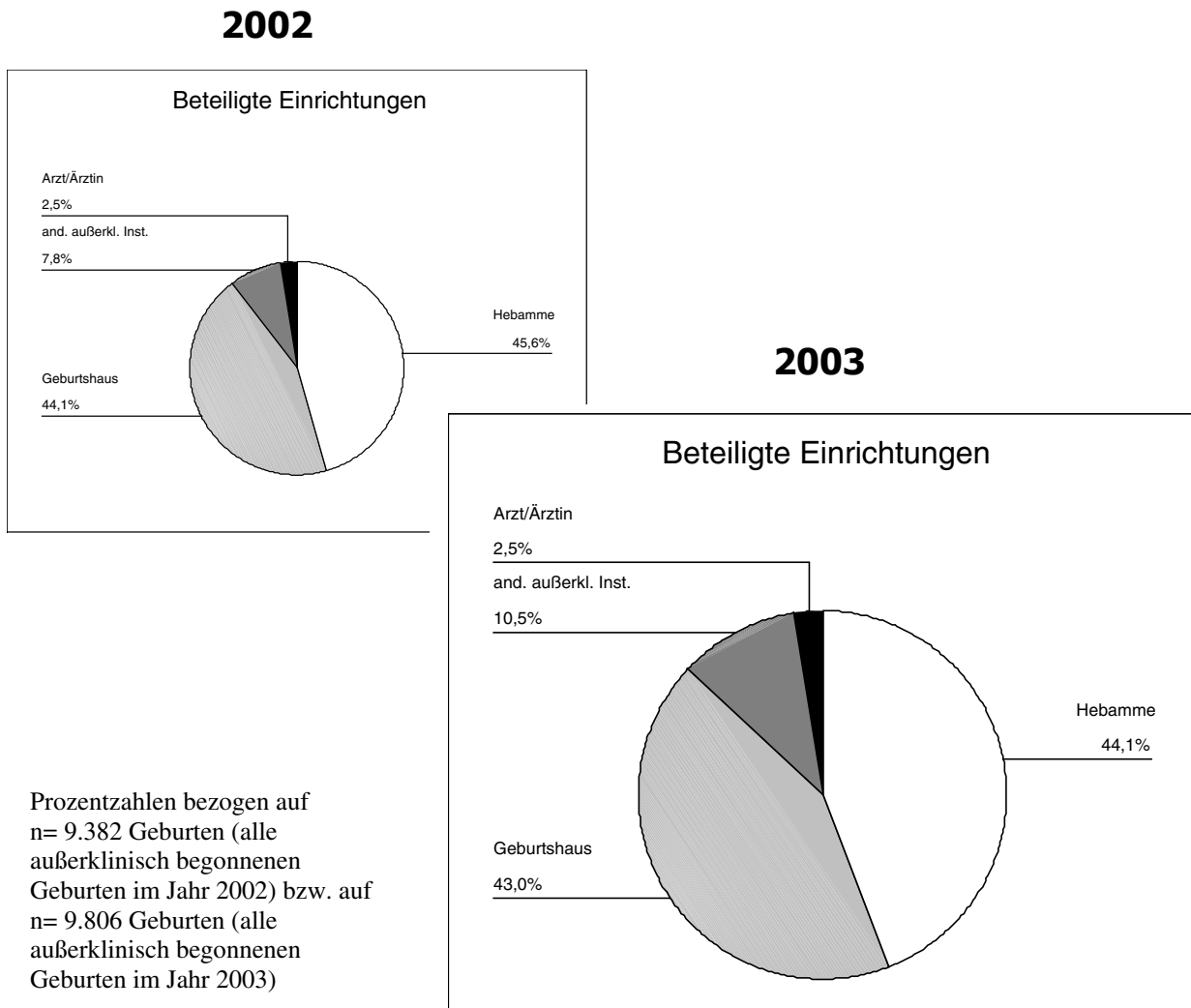
⁴ Die vom Bund Deutscher Hebammen herausgegebenen Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes stellen klar, dass Frauen mit einer Mehrlingsschwangerschaft eine außerklinische Geburt nicht empfohlen werden kann (siehe Bund Deutscher Hebammen e.V.: Hebammengeleitete Geburtshilfe, Empfehlungen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

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

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

(wiederum um 1,5%), während gleichzeitig die *Zahl* der dokumentierten Hausgeburten um 49 Geburten gestiegen ist. Die Geburtshausgeburten sind um 1,2% zurückgegangen, aber ebenfalls von ihrer Zahl her gestiegen (um 74 Geburten). Die Geburten in anderen außerklinischen Institutionen sind zahlenmäßig wie prozentual gestiegen (um beachtliche 2,7% oder 298 Geburten). Das prozentuale Verhältnis der beiden Jahre zeigt nochmals folgende Abbildung.

Abbildung 1
Beteiligte Einrichtungen im Jahr 2003 und 2002



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

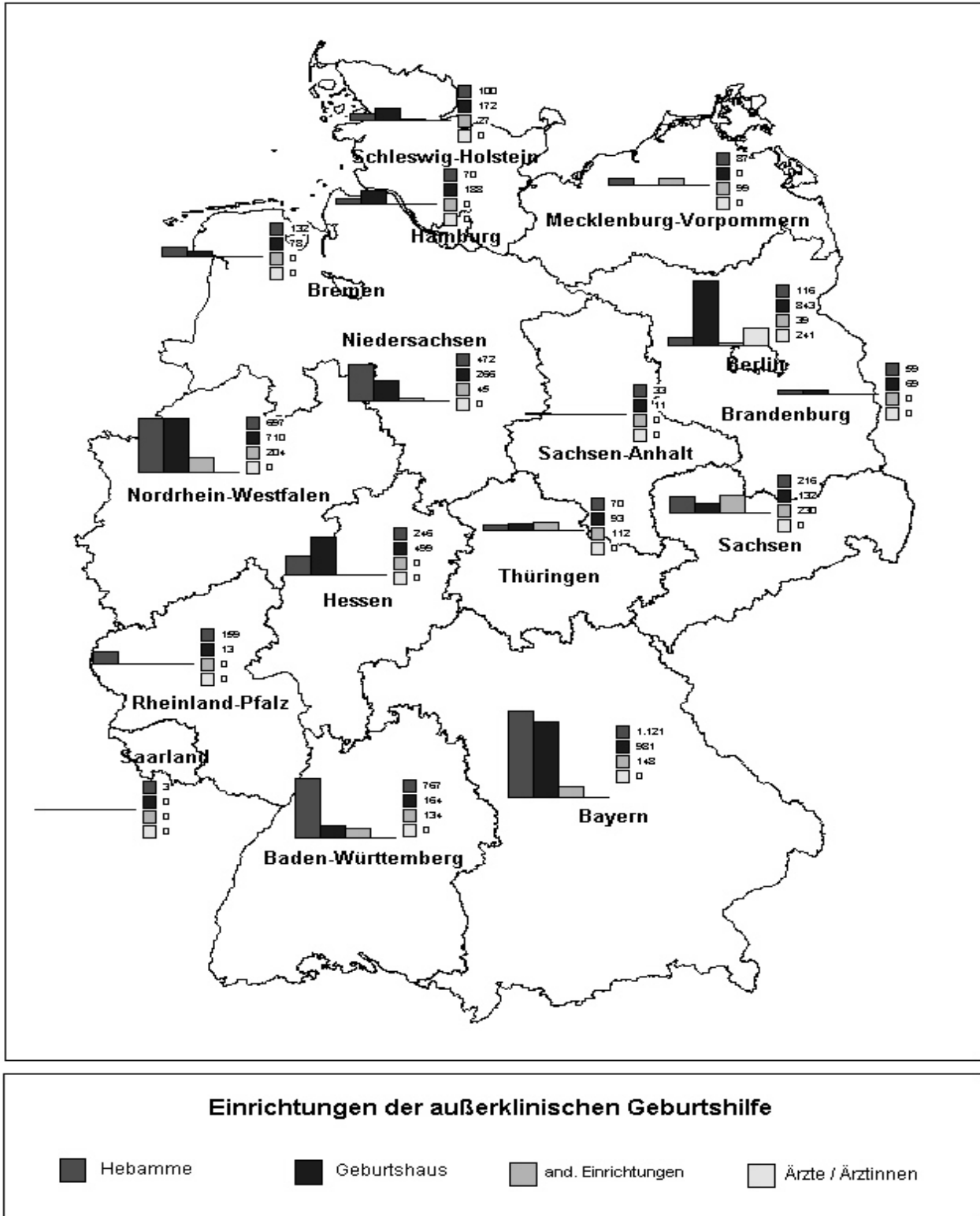
Diese Karte hat sich zum Vorjahr geringfügig verändert. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sowohl in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg als auch in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen (im Jahr 2002 waren es Hessen und Thüringen) der Anteil der dokumentierten Geburtshausgeburten zum Teil erheblich höher liegt 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 2003 erstmals die Entbindungen in anderen außerklinischen Institutionen höher als in den einzelnen anderen Einrichtungen. Diese Art der Geburt ist auch erstmals für Nordrhein-Westfalen dokumentiert und in nunmehr neun (2002: acht) Bundesländern dokumentiert.

Diese Verschiebungen sind zum großen Teil auch darauf zurückzuführen, dass Dokumentationsbögen nicht rechtzeitig zur Auswertung eingetroffen sind.

Abbildung 2

Im Jahr 2003 erhobene Geburten, differenziert nach Einrichtung

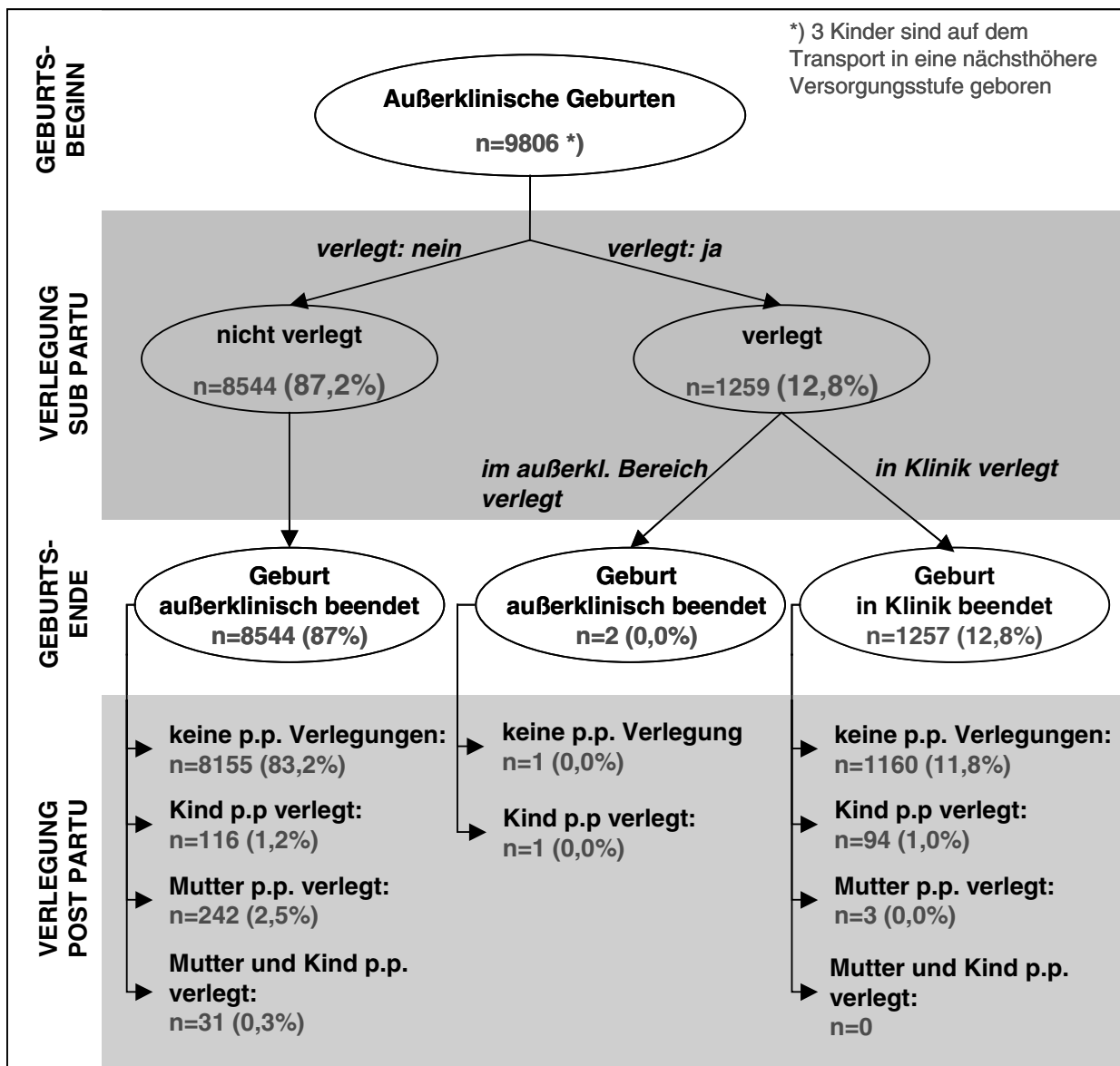


Angaben beziehen sich auf die Anzahl der in den jeweiligen Institutionen begonnenen Geburten im Jahr 2003

1.6 Datenbasis im Überblick

Einen Überblick über die im Jahr 2003 ausgewerteten Geburten und ihre in diesem Kommentar gewählte Differenzierung nach Verlegung gibt die folgende Abbildung.

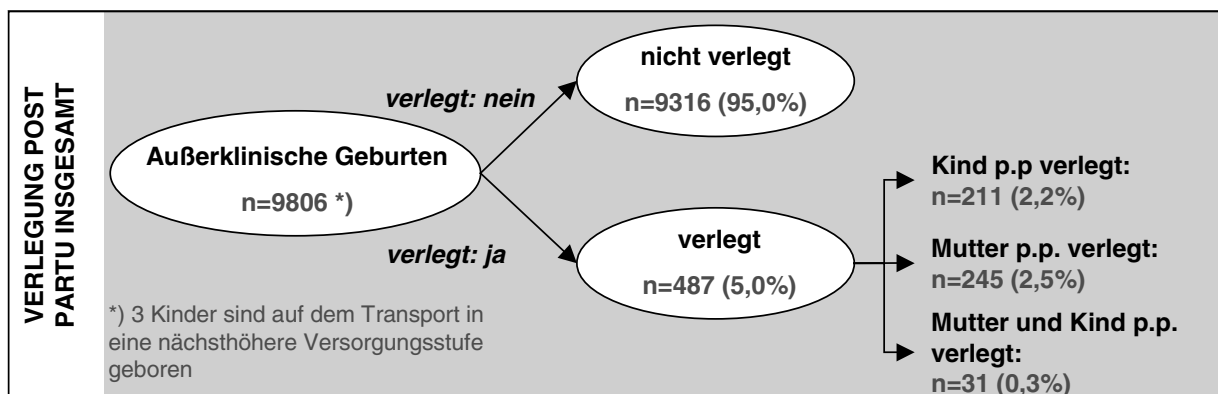
Abbildung 3
Überblick über die ausgewerteten Geburten 2003



Die Gesamtmenge der Geburten im Jahr 2003 beläuft sich nach Abzug der Zwillingsgeburten auf 9.806 Geburten. Von diesen Geburten begannen und endeten 8.544 Entbindungen oder 87% aller Geburten (wie im Vorjahr) an ein- und demselben Ort. In 1.259 Fällen oder 13% aller Geburten (bis auf zwei Frauen, die in eine andere außerklinische Institution verlegt wurden) kam es während der Geburt zu einer Verlegung in eine Klinik. In drei zusätzlichen Fällen kam es zur Geburt während des Transports.

Der linke untere Bereich der Abbildung 3 zeigt die postpartalen Verlegungen: Nach der Geburt wurde es nötig, 116 Kinder nach einer außerklinisch beendeten Geburt sowie 94 Kinder nach einer klinisch beendeten Geburt und 242 Mütter zu verlegen. In 31 zusätzlichen Fällen waren gleichzeitig bei Mutter und Kind Verlegungsgründe aufgetaucht. Im Vorjahr waren nach der außerklinisch beendeten Geburt insgesamt 9 Kinder mehr und 9 Mütter weniger verlegt worden. Bei den klinisch beendeten Geburten waren insgesamt 10 Kinder weniger und 1 Mutter mehr verlegt. Prozentual gesehen sind die Ergebnisse vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen.

Abbildung 4
Gesamte postpartale Verlegungen



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

Insgesamt wurden nach allen außerklinisch begonnenen Geburten 211 Kinder (2,2% aller Geburten wie im Jahr 2002), 245 Mütter (2,5% aller Geburten wie im Jahr 2002) und in 31 Fällen Mutter und Kind verlegt (0,3% aller Geburten wie im Jahr 2002).

1.6.1 Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

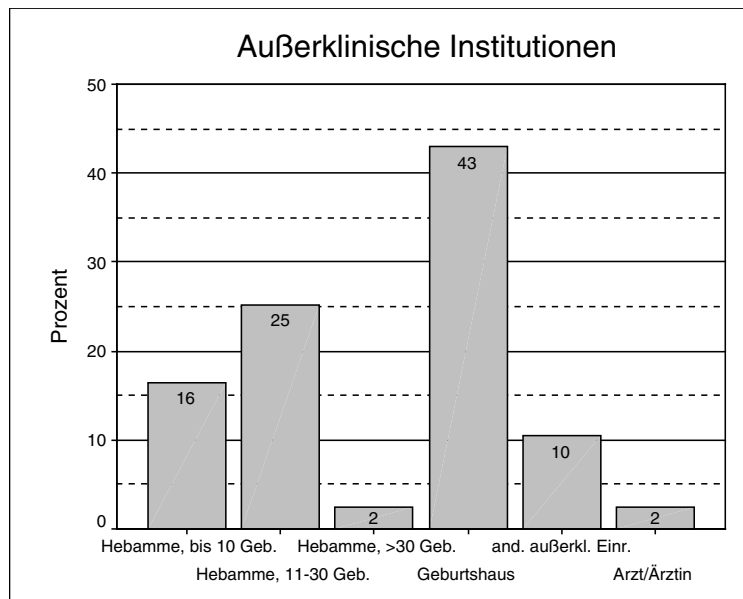
Um ein Bild darüber zu bekommen, wie sich innerhalb der beiden größten Gruppen (Gruppe der Hausgeburten und Gruppe der Geburtshausgeburten) die Anzahl der Geburten auf die Hebammen verteilen, wurden diese beiden Gruppen nochmals differenziert betrachtet.

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. Von den Hebammenverbänden wird eine Zahl von über 10 Geburten/Jahr als ausreichend angesehen, um in der außerklinischen Geburtshilfe die hinreichende Routine zu besitzen. Hinsichtlich der Verteilung ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 5

Verteilung der Anzahl der Hebammengeburt



Aufgerundete Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die ersten drei Säulen dieser Grafik sowie die Spalte „Prozent“ in der folgenden Tabelle 1 zeigen folgendes: Nur 2,4% *aller* Geburten wurden von Hausgeburtshebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen (im Vorjahr waren es noch 5%). Es kann angenommen werden, dass diese Hebammen ihren Arbeitsschwerpunkt in der außerklinischen Geburtshilfe haben. Mehr Geburten als im Vorjahr wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben (25,2% im Jahr 2003 gegenüber 24,3% im Jahr 2002). Leicht ist die Menge der Geburten mit Hausgeburtshebammen gestiegen, die nur bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (von 15,9% im Jahr 2002 auf 16,5% im Jahr 2003). Es ist anzunehmen, dass diese Hebammen zusätzlich noch einer Klinik Tätigkeit 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 Prozenze (Spalte „gültige Prozenze“ in Tabelle 1) wie folgt:

Tabelle 1

Anzahl Hebammengeburt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1616	16,5	37,4
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2474	25,2	57,2
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	234	2,4	5,4
Gesamt	4324	44,1	100,0
andere Einrichtungen	5482	55,9	
Gesamt	9806	100,0	

Verteilung der begonnenen Hausgeburt auf Hebammen mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburt (alle außerklinisch begonnenen Geburt). „Gültige Prozenze“ beziehen sich nur auf die Hausgeburt (n= 4.324 Geburt).

Mehr als 60% aller Hausgeburt werden von Hebammen begleitet, die ausreichend Geburt im außerklinischen Bereich pro Jahr betreuen, um die nötige Routine zu besitzen.

Weiter gestiegen ist die Prozentzahl der Geburt, die von Hausgeburtshebammen betreut werden, die bis zu 10 Geburt pro Jahr begleiten (von 34,9% der Hausgeburt im Jahr 2002 auf 37,4% der Hausgeburt im Jahr 2003). Mehr Geburt als im Vorjahr (57,2% der Hausgeburt gegenüber 53,4% der Hausgeburt im Jahr 2002) wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburt im Jahr angeben. Genau 5,4% aller Hausgeburt – im Gegensatz zu 11,7% der Hausgeburt im Vorjahr – wurden von Hebammen begleitet, die mehr als 30 Geburt im Jahr betreuen. Werden die beiden letzten Gruppen zusammen betrachtet, lässt sich zeigen, dass nur noch etwa 63% aller Hausgeburt von Hebammen betreut werden, die mehr als 10 Geburt im Jahr begleiten, im Vorjahr waren es noch 2% mehr.

Geburtzahlen 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 Geburt im Jahr betreut, eine zweite mit 71 bis 140 Geburt, eine dritte mit 141 bis 210 Geburt und eine vierte Gruppe mit über 210 Geburt pro Jahr. Eine Berechnung der Anzahl der Geburt pro Hebamme konnte dabei nicht vorgenommen werden.

Es ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 2

Anzahl Geburtshausgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Geburtshaus, bis 70 Geb. p.a.	1633	16,7	38,8
Geburtshaus, 71 bis 140 Geb. p.a.	1078	11,0	25,6
Geburtshaus, 141 bis 210 Geb. p.a.	1049	10,7	24,9
Geburtshaus, mehr 210 Geb. p.a.	453	4,6	10,8
Gesamt	4213	43,0	100,0
andere Einrichtungen	5593	57,0	
Gesamt	9806	100,0	

Verteilung der begonnenen Geburtshausgeburten auf Geburtshäuser mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten). „Gültige Prozente“ beziehen sich nur auf die Geburtshausgeburten (n= 4.213 Geburten).

Der Anteil der Geburten in solchen Geburtshäusern, die bis zu 210 Geburten im Jahr betreuen, ist gestiegen.

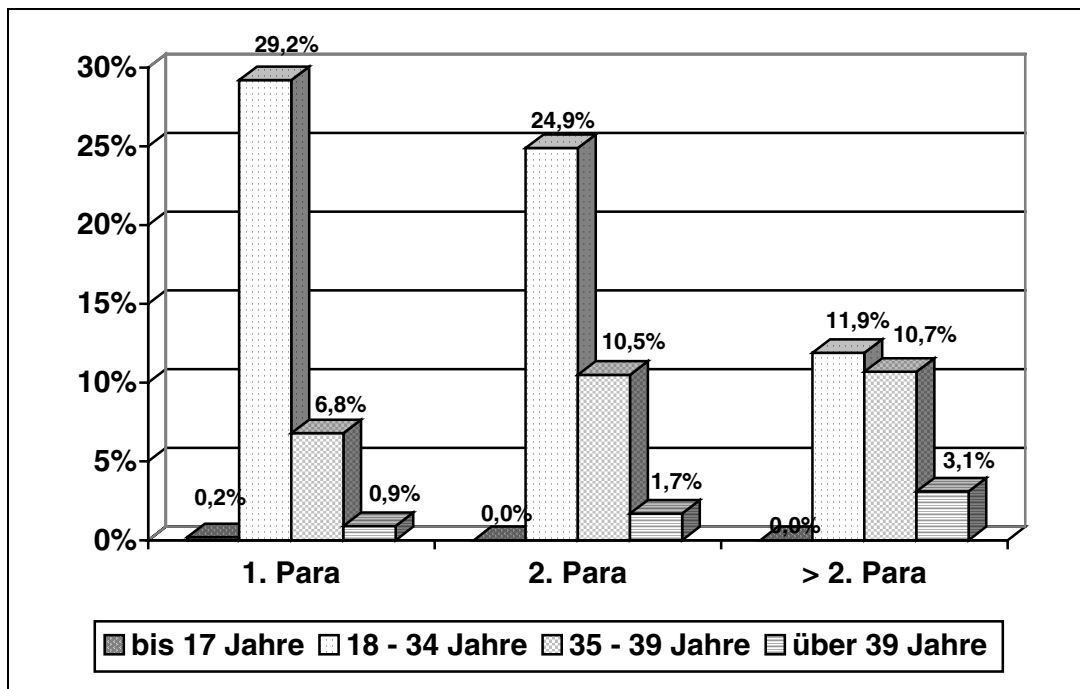
Die Anzahl betreuter Geburten in den Geburtshäusern ist zum einen abhängig vom Einzugsgebiet und zum anderen von der Anzahl der in einem Geburtshaus beschäftigten Hebammen. Wie in Abb. 5 sichtbar wurde, beginnen 43% aller dokumentierten Geburten in Geburtshäusern (2002 waren es 44%). Betrachten wir hier nur die Gruppe der Geburtshäuser, so verteilen sich die Prozentzahlen (Spalte „gültige Prozente“ in Tabelle 2) wie folgt: Mehr Geburten als im Vorjahr (38,8% gegenüber 37,1% aller Geburtshausgeburten im Jahr 2002) wurden in Geburtshäusern betreut, die *bis zu 70 Geburten im Jahr* angeben. Die Geburten in Geburtshäusern mit einer Anzahl von *71 bis 140 Geburten im Jahr* sind um etwa 3% zurückgegangen: Hier sind 25,6% der Geburten gegenüber 28,5% der Geburten für das Jahr 2002 zu verzeichnen. Dagegen sind die Geburten in Häusern *zwischen 141 bis 210 Geburten pro Jahr* im Vorjahresvergleich enorm gestiegen (um 8% genau: von 16,9% für das Jahr 2002 auf 24,9% der Geburtshausgeburten). Die Geburtshäuser, die *mehr als 210 Geburten im Jahr* betreuen, haben einen starken Abfall der Geburten zu verzeichnen (waren es 2002 noch 17,5%, sind es für 2003 nur noch 10,8% der Geburtshausgeburten).

1.6.2 Alter und Geburtenrang der Frauen

Im Gesamtkollektiv machen Erstgebärende 37,1% aller Gebärenden (2002 waren es 36,3%), Zweitgebärende: 37,2% (2002 waren es 36,9%) und Mehrgebärende 25,8% aus (2002 waren es 26,8%). Die Auswertung zum Alter und zum Geburtenrang zeigt, dass Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entscheiden, in der Tendenz älter sind als Frauen mit ähnlichen Voraussetzungen, die jedoch eine Klinikgeburt planen. 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 63% aller Gebärenden (im Jahr zuvor: 64%). 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



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten), fehlende Angaben: n=2

Wie in den drei Vorjahren planen mehr und mehr Erstgebärende eine außerklinische Geburt. Der Anteil der älteren Erstgebärenden ist weiter leicht gestiegen.

Die Zahl und Prozentzahl der Erstgebärenden (3.637 Erstgebärende (37,1%) gegenüber 3.407 Erstgebärende (36,3%) im Vorjahr) ist weiter leicht gestiegen. Im Alter von über 34 Jahren gebären 7,7% aller Gebärenden ihr erstes Kind gegenüber 7,4% im Vorjahr (siehe auch Tabelle 53 im Anhang).

Insgesamt ist die Klientel weiterhin etwas „älter“ geworden. In der Altersklasse von 35–39 Jahren sind 2.750 Frauen (28,0% der Gebärenden) anzutreffen gegenüber 2.612 Frauen im Vorjahr (27,8% der Gebärenden). Dagegen finden sich in der Altersklasse von 18–34 Jahren im Jahr 2003 nur noch genau 6.475 Frauen oder 66,0% aller Gebärenden im Vergleich zu 6.297 Frauen oder 67,1% im Vorjahr. In der Altersklasse über 39 Jahre befinden sich 563 Frauen (5,7% der Gebärenden) gegenüber 465 Frauen (5% der Gebärenden) im Jahr 2002. Die ganz jungen Gebärenden sind wie im Vorjahr mit einem sehr geringen Prozentsatz vertreten (0,2% gegenüber 0,1% im Jahr 2002).

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	6080
		Gesamt-%	62,0
	Hebammenkontakte/Kurse	Anzahl	5410
		Gesamt-%	55,2
	Öffentliche Medien	Anzahl	1561
		Gesamt-%	15,9
	Sonstiges	Anzahl	1230
		Gesamt-%	12,5
	ÄrztInnen/Geburtskliniken	Anzahl	646
		Gesamt-%	6,6
	keine Angabe	Anzahl	57
		Gesamt-%	,6
Gesamt	Anzahl		9806
	Gesamt-%		100,0

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 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 62% aus dem persönlichen Umfeld –sie sind jedoch zum Vorjahr um etwa 2% in ihrer Nennung gesunken.

Die Kontakte über Hebammen und Kurse werden mit etwa 55,2% angegeben. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr (55,1%) gleich geblieben. Öffentliche Medien haben weiterhin mit rund 16% 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

Motivation	Selbstbestimmung	Anzahl	6678
		Gesamt-%	68,1%
	vertraute Hebamme	Anzahl	7219
		Gesamt-%	73,6%
	klinische Geburtserfahrung	Anzahl	2845
		Gesamt-%	29,0%
	außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	2691
		Gesamt-%	27,4%
	Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	2677
		Gesamt-%	27,3%
	Sonstige	Anzahl	1205
		Gesamt-%	12,3%
	keine Angabe	Anzahl	49
		Gesamt-%	,5%
Gesamt	Anzahl	9806	
	Gesamt-%	100,0%	

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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

Es gaben 73,6% der Gebärenden als Motivation für eine außerklinische Geburt das Vertrauensverhältnis zur Hebamme an (im Vorjahr: 75,1%). Mit 68,1% der Nennungen war auch das Motiv der Selbstbestimmung sehr stark (im Vorjahr: 71,2%). Die dritthäufigste Nennung – aber weit schwächer als die vorhergehenden Motive – ist die klinische Geburtserfahrung, die zu einer außerklinischen Geburt motivierte. Sie wurde mit 29% der Nennungen etwas häufiger als im Vorjahr (26,2%) erwähnt. Das Sicherheitsbedürfnis hat mit etwa 27% einen ähnlichen Stellenwert wie im Vorjahr. Auch die (positive) Erfahrung einer außerklinischen Geburt trägt nicht so häufig (zu 27,4%) zur Motivation bei. Die Prozentzahl ist in einer anderen Hinsicht interessanter: Mindestens ein Drittel der 9.806 Gebärenden hat bereits Erfahrung mit der außerklinischen Geburt.

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	1213	1096	302	66	2677
	Spalten %	28,1	26,0	29,4	27,4	27,3
vertraute Hebamme	Anzahl	3294	3026	777	122	7219
	Spalten %	76,2	71,8	75,6	50,6	73,6
Selbstbestimmung	Anzahl	2988	2836	729	125	6678
	Spalten %	69,1	67,3	70,9	51,9	68,1
außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	1467	883	289	52	2691
	Spalten %	33,9	21,0	28,1	21,6	27,4
klinische Geburtserfahrung	Anzahl	1543	982	277	43	2845
	Spalten %	35,7	23,3	26,9	17,8	29,0
Sonstige	Anzahl	438	518	141	108	1205
	Spalten %	10,1	12,3	13,7	44,8	12,3
keine Angabe	Anzahl	31	16	2		49
	Spalten %	,7	,4	,2		,5
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten %		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Unter der Einrichtung „Hebamme“ haben 3.294 Frauen oder 76,2% aller Frauen, die eine Hausgeburt planten, als Motivationsfaktor zur außerklinischen Geburt die „vertraute Hebamme“ angegeben (vergleichbar mit dem Vorjahr: 3.276 Frauen oder 76,6%). Die Frauen, die in einem Geburtshaus gebären wollten, haben diese Angabe etwas seltener als im Vorjahr gemacht, in 71,8% der Fälle gegenüber etwa 74% im Jahr 2002. In den anderen außerklinischen Einrichtungen ließen die Klientinnen diesen Punkt in 777 Fällen oder 75,6% aller dort geplanten Geburten dokumentieren – und damit prozentual etwas seltener als im Vorjahr (im Jahr 2002 waren es 603 Fälle oder 82,6%).

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 untersucht, 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. außerkl. Inst.			Arzt/Ärztin			Anzahl	Gesamt-%
	Anzahl	Zellen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zellen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zellen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zellen-%	Gesamt-%		
Baden-Württemberg	763	71,9%	7,8%	164	15,5%	1,7%	134	12,6%	1,4%				1061	10,8%
Bayern	1111	49,7%	11,3%	979	43,8%	10,0%	146	6,5%	1,5%				2236	22,8%
Berlin	114	9,2%	1,2%	843	68,1%	8,6%	39	3,2%	,4%	241	19,5%	2,5%	1237	12,6%
Brandenburg	59	46,1%	,6%	69	53,9%	,7%							128	1,3%
Bremen	130	62,5%	1,3%	78	37,5%	,8%							208	2,1%
Hamburg	70	27,1%	,7%	188	72,9%	1,9%							258	2,6%
Hessen	246	33,1%	2,5%	497	66,9%	5,1%							743	7,6%
Mecklenburg-Vorpommern	87	46,8%	,9%				99	53,2%	1,0%				186	1,9%
Niedersachsen	468	60,1%	4,8%	266	34,1%	2,7%	45	5,8%	,5%				779	7,9%
Nordrhein-Westfalen	697	43,5%	7,1%	708	44,2%	7,2%	196	12,2%	2,0%				1601	16,3%
Rheinland-Pfalz	159	92,4%	1,6%	13	7,6%	,1%							172	1,8%
Saarland	3	100,0%	,0%										3	,0%
Sachsen-Anhalt	33	75,0%	,3%	11	25,0%	,1%							44	,4%
Sachsen	214	37,2%	2,2%	132	22,9%	1,3%	230	39,9%	2,3%				576	5,9%
Schleswig-Holstein	100	33,4%	1,0%	172	57,5%	1,8%	27	9,0%	,3%				299	3,0%
Thüringen	70	25,5%	,7%	93	33,8%	,9%	112	40,7%	1,1%				275	2,8%
Gesamt	4324	44,1%	44,1%	4213	43,0%	43,0%	1028	10,5%	10,5%	241	2,5%	2,5%	9806	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die lokale Verteilung der außerklinischen Geburten insgesamt hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert. Für den Jahrgang 2003 lieferte Bayern mit 2.236 Geburten oder 22,8% (ähnlich wie im Vorjahr mit 2.233 Geburten oder 23,8% 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 (an erster Position für die Stadtstaaten, mit einem Anteil von 1.237 Geburten oder 12,6%, im Vorjahr: 13,2% aller Geburten) schon länger etabliert ist, bzw. der Anteil der freiberuflichen Hebammen größer ist als in den anderen Bundesländern.

Die Prozentanteile der Geburten bei *Hausgeburtshebammen* (Spalte: *Hebamme*) zu allen dokumentierten außerklinischen Geburten in diesem betreffenden Bundesland (Zeilenprozente) haben in einigen Bundesländern zugenommen (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen), wobei das Saarland mit 3 Geburten bei Hebammen im Jahr 2003 wieder bei einer Rate von 100% an dokumentierten Hausgeburten liegt.

In den übrigen Bundesländern sind eher leicht abfallende Tendenzen zu verzeichnen. Ein stärkerer Abfall ist zu Gunsten der Dokumentation von Geburtshausgeburten (in Bremen und Hamburg) oder von Geburten in anderen Institutionen (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen) erkennbar.

Im Vergleich der Bundesländer untereinander hat Bayern die meisten Hausgeburten (1.111 Geburten (11,3%) im Jahr 2003 und liegt damit ähnlich wie im Vorjahr: mit 11,6% der Gesamtgeburtenzahl), gefolgt von Baden-Württemberg mit 763 Geburten im Jahr 2003 (7,8%) und damit etwas weniger als im Vorjahr (8,6% der Gesamtgeburtenzahl).

Wie im Vorjahr ist weiterhin die Zunahme der dokumentierten *Geburtshausgeburten* in vielen Bundesländern erkennbar, wobei Bremen und Hamburg die größten Zunahmen im Vergleich mit den Ergebnissen von 2002 gemeldet haben, während Nordrhein-Westfalen Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt die stärksten Rückgänge dokumentierten.

Der Trend zur Dokumentation der Entbindung in anderen außerklinischen Institutionen sinkt leicht in Sachsen, Schleswig-Holstein sowie Thüringen und steigt besonders in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (hier von 0,0% auf 2% der Gesamtgeburtenzahl).

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass es sich hier nur um einen Spiegel der dokumentierenden Einrichtungen und nicht um eine Übersicht über die insgesamt vorhandenen Einrichtungen handelt. Deutlich wird bspw., dass in Mecklenburg-Vorpommern keine Geburtshausgeburten durchführbar oder dokumentiert sind.

In den meisten alten Bundesländern, insbesondere in Nordrhein-Westfalen sind die Zahlen der dokumentierten Geburten gestiegen – Ausnahmen: In den Ländern Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein kam es zu leichten Rückgängen in der Anzahl der außerklinischen Geburten. In den meisten neuen Bundesländern ist dagegen ein leichter Rückgang der außerklinischen Geburten zu verzeichnen – Ausnahme: Mecklenburg-Vorpommern. Einen Überblick über die Verteilung der Geburtsorte zusammengefasst nach neuen und alten Bundesländern sowie Stadtstaaten bietet 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	3547	2799	548		6894	
	Spalten%	82,0%	66,4%	53,3%		70,3%	
	Zeilen%	51,5%	40,6%	7,9%		100,0%	
	neue Bundesländer	Anzahl	463	305	441		1209
		Spalten%	10,7%	7,2%	42,9%		12,3%
		Zeilen%	38,3%	25,2%	36,5%		100,0%
	Stadtstaaten	Anzahl	314	1109	39	241	1703
		Spalten%	7,3%	26,3%	3,8%	100,0%	17,4%
		Zeilen%	18,4%	65,1%	2,3%	14,2%	100,0%
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806	
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Zeilen%		44,1%	43,0%	10,5%	2,5%	100,0%	

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

12% aller außerklinischen Geburten finden in den neuen Bundesländern statt.

Die außerklinische Geburtshilfe in den neuen Bundesländern entwickelt sich nur langsam – der Anteil von 1.209 dokumentierten Geburten oder 12,3% aller außerklinischer Geburten für das Jahr 2003 im Vergleich ist zum Vorjahr leicht zurückgegangen. In Zahlen bedeutet dies genau 15 dokumentierte Geburten weniger.

Aus den Stadtstaaten wurden 33 Dokumentationsbögen und aus den alten Bundesländern 406 Bögen mehr ausgewertet. Innerhalb der Stadtstaaten überwiegen die Geburten im Geburtshaus deutlich (mit Ausnahme von Bremen, siehe Tabelle 6), da sich Geburtshäuser u.a. aus ökonomischen Gründen eher in Städten oder Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte etablieren. In den neuen Bundesländern sind Haus- und Geburtshausgeburten in Relation zu den alten Bundesländern eher selten, dagegen ereignen sich hier verhältnismäßig viele Geburten in anderen außerklinischen Institutionen. In den alten Bundesländern ist die Hausgeburt mit 51,5% aller dortigen außerklinischen Geburten weiterhin das meist gewählte Angebot (2002: 54,4%).

Zusammenfassung zum Datenüberblick:

Datenbasis: Die Gesamtzahl der dokumentierten Bögen ist im Vergleich zu 2002 stark gestiegen. Die Geburten von insgesamt 9.846 Kindern (im Vorjahr: 9.412 Kinder) wurden dokumentiert. Auf der Basis einer Geburtenzahl von 9.806 Einlingen lassen sich repräsentative Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland darstellen. Genau 49 Hausgeburten mehr als im Vorjahr wurden gemeldet; der Anteil der Geburtshausgeburten stieg um 74 Geburten. Der größte Zuwachs wurde aus anderen außerklinischen Institutionen gemeldet: Ein Plus von 298 Geburten. Der Anteil der Geburten in der Arztpraxis stieg um 3 Geburten.

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 2003 ist der Anteil von Erstgebärenden, die außerklinische Geburten planen, im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Auch der Anteil an 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 Motivationen für eine außerklinische Geburt.

Flächendeckende Betreuung: Soweit es aus der Beteiligung an der Dokumentation zu beurteilen ist, ergibt sich folgendes Bild: 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 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 die 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 Ungeborenen zu erlangen, um die Weichen zu einer außerklinischen oder einer klinischen Geburt stellen zu können.

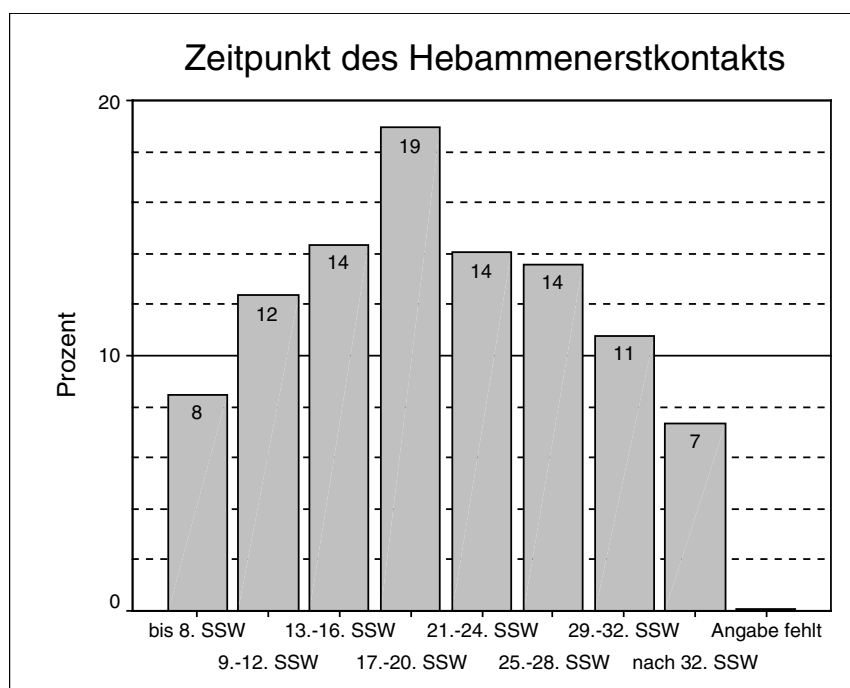
2.1.1 Beratungen und Untersuchungen

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.

Abbildung 7



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

81,7% aller Schwangeren 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 werden. Dieses Ergebnis ähnelt demjenigen des Vorjahres.

Zwischen der 17. und 20. Woche finden mit genau 18,9% die häufigsten Erstkontakte statt (siehe auch in Tabelle 8 weiter unten, die Prozentzahlen in der Spalte „Gesamt“) – im Jahr 2002 waren es noch 18,4%.

Die ersten Kontakte früher in der Schwangerschaft (bis zur 29. Woche) haben sich um knapp 1% verringert – damit wurde das positive Ergebnis gehalten. Im gleichen Maße haben sich die recht späten Erstkontakte (ab der 29. Woche) leicht erhöht: Kontaktierten im Jahr 2002 genau 17,2% der Schwangeren erst ab der 29. Schwangerschaftswoche die Hebamme, nahmen im Jahr 2003 genau 18,2% so spät Kontakt auf.

Eine differenzierte Analyse des Erstkontaktes im Bezug auf die Parität (ohne Abbildung, siehe Anhang, Tabelle 54) ergab, dass die Erstgebärenden im Vergleich zu Mehrgebärenden (d.h. Zweit-, Dritt- und Multipara) generell zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt mit der Hebamme aufnehmen: Bis zur 29. Schwangerschaftswoche waren es 78,7% aller Erstgebärenden (im Vorjahr: 80,5%) gegenüber 83,5% aller Mehrgebärenden im Jahr 2003. Damit zeigt sich auch, dass Erstgebärende etwas später in der Schwangerschaft mit der Hebamme Kontakt aufnehmen als im Vorjahr.

Nach der 32. Woche nahmen mehr Erstgebärende (7,7% im Gegensatz zum Vorjahr mit 6,9% aller Erstgebärenden) als Mehrgebärende den Kontakt auf (7,2% aller Mehrgebärenden im Jahr 2003). 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 (ein Drittel hatte bereits Erfahrung mit der außerklinischen Geburtshilfe, siehe Tabelle 4).

Der Hebammenerstkontakt ist ebenso ein wichtiger Parameter, wenn die differenzierten Entscheidungen von Hebammen und Schwangeren daraufhin untersucht werden, ob eine Hausgeburt oder aber eine Geburt im Geburtshaus oder in einer anderen außerklinischen Einrichtung geplant wird. Zumindest bei einer geplanten Hausgeburt sollte mehrere Monate Zeit 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	463	221	144	5	833
	Spalten-%	10,7	5,2	14,0	2,1	8,5
9.-12. SSW	Anzahl	681	406	110	16	1213
	Spalten-%	15,7	9,6	10,7	6,6	12,4
13.-16. SSW	Anzahl	729	521	117	42	1409
	Spalten-%	16,9	12,4	11,4	17,4	14,4
17.-20. SSW	Anzahl	826	770	196	63	1855
	Spalten-%	19,1	18,3	19,1	26,1	18,9
21.-24. SSW	Anzahl	499	717	107	54	1377
	Spalten-%	11,5	17,0	10,4	22,4	14,0
25.-28. SSW	Anzahl	483	667	140	43	1333
	Spalten-%	11,2	15,8	13,6	17,8	13,6
29.-32. SSW	Anzahl	341	583	117	16	1057
	Spalten-%	7,9	13,8	11,4	6,6	10,8
nach 32. SSW	Anzahl	295	328	97	2	722
	Spalten-%	6,8	7,8	9,4	,8	7,4
Angabe fehlt	Anzahl	7				7
	Spalten-%	,2				,1
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Schwangere im Hausgeburtskollektiv 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 einschließlich zur 20. Schwangerschaftswoche Kontakt zu ihrer Hebamme aufnahmen, ist im Vergleich zum Vorjahr von 62,7% auf 62,4% des gesamten Hausgeburtskollektives im Jahr 2003 leicht gesunken. Der Wert liegt jedoch immer noch weit über dem der anderen Einrichtungen: Der Erstkontakt mit einem Geburtshaus bis zur 20. Schwangerschaftswoche ist für das Jahr 2003 mit 45,5% um knapp 3% gesunken (2002 waren es 48,3% der Erstkontakte). In den anderen Institutionen nahm der Prozentsatz der Frauen, die Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche suchten, leicht zu (von 54,4% im Jahr 2002 auf 55,2% im Jahr 2003).

Im Gesamtkollektiv sind mit Beginn der 21. Schwangerschaftswoche im Jahr 2002 etwa 55,3% und 2003 etwa 1 Prozent weniger, genau 54,2% Erstkontakte mit der Hebamme erfolgt – eine weiterhin positives Ergebnis.

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

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

Tabelle 9
Anzahl der persönlichen Kontakte

Anzahl persönlicher Kontakte insg.		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	21	5	88		114
	Spalten-%	,5	,1	8,6		1,2
1 - 5	Anzahl	1092	942	319	110	2463
	Spalten-%	25,3	22,4	31,0	45,6	25,1
6 - 10	Anzahl	2061	2155	346	103	4665
	Spalten-%	47,7	51,2	33,7	42,7	47,6
11 - 15	Anzahl	826	852	187	19	1884
	Spalten-%	19,1	20,2	18,2	7,9	19,2
mehr als 15	Anzahl	321	259	88	9	677
	Spalten-%	7,4	6,1	8,6	3,7	6,9
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	3				3
	Spalten-%	,1				,0
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

In allen Einrichtungen hatten die meisten Frauen 6 bis 10 persönliche Kontakte zur Hebamme. Die Prozentzahl von 47,6% im Jahr 2003 liegt etwas unter dem Vorjahresergebnis von 48,9% aller Geburten.

Die Frauen, die *6 bis 10 persönliche Kontakte* zur Hebamme hatten, machen den größten Anteil der *Hausgeburtsgruppe* aus: Waren es im Jahr 2002 genau 46,8% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme, so sind es im Jahr 2003 sogar 47,7% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme. Bei den *Geburtshäusern* ist ein leichter Abfall zu verzeichnen (von 53,3% aller Kontakte im Geburtshauskollektiv im Jahr 2002 auf 51,2% im Jahr 2003). In den *anderen Institutionen* ist die Prozentzahl der Kontakte in dieser Sparte (*6 bis 10 persönliche Kontakte*) weiter zurückgegangen (von 38,9% aller Kontakte in anderen außerklinischen Institutionen im Jahr 2002 auf 33,7% im Jahr 2003), leider zu Gunsten eines Anstiegs in der Sparte *keine Kontakte* von 0,3% auf 8,6% aller Kontakte in anderen außerklinischen Institutionen.

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	515	454	334	21	1324
	Spalten-%	11,9	10,8	32,5	8,7	13,5
1 - 5	Anzahl	2229	2572	454	208	5463
	Spalten-%	51,5	61,0	44,2	86,3	55,7
6 - 10	Anzahl	1409	1072	202	12	2695
	Spalten-%	32,6	25,4	19,6	5,0	27,5
11 - 15	Anzahl	164	110	36		310
	Spalten-%	3,8	2,6	3,5		3,2
mehr als 15	Anzahl	4	5	2		11
	Spalten-%	,1	,1	,2		,1
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	3				3
	Spalten-%	,1				,0
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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

Genau 85,8% aller Frauen haben im Vorjahr Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen, im Jahr 2003 sind es genau 86,5%. 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 14,1% auf 13,5% gefallen. Unabhängig von der Einrichtung haben 55,7% der Frauen mindestens *1–5 Vorsorgeuntersuchungen* (etwa 0,7% mehr als im Vorjahr) und 27,5% der Frauen haben *6–10 Untersuchungen* bei einer Hebamme wahrgenommen (und damit 0,1% mehr als im Vorjahr).

Betrachten wir die einzelnen Einrichtungen, so fällt die Gruppe der anderen außerklinischen Institutionen auf, die im Jahr 2002 insgesamt 21,9% der Einträge mit „keine Hebammenvorsorgeuntersuchungen“ aufwies und im Jahr 2003 auf 32,5% dieser Einträge weiter gestiegen ist.

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.

Tabelle 11
Ärztliche Schwangerenvorsorge

Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge			Beteiligte Einrichtung				Gesamt
			Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	304	80	20		404	
	Spalten-%	7,0	1,9	1,9		4,1	
Ja	Anzahl	4020	4133	1008	241	9402	
	Spalten-%	93,0	98,1	98,1	100,0	95,9	
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806	
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Insgesamt haben 95,9% aller Frauen mindestens eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen (im Jahr 2002 waren es geringfügig weniger: 95,6%). 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/Gynäkologinnen und Hebammen weitere – für die Schwangeren vorteilhafte – Kooperationen entwickeln. Insgesamt waren es im Jahr 2002 nur genau 409 Frauen, die keine ärztliche Praxis zur Vorsorge aufgesucht haben, oder 4,4% des Gesamtkollektivs – nur 404 Frauen oder 4,1% des Gesamtkollektivs waren es im Jahr 2003.

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 mögliche Fehlentwicklungen beim Ungeborenen 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	1072	661	131		1864
	Spalten-%	24,8	15,7	12,7		19,0
Ja	Anzahl	3252	3552	897	241	7942
	Spalten-%	75,2	84,3	87,3	100,0	81,0
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Der Anteil der Schwangeren, die eine Ultraschalluntersuchung nach der 30. Schwangerschaftswoche wahrnehmen, liegt wie im Vorjahr bei 81%.

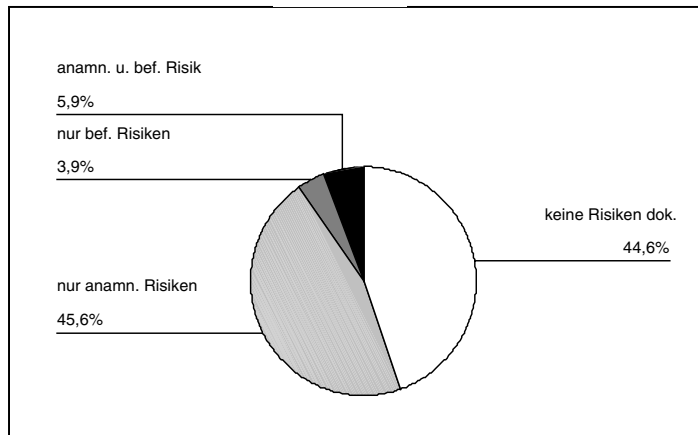
Für 81% aller Frauen sind Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche dokumentiert – genau wie im Jahr 2002. Anders ausgedrückt: Für 1.864 Schwangere (19% aller Schwangeren) sind keine Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche belegt. Im Jahr 2002 traf dies für genau 1.782 Schwangere zu. Hier könnten weitergehende Studien klären, ob diese Frauen überhaupt keinen Ultraschall in der Schwangerschaft haben machen lassen, ob etwaige Untersuchungen nicht im Mutterpass eingetragen wurden oder ob nur Ultraschalluntersuchungen vor der 30. Schwangerschaftswoche erfolgt sind.

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.

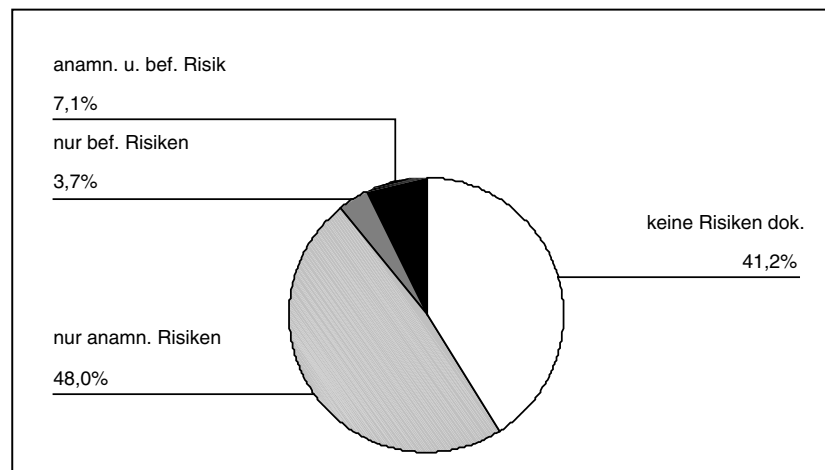
Abbildung 8
Vorkommen anamnestischer und/oder befundeter Schwangerschaftsrisiken in den Jahren
2002 und 2003

2002



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

2003



Prozentzahlen bezogen auf
n= 9.382 Geburten (alle
außerklinisch begonnenen
Geburten im Jahr 2002) bzw. auf
n= 9.806 Geburten (alle
außerklinisch begonnenen
Geburten im Jahr 2003)

Wie häufig Frauen mit Risikofaktoren im Mutterpass – entweder von ärztlicher oder von Hebammenseite dokumentiert – in der außerklinischen Geburtshilfe in den Jahren 2002 und 2003 anzutreffen waren, zeigt die Abbildung 8.

Für 4.040 Frauen oder 41,2% aller Frauen sind im Jahr 2003 keine Risikofaktoren im Mutterpass dokumentiert – weder von ärztlicher noch von Hebammenseite – und damit ist zum Vorjahr ein weiteres Absinken der Zahl vollkommen risikofreier Schwangerschaften zu verzeichnen (für 2002 waren es 4.186 Frauen) – die Zahlenwerte für 2003 siehe Tabelle 13. Hatten im Jahr 1999 noch 52,2% und im Jahr 2000 noch 48,8% aller Frauen diese Bezeichnung, waren es 2002 – wie die obere Grafik zeigt – nur noch 44,6% und sind es im Jahr 2003 – wie erwähnt – 41,2% aller Frauen. Dies sind 3,4% weniger. Es handelt sich hier um eine Differenz von 146 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 außerklini-

schen Geburtshilfe, wäre zu fragen, ob der Rückgang des Anteils der (eher risiko–armen) Hausgeburten am Gesamtkollektiv dafür verantwortlich ist.

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 2002 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 2003 sowohl anamnestische als auch befundene Risiken vor (im Jahr 2002 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, befundene 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	4040	41,2
nur anamnestische Risiken	4709	48,0
nur befundene Risiken	362	3,7
anamnestische u. befundene Risiken	695	7,1
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Knapp 90% der Schwangeren und damit weniger als im Vorjahr konnten – schon allein auf Grund ihrer Voraussetzungen – im Jahr 2003 mit einer normalen Geburt rechnen.

Zusammen mit der Gruppe, die lediglich anamnestische Risiken aufwies, machen die Schwangeren ohne Risikoeintrag 89,2% aller erfassten Schwangeren aus. Dieses Ergebnis liegt 1% unter dem Wert im Jahr 2002, mit 90,2% 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 nach Kat. A		Anzahl	Gesamt-%
A14 Schwangere >35 Jahre		2347	23,9%
A04 Allergie		1841	18,8%
A01 Fam. Belastung		1282	13,1%
A02 Anamn. Erkrankung		703	7,2%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.		425	4,3%

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Das am häufigsten von den Hebammen genannte Risiko im Bereich „Anamnese und allgemeine Befunde“ (Katalog A im Dokumentationsbogen, identisch mit dem Katalog A im Mutterpass) war im Jahr 2003 mit 2.347 Fällen oder 23,9% aller Geburten das *Alter der Frauen über 35 Jahre*. Damit kam es zu einem leichten Anstieg: Im Vorjahr lag in 2.085 Fällen oder bei 22,2% aller Geburten das Alter der Schwangeren über 35 Jahre. Anzumerken ist, dass ein höheres Alter der Frauen allein kein Ausschlusskriterium für eine außerklinische Geburt ist.

Als zweithäufigster allgemeiner Befund ist in 1.841 Fällen oder 18,8% aller Geburten die *Allergie* dokumentiert (Vorjahr: 1.565 Fällen oder 16,7% aller Geburten). Ein Anstieg um 2% ist zu verzeichnen. 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 EU-Ländern erlauben. Auch diese Angabe spricht nicht gegen eine außerklinische Geburt.

Weitere Befunde wie die *Familiäre Belastung*, *Frühere eigene schwere (anamnestische) Erkrankungen* und *Zustand nach zwei oder mehr Aborten/Abbrüchen* sind die letzten der fünf am häufigsten genannten Befunde nach Katalog A. Die familiäre Belastung hat sich stark erhöht: Eine Eintrag gab es bei 13,1% aller Geburten (1.282 Fälle) gegenüber 10,6% aller Geburten (990 Fälle) im Vorjahr. Auch anamnestiche Erkrankungen gibt es etwas häufiger: 7,2% aller Geburten (703 Fälle) gegenüber 6,6% aller Geburten (623 Fälle) im Vorjahr. Der Zustand nach zwei oder mehr Aborten ist mit 4,3% aller Geburten (425 Fälle) wieder häufiger geworden (3,9% aller Geburten (369 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 nach Kat. B	Anzahl	Gesamt-%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	146	1,5%
B32 Blutungen < 28 SSW	99	1,0%
B52 And.Besonderheiten	95	1,0%
B38 Terminunklarheit	72	,7%
B29 Abusus	70	,7%

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Zu den fünf häufigsten Befunden gehören *vorzeitige Wehen* in 146 Fällen oder 1,5% aller Geburten (im Jahr 2002 waren es 148 Fällen oder 1,6% aller Geburten und damit immerhin 2 Fälle mehr). Es folgen *Blutungen vor der 28. Woche* in 99 Fällen oder 1% aller Geburten (im Jahr 2002 waren es 66 Fälle oder 0,7% aller Geburten und damit 33 Fälle weniger), *andere Besonderheiten* mit 95 Fällen oder 1% aller Geburten (im Jahr 2002 waren es 89 Fälle oder 0,9% aller Geburten und damit 6 Fälle weniger), die *Terminunklarheit* in 72 Fällen oder 0,7% aller Geburten (im Jahr 2002 waren es 84 Fälle oder 0,9% aller Geburten und damit 12 Fälle mehr), der *Abusus* in 70 Fällen oder 0,7% aller Geburten (im Jahr 2002 waren es 51 Fälle oder 0,5% und damit 21 Fälle weniger). Alle Befunde lassen per se noch nicht auf Schwierigkeiten bei der Geburt schließen. Alle weiteren, selteneren Befunden nach Katalog B sind in Tabelle 58 im Anhang aufgelistet.

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. Knapp 90% der Schwangeren konnten im Jahr 2003 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 nach einem Schwangerschaftsverlauf ohne wesentliche Pathologien verlaufen kann.

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 verschonten. 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	785	808	150	9	1752
	Spalten-%	18,2	19,2	14,6	3,7	17,9
...wie geplant	Anzahl	3539	3405	878	232	8054
	Spalten-%	81,8	80,8	85,4	96,3	82,1
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Bei etwa jeder fünften Geburt kommt es – wie im Vorjahr – zu einer Umentscheidung.

Die dokumentierten Geburten fanden zu etwa 82% (im Vorjahr 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 18,2% aller geplanten *Hausgeburten* kam es zu einer Umentscheidung – gegenüber dem Vorjahr mit 16,9% waren es 2003 mehr als 1% mehr Umentscheidungen. Bei 19,2% aller geplanten *Geburtshausgeburten* erfolgte eine Umentscheidung. Gegenüber dem Vorjahr mit 18,4% waren es 2003 knapp 1% mehr Umentscheidungen. Bei den in *anderen außerklinischen Institutionen* geplanten Geburten ereignete sich in 14,6% aller dort geplanten Geburten eine Umentscheidung (gegenüber 13,6% 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 abwichen, kommt in der nächsten Tabelle zum Ausdruck. Hier wird ersichtlich, welchen Geburtsort Frauen geplant hatten 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	
Hausgeburt	Anzahl		3513	23			2	427	3965
	Gesamt-%		35,8%	,2%			,0%	4,4%	40,4%
Geburtshaus	Anzahl	2	141	3414				661	4218
	Gesamt-%	,0%	1,4%	34,8%				6,7%	43,0%
Arztpraxis	Anzahl		1		236			8	245
	Gesamt-%		,0%		2,4%			,1%	2,5%
Entbindungsheim	Anzahl	1	2		1	301		52	357
	Gesamt-%	,0%	,0%		,0%	3,1%		,5%	3,6%
Hebammenpraxis	Anzahl		25	2			585	77	689
	Gesamt-%		,3%	,0%			6,0%	,8%	7,0%
Klinik	Anzahl		187	22			12	5	226
	Gesamt-%		1,9%	,2%			,1%	,1%	2,3%
noch unklar	Anzahl		64	7			8	27	106
	Gesamt-%		,7%	,1%			,1%	,3%	1,1%
Anzahl		3	3933	3468	237	301	607	1257	9806
Gesamt-%		,0%	40,1%	35,4%	2,4%	3,1%	6,2%	12,8%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Mehr als 82% der Geburten fanden dort statt, wo sie geplant waren.

Eine Klinikgeburt ereignete sich in 1.257 Fällen oder bei 12,8% aller Geburten, wobei 5 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 1.252 Fällen – bei 27 Klinikgeburten war zum Geburtszeitpunkt die Entscheidung über den angestrebten Geburtsort noch nicht gefallen (0,3% aller Geburten).

Da die Klinikgeburt sich am stärksten von der Hausgeburt unterscheidet, sei diese Zahl hier betont: Nur 427 Geburten oder 4,4% aller Geburten waren als Hausgeburt geplant und wurden aber als Krankenhausentbindungen durchgeführt. Dies sind weniger als im Vorjahr: Im Jahr 2002 gab es 1.171 Fälle von komplett durchgeführten Klinikentbindungen oder 12,5% aller Entbindungen, wovon 419 Fälle oder 4,6% aller Geburten als Hausgeburten geplant waren.

Andere Entscheidungen bei einer ursprünglich geplanten Hausgeburt kamen wesentlich seltener vor: So erlebten 23 dieser Frauen oder 0,2% der Gesamtmenge ihre Geburt in einem Geburtshaus (im Vorjahr 22 Frauen oder 0,3% der Gesamtmenge) und nur 2 Frauen gebaren in einer Hebammenpraxis.

In 661 Fällen oder 6,7% aller Geburten war eine Geburt im Geburtshaus geplant, ereignete sich dann aber in einer Klinik (im Jahr 2002 waren dies geringfügig weniger: 625 Fälle oder ebenfalls 6,7% aller Geburten). Genau 141 Frauen oder 1,4% aller Frauen gingen zur Geburt nicht wie geplant in ein Geburtshaus, sondern blieben zu Hause (2002 waren es etwas weniger: 110 Frauen oder 1,2% aller Frauen).

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

Es hatten im Jahr 2003 insgesamt 226 Frauen oder 1,1% der Gesamtgruppe eine Klinikgeburt geplant. Genau 214 Frauen (0,8% aller Schwangeren) haben dann doch in einer anderen Einrichtung ihr Kind zur Welt gebracht: Dies sind erfreulicherweise weit weniger als im Vorjahr (206 Gebärende oder 2,2% aller Frauen hatten eine Klinikgeburt geplant und 193 Frauen oder 2,1% sind nicht in der Klinik entbunden worden). Diese Zahlen können evtl. nicht weiter sinken, da hier auch diejenigen Fälle enthalten sind, in denen sich die Schwangeren nicht langfristig auf eine außerklinische Geburt vorbereiten konnten.

Es ist festzustellen, dass die meisten Geburten (1% aller Geburten), die außerklinisch geplant sind, auch außerklinisch stattfinden. Aus der Hausgeburtsklientel werden weniger Frauen (4,4% aller Frauen) in der Klinik entbunden als in der Klientel, die eine Geburtshausgeburt plant (6,7% aller Frauen). Diese Ergebnisse sind mit den Vorjahresdaten vergleichbar. Die Beibehaltung des geplanten Geburtsortes, insbesondere bei einer geplanten Hausgeburt, spricht für eine gute Einschätzung der Hebammen, ebenso wie für eine sichere Entscheidung seitens der betreuten Frauen. Offensichtlich besteht aber auch die Flexibilität, die getroffene Entscheidung je nach den Veränderungen kurz vor oder während der Geburt zu korrigieren.

2.2.2 Hebammenbetreuung

Mit der aufgestellten These „Die außerklinische Geburtshilfe verbessert (über den Weg des Qualitätsmanagements) 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 Gebärfähigkeit 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, zeigen u.a. die folgenden Ergebnisse zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme, die sehr differenzierte

Darlegung der Verlegungen und der Befunde während der Geburt sowie die 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 auch in der außerklinischen Geburtshilfe die kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme zu Geburtsbeginn nicht gleich erforderlich. Die folgende Tabelle zeigt das Zeitmanagement zu Geburtsbeginn bei allen außerklinisch begonnenen Geburten.

Tabelle 18

Zeitintervall zwischen erstem Ruf zur Geburt und kontinuierlicher Anwesenheit der Hebamme

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	15	,2
Ruf nach Geb.	8	,1
Ruf zur Geb.	215	2,2
bis 1 Std.	3807	38,8
1 bis 3 Std.	2822	28,8
3 bis 5 Std.	938	9,6
5 bis 10 Std.	1064	10,9
10 bis 24 Std.	744	7,6
1 bis 2 Tage	153	1,6
mehr als 2 Tage	40	,4
Gesamt	9806	100,0

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.
n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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 3.807 Geburten oder 38,8% aller Geburten (gegenüber 3.730 Geburten oder 39,8% im Jahr 2002) die Hebamme *innerhalb einer Stunde* nach dem ersten Ruf zum Geburtsbeginn bei der Schwangeren kontinuierlich anwesend war.

Bei 2.822 Geburten oder 28,8% aller Geburten (gegenüber 2.622 Geburten oder 27,9% im Vorjahr) wurden die Frauen spätestens nach Ablauf von *ein bis drei Stunden* seit dem ersten Ruf kontinuierlich betreut.

Beide Angaben zusammengenommen sagen aus: In 67,6% 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 67,7% aller Geburten.

Eine ständige Anwesenheit innerhalb von *3 bis 24 Stunden* konnte bei insgesamt 2.746 Frauen oder 28,1% aller Geburten (gegenüber 2.607 Frauen oder 27,8% im Vorjahr) verzeichnet werden. Auch hier kann von einer in etwa gleichbleibenden Tendenz gesprochen werden.

Bei Hebammen, die erst in der Zeitspanne *zwischen 10 und 24 Stunden* nach dem ersten Ruf permanent anwesend waren (in 744 Fällen oder 7,6% (Vorjahr: 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 40 Fällen oder 0,4% aller Geburten (gegenüber 46 Fällen oder 0,5% im Vorjahr), war die Hebamme erst nach *mehr als zwei Tagen* kontinuierlich anwesend. Hierbei könnte es sich um Frauen handeln, die den Geburtsbeginn falsch eingeschätzt hatten, woraufhin sich die Hebamme zwei Tage bis zur kontinuierlichen Anwesenheit nur im Einzelkontakt mit der Frau befand.

In 8 Fällen (gegenüber lediglich 2 Fällen oder ebenfalls 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 einigen Fällen, in genau 215 Fällen oder 2,2% aller Geburten ist eine Hebamme zum *Zeitpunkt der Geburt* gerufen worden (gegenüber 186 Fällen oder 2,0% 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 223 Fälle oder 2,3% aller Geburten (gegenüber 188 Fälle oder 2% aller Geburten im Vorjahr). Die Anzahl der *fehlenden Angaben* ist mit 15 Fällen gegenüber dem Vorjahr erfreulicherweise gesunken.

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	74	,8
Eintr. nach Geb.	120	1,2
Eintr. zur Geb.	122	1,2
bis 1 Std.	1096	11,2
1 bis 3 Std.	2922	29,8
3 bis 5 Std.	1891	19,3
5 bis 10 Std.	2128	21,7
10 bis 24 Std.	1277	13,0
1 bis 2 Tage	165	1,7
mehr als 2 Tage	11	,1
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

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 1 – 24 Stunden als adäquat bezeichnet, da nicht erfasst wird, inwieweit sich Hebammen gegenseitig ablösen konnten.

Bei der überwiegenden Mehrheit und zwar bei 4.813 Geburten (2.922 plus 1.891 Geburten) oder 49,1% aller Geburten betrug die Zeit zwischen dem Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme und der Geburt *eine bis fünf Stunden* (Vorjahr: 4.584 Geburten oder 48,9%). In 3.405 Fällen (2.128 plus 1.277 Geburten) oder 34,7% aller Geburten (und damit etwas seltener als im Vorjahr mit 3.797 Fällen oder 33,1%) dauerte die Betreuungszeit *5 bis 24 Stunden*.

In 242 Fällen (2,4% aller Geburten) kam die Hebamme erst zur oder sogar nach der Geburt. Im Jahr 2002 wurden mehr, und zwar 316 Fälle (3,3%) dokumentiert. Das Eintreffen nach der Geburt ist im Jahr 2003 mit 120 Fällen oder 1,6% besonders gesunken (2002: 190 Fällen oder 2% aller Geburten). Die Fälle, in denen die Hebamme erst zur Geburt eintreffen konnte, sind in etwa gleich geblieben: 122 Fälle oder 1,2% aller Geburten (2002: 126 Fälle oder 1,3%). In 1.096 Fällen (oder 11,2%) – und damit erfreulich seltener als im Vorjahr mit 1.151 Fällen (oder 12,3% aller Geburten) – konnte die Hebamme nur sehr kurz (bis 1 Std.) vor der Geburt kommen. Fehleinschätzungen des Geburtsbeginns oder ungeplante außerklinische Geburten finden sich hier wieder.

Nur in wenigen Fällen (165 Fälle oder 1,7% gegenüber dem Vorjahreswert von 135 Fälle oder 1,4% aller Geburten) blieben die Hebammen ein bis zwei Tage kontinuierlich bei den Gebärenden. In 11 Fällen oder 0,1% aller Geburten (im Vorjahr: 9 Fälle oder ebenfalls 0,1%) 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 (2003 sind es 74 fehlende Angaben, im Jahr 2002 waren es 83 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.

Tabelle 20
Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach Einrichtung

Entfernung zur nächstgel. Klinik		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
bis 10 km	Anzahl	2941	3806	919	237	7903
	Spalten-%	68,0	90,3	89,4	98,3	80,6
11 bis 20 km	Anzahl	1023	276	55		1354
	Spalten-%	23,7	6,6	5,4		13,8
21 bis 30 km	Anzahl	208	80	35		323
	Spalten-%	4,8	1,9	3,4		3,3
31 bis 40 km	Anzahl	7	1	5		13
	Spalten-%	,2	,0	,5		,1
41 bis 50 km	Anzahl		1			1
	Spalten-%		,0			,0
mehr als 50 km	Anzahl	1	1			2
	Spalten-%	,0	,0			,0
Angabe fehlt	Anzahl	144	48	14	4	210
	Spalten-%	3,3	1,1	1,4	1,7	2,1
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Bei den *Hausgeburtshebammen*, die im Bedarfsfall aus den Wohnungen ihrer Klientinnen verlegen müssen, liegen die nächsten Kliniken in 68% der Hausgeburten nicht weiter als 10 Kilometer (und damit seltener als 2002 mit 69,5%) und bei 23,7% der Hausgeburten nicht weiter als 11 bis 20 Kilometer entfernt (und damit häufiger als 2002 mit 22,5%).

Nur in Einzelfällen (insgesamt 8 Fälle) hätte die Hebamme im Jahr 2003 die betreute Frau über dreißig Kilometer weit verlegen müssen. Für das Jahr 2002 wären dies 17 Fällen und damit bedeutend mehr gewesen.

Bei den *Geburtshäusern* lag in 90,3% der Geburtshausgeburten das nächstgelegene Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km (häufiger als 2002: 88,9% aller Geburtshausgeburten). Geburten in anderen außerklinischen Institutionen hatten in 89,4% der dortigen Geburten eine Klinik innerhalb von 10 km Entfernung zur Verfügung (im Vorjahr waren es 91,1% aller Geburten in diesen Institutionen, jedoch zahlenmäßig waren es nur 665 Geburten im Gegensatz zu 919 Geburten im Jahr 2003). Nur selten (bei 3,4% der Geburten in diesen

Institutionen, noch seltener 2002: mit 2,9%) 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, im – zwar seltenen (genau 105 mal aufgetretenen) – eiligen Verlegungsfall (2002 waren es 74 Fälle) entsprechend handeln zu können.

Es wurde 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 3.637 *Erstgebärende* eine außerklinische Geburt begonnen (im Jahr 2002 waren es 3.407 Erstgebärende). Aus dieser Gruppe haben 877 Frauen (24,1%) die Geburt in einer Klinik beendet (im Jahr 2002 waren es 849 Frauen oder 24,9% aller Erstgebärenden).

Genau 249 Frauen oder 28,4% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine *Hausgeburt* begonnen (2002 waren es mehr: 268 Frauen oder 31,6% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden der Hausgeburtshilfe, bedeutet dies, dass nur 23,6% im Gegensatz zum Vorjahr mit 25,6% aller Erstgebärenden der Hausgeburtshilfe, klinisch entbunden wurde.

Genau 533 Frauen oder 60,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine *Geburtshausgeburt* begonnen (Im Vorjahr waren es weniger: 499 Frauen oder 58,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden in der Geburtshausgruppe bedeutet dies, dass wie im Vorjahr etwas mehr als ein Viertel, 26,3% aller Erstgebärenden der Geburtshausgeburtshilfe (2002: 26,5%), klinisch entbunden wurde.

Genau 886 Frauen oder 10% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine Geburt in einer *anderen außerklinischen Institution* begonnen (Im Vorjahr waren es weniger: 66 Frauen oder 7,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden der Geburtshilfe in anderen außerklinischen Institutionen, bedeutet dies, dass mehr als ein Fünftel, 21% (2002: 19,6% aller Erstgebärenden dieser Gruppe) klinisch entbunden wurde.

Genau 6,8% (2002: 7,9%) aller *Erstgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden von einer Hausgeburtshebamme, 14,7% (2002: 14,6%) aus einem Geburtshaus und 2,4% (2002: 1,9%) aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Von allen verlegten Erstgebärenden wurden demnach weniger als im Vorjahr von der Hausgeburtshebamme in eine Klinik verlegt. Geburtshäuser haben die größte Klientel an Erstgebärenden – entsprechend hoch ist der Anteil der Erstgebärenden, die in eine Klinik verlegt wurden.

Von den insgesamt 3.643 *Zweitgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden im Jahr 2003 genau 3,2% von einer Hausgeburtshebamme, 2,9% aus einem Geburtshaus und 0,9% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Diese Zahlen ähneln denen von 2002: Von den insgesamt 3.460 *Zweitgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden genau 2,9% von einer Hausgeburtshebamme, 3% aus einem Geburtshaus und 0,3% aus einer anderen außerklinischen Institution in eine Klinik verlegt. Hier unterscheiden sich Hausgeburts- und Geburtshausgeburtshilfe nicht stark, da ähnlich viele Zweitgebärende auf beide Einrichtungen verteilt sind.

Von den insgesamt 2.526 *Dritt- und Mehrgebärenden*, die eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden im Jahr 2003 genau 3% dieser Gruppe von einer Hausgeburtshebamme, 1,5% aus einem Geburtshaus und 0,4% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Diese Zahlen ähneln denen von 2002: Von den insgesamt 2.512 *Dritt- und Mehrgebärenden*, die im Jahr 2002 eine außerklinische Geburt begonnen haben, wurden im Jahr 2003 genau 2,7% von einer

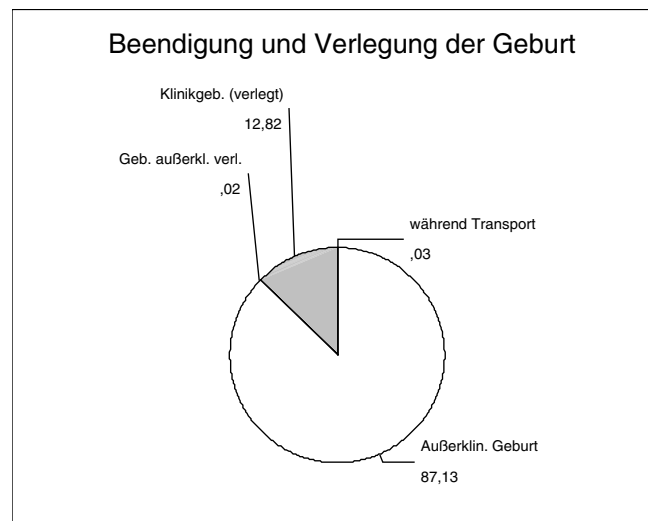
Hausgeburtshebamme, 1,1% aus einem Geburtshaus und 0,3% aus einer anderen außerklinischen Institution verlegt. Hier liegt wie im Vorjahr der Anteil der Dritt- und Mehrgebärenden in der Hausgeburtshilfe mehr als doppelt so hoch wie in der Geburtshausgeburtshilfe – entsprechend hoch ist der Anteil der Mehrgebärenden aus der Hausgeburtsgruppe, die 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= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Prozentual geringfügig weniger Gebärende (87,1%) als im Vorjahr (87,5%) 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 87,5% (im Jahr 2002) auf 87,1% (im Jahr 2003) um 0,4% leicht gesenkt. Die folgenden Zahlen für diese Abbildung sind im Anhang in Tabellen 59 und 60 sowie in Abbildung 3 nachzulesen. Insgesamt sind 1.259 Frauen und damit 13% aller Frauen (etwas weniger als 2002: 1.172 Frauen oder 12,5%) unter der Geburt verlegt worden. Davon sind 1.257 Frauen (2002: 1.171 Frauen) von einem außerklinischen Geburtsort in eine Klinik und nur 2 Frauen (2002: eine Frau) innerhalb des außerklinischen Bereichs – etwa von zu Hause in ein Geburtshaus – verlegt worden. Drei 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	15	4	19
	Gesamt-%	1,2	,3	1,5
Privatfahrzeug	Anzahl	956	30	986
	Gesamt-%	76,1	2,4	78,4
Rettungsfahrzeug	Anzahl	181	71	252
	Gesamt-%	14,4	5,6	20,0
Anzahl		1152	105	1257
Gesamt-%		91,6	8,4	100,0

n= 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Im Jahr 2003 wurden 31 Frauen mehr in einer Notfallsituation verlegt als im Vorjahr.

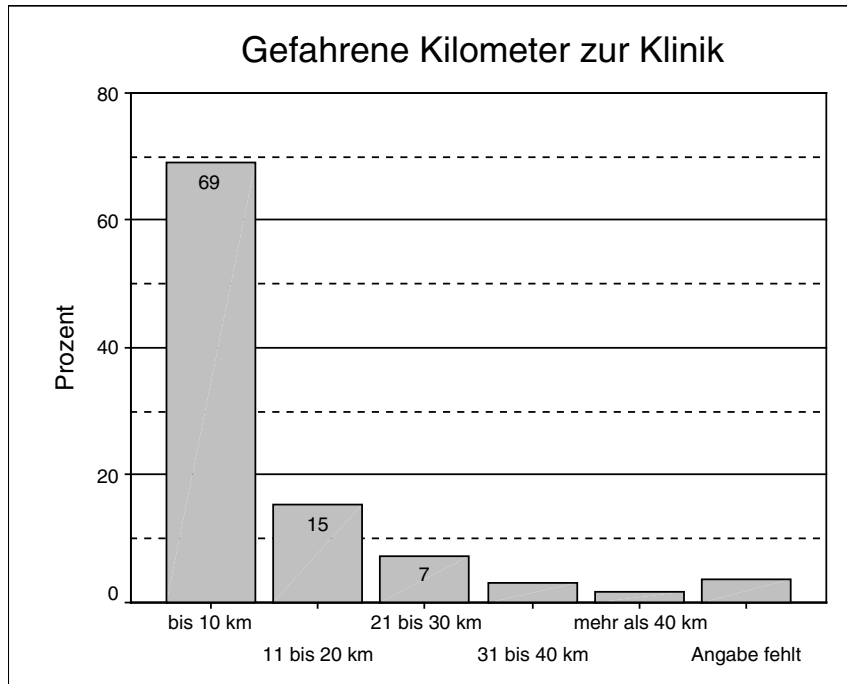
Es wurden im Jahr 2003 insgesamt 1.152 Frauen oder 91,6% aller Transporte (gegenüber 2002 mit insgesamt 1.097 Frauen oder 93,7% aller Transporte) in Ruhe und 105 Fahrten als Notfall verlegt, d.h. 8,4% aller Verlegungen (gegenüber 2002: 74 Fahrten in Not oder 6,3% aller Transporte) und gleichzeitig 1,1% aller Geburten (2002: 0,8% aller Geburten).

Damit sind die Notfallverlegungen von einem äußerst niedrigen Wert um etwa 2% aller Verlegungen gestiegen und haben damit wieder das Niveau von 2001 erreicht. Eine solche Schwankung erklärt sich durch die relativ kleinen Mengen. Diese 105 Notfallverlegungen teilen sich in Fahrten mit dem Rettungswagen (5,6% aller Verlegungen) und wenigen Notfallfahrten im Privatwagen (2,4% aller Verlegungen) auf. Offensichtlich war bei einigen Notfallverlegungen die Nutzung des Privatfahrzeugs sinnvoll, wenn dadurch bei weiten Entfernungen die Wartezeit auf das Rettungsfahrzeug vermieden werden konnte. Nur bei etwa der Hälfte der Notfallverlegungen (53% aller Notfallverlegungen) war eine operative Geburtsbeendigung notwendig (weiteres zum Geburtsmodus der 105 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
Gefahrene Kilometer zur Klinik



Prozentzahlen beziehen sich auf 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Die gefahrenen Kilometer während der Verlegung haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht.

Von allen 1.257 erfassten Verlegungen fanden im Jahr 2003 genau 69,1% (2002: 70%) im Rahmen einer Fahrt von bis zu 10 Kilometern zur nächsten Klinik statt (die ganzen Zahlen siehe weiter unten in Tabelle 22 unter „Anzahl“ in der untersten Zeile). Damit hat sich der Anteil der Verlegungsdistanzen über 10 km leicht erhöht, der Anteil der Verlegungen mit einer Strecke zwischen 11 km und 20 km mit 193 Fahrten oder 15,4% aller Verlegungen (2002: 222 Fahrten oder 19%) ist stark gesunken. Dagegen traten Fahrten mit einer Distanz von 21 km bis 30 Kilometern vermehrt auf: 93 Fälle oder 7,4% aller Verlegungen im Gegensatz zu 78 Fällen oder 6,7% 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 59 Verlegungen oder 4,7% aller Verlegungen mit einer weiteren Anfahrt als 30 Kilometern bis zum endgültigen Geburtsort blieben unter dem Vorjahreswert (43 Verlegungen oder 3,7% aller Verlegungen). Zu berücksichtigen ist, dass allerdings bei insgesamt 44 Fahrten die Kilometerangabe fehlt, im Gegensatz zu lediglich 8 fehlenden Angaben im Vorjahr. Insgesamt

gesehen wurden die Fahrstrecken zur nächsten Klinik kurz gehalten, doch lassen sich offensichtlich angesichts der Schließung kleinerer geburtshilflicher Kliniken öfter als im Jahr 2002 längere Wege nicht vermeiden.

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 vielen Fällen wurde eine längere Strecke in Kauf genommen?

Tabelle 22
Entfernung zur nächsten Klinik nach gefahrenen Kilometern zur Klinik

Entfernung zur nächstgel. Klinik		Gefahrene Kilometer zur Klinik					Angabe fehlt	Gesamt
		bis 10 km	11 bis 20 km	21 bis 30 km	31 bis 40 km	mehr als 40 km		
bis 10 km	Anzahl	854	94	41	25	13	37	1064
	Gesamt-%	67,9	7,5	3,3	2,0	1,0	2,9	84,6
11 bis 20 km	Anzahl	8	94	26	10	6	6	150
	Gesamt-%	,6	7,5	2,1	,8	,5	,5	11,9
21 bis 30 km	Anzahl		1	24	2	1	1	29
	Gesamt-%		,1	1,9	,2	,1	,1	2,3
Angabe fehlt	Anzahl	6	4	2	2			14
	Gesamt-%	,5	,3	,2	,2			1,1
Anzahl		868	193	93	39	20	44	1257
Gesamt-%		69,1	15,4	7,4	3,1	1,6	3,5	100,0

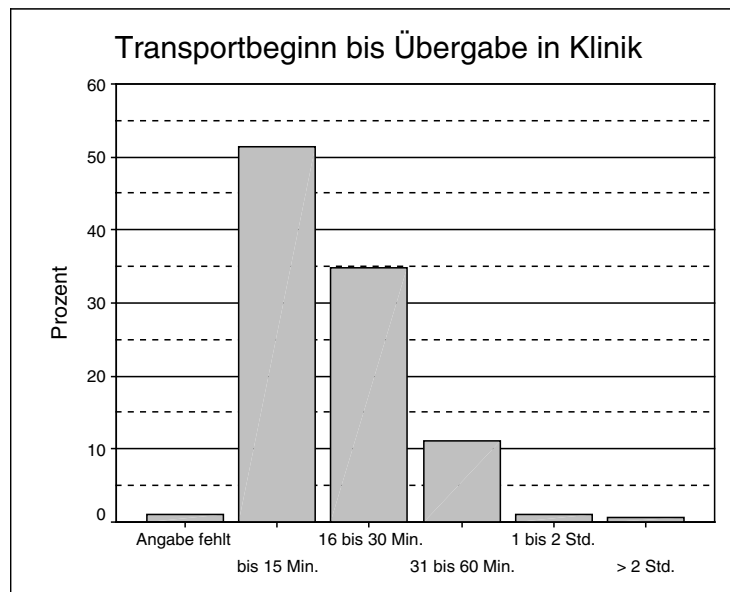
Prozentzahlen beziehen sich auf n= 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

In 868 Fällen oder in den bereits erwähnten 69,1% aller Verlegungen war nach höchstens *10 gefahrenen Kilometern* der Geburtsort erreicht (gegenüber in 820 Fällen oder 70% im Jahr 2002).

Zusammengenommen wurde in 1.061 Fällen oder 84,5% (gegenüber 1.042 Fällen oder 89% im Jahr 2002) eine gut 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 6,3% 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 4,4% im Jahr 2002). Durch die Anzahl von 44 fehlenden Angaben (3,5% aller Verlegungen) lassen sich die Ergebnisse nicht so leicht gewichten. Dennoch liegen die Ergebnisse in vertretbaren Schwankungsbreiten und zeigen das Bemühen, unter den gegebenen Umständen die 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



Prozent beziehen sich auf 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Es wurden mehr als die Hälfte aller Verlegungen innerhalb von der kurzen Zeit von 15 Minuten beendet.

Es wird deutlich, dass Hebammen auf kurze Verlegungswege großen Wert legen. In 86,2% aller Verlegungsfälle (2002: in 84,8% aller Verlegungen) war eine Verlegung in einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten abgeschlossen und damit wurde das gute Ergebnis vom Vorjahr noch übertroffen.

Innerhalb von 15 Minuten wurden 646 Frauen (51,4% aller Verlegungen) – gegenüber 579 Frauen (49,4% aller Verlegungen) im Jahr 2002 – an eine Klinik übergeben. Siehe die ganzen Zahlen im Anhang, Tabelle 62. Eine Transportdauer von 16 bis 30 Minuten ergab sich in 437 Fällen oder 34,8% aller Verlegungen – vergleichbar mit 415 Fällen oder 34,5% aller Transporte im Vorjahr.

Eine Dauer zwischen 31 Minuten bis zu 1 Stunde wurde bei 139 Verlegungen (11,1% aller Verlegungen) berechnet – gegenüber ebenfalls 139 Verlegungen (aber 11,9% aller Verlegungen) im Vorjahr. In 21 Fällen (1,7% aller Verlegungen) – und damit weniger als im Vorjahr mit 23 Fällen (2% aller Verlegungen) – war eine Transportdauer von mehr als einer Stunde angegeben. Die fehlenden Angaben liegen bei 14 Fällen oder 1,1% aller Verlegungen (2002: 15 Fälle oder 1,3%).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Transportzeiten etwas verkürzt, was aus der Tabelle 22 nach gefahrenen Kilometern nicht geschlussfolgert werden konnte. Da bei den Zeitangaben die Anzahl der fehlenden Angaben deutlich geringer ist, sind diese Ergebnisse überzeugender. Alle 105 Notfallverlegungen werden für 2003 nochmals nach genauer Verlegungsdauer aufgelistet:

Tabelle 23
Transportdauer in Minuten bei allen Notfallverlegungen

	Häufigkeit	Prozent
,00	2	1,9
2,00	5	4,8
3,00	1	1,0
4,00	1	1,0
5,00	10	9,5
6,00	1	1,0
7,00	5	4,8
8,00	2	1,9
10,00	24	22,9
11,00	1	1,0
12,00	2	1,9
13,00	1	1,0
15,00	15	14,3
16,00	1	1,0
17,00	2	1,9
18,00	1	1,0
19,00	1	1,0
20,00	8	7,6
25,00	6	5,7
27,00	1	1,0
30,00	4	3,8
32,00	1	1,0
33,00	1	1,0
35,00	4	3,8
40,00	2	1,9
42,00	1	1,0
45,00	1	1,0
75,00	1	1,0
Gesamt	105	100,0

n= 105 Verlegungen (alle Notfalltransporte)

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

Alle Notfallverlegungen waren innerhalb von 75 Minuten abgeschlossen (2002: 60 Minuten). Zu beachten ist, dass der eine Transport mit einer Verlegungszeit von 75 Minuten im Jahr 2003 als „Ausreißer“ zu bezeichnen ist, denn alle anderen Gebärenden wurden in einer kürzeren Zeit als im Vorjahr verlegt: Sie waren alle nach bereits 45 Minuten abgeschlossen, 2002: nach einer Stunde. Innerhalb von 30 Minuten waren die meisten, und zwar 94 Frauen von 105 Notfallverlegungen verlegt (2002: 72 Frauen von 74 Notfallverlegungen). Fast 70% der Gebärenden haben innerhalb von 15 Minuten den endgültigen Entbindungsort erreicht (im Vorjahr waren es 80%). Damit hat sich die Verlegungspraxis auf akzeptablem Niveau gehalten. Dennoch sollten in einer gesonderten Studie die Gründe für die relative Verlängerung der Transportzeiten gesucht und veröffentlicht werden. Durch die Vermehrung der Gesamtgeburtenszahl treten naturgemäß auch mehr „Ausreißer“ auf. Gleichzeitig erscheint es angebracht, die deutschen Zahlen mit etwa den niederländischen Notfallverlegungen zu vergleichen, wobei die Dichte des Netzes der geburtshilflichen Abteilungen berücksichtigt werden sollte.

2.2.4.3 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung

Jedoch nicht alle diese Transporte in Not waren so schwere 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 (siehe Anhang, Tabelle 65 und Punkt 2.2.4.1)

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	22	2	24
	Gesamt-%	1,8	,2	1,9
bis 1 Stunde	Anzahl	183	52	235
	Gesamt-%	14,6	4,1	18,7
1 bis 6 Std.	Anzahl	530	41	571
	Gesamt-%	42,2	3,3	45,4
6 bis 12 Std.	Anzahl	304	8	312
	Gesamt-%	24,2	,6	24,8
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	86	2	88
	Gesamt-%	6,8	,2	7,0
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl	24		24
	Gesamt-%	1,9		1,9
über 2 Tage	Anzahl	3		3
	Gesamt-%	,2		,2
Anzahl		1152	105	1257
Gesamt-%		91,6	8,4	100,0

n= 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

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 1.257 subpartal verlegten Frauen konnten – wie oben schon erwähnt – 1.152 Frauen (91,6% aller Transportierten) und damit fast zwei Prozent weniger als im Vorjahr (93,7%) in Ruhe verlegt werden.

Genauer zu betrachten sind die genannten 105 Fälle, die als Notfälle stattfanden: 52 dieser Frauen waren bereits innerhalb einer Stunde nach Übergabe in der Klinik entbunden. Diese Gruppe macht 4,1% aller Verlegungen aus, gegenüber 3% im Vorjahr. Nur bei dieser kleineren Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass die Entbindung des Ungeborenen dringend erforderlich war. Innerhalb von 1 bis 6 Stunden waren weitere 41 Frauen bzw. 3,3% aller Verlegten entbunden (gegenüber 3,1% im Vorjahr). Siehe die Hauptverlegungsgründe bei Nottransport in den Erläuterungen zu Punkt 2.2.6 unter „Hauptverlegungsgründe“ weiter unten sowie Tabelle 28 weiter unten.

Die Tabelle 24 verdeutlicht damit, dass die Hebammen frühzeitig eine Verlegung vorgenommen haben, um Schaden von Mutter und Kind abzuwenden, doch waren die Entbindungen tendenziell dringender erforderlich als im Vorjahr. Auch diese Tendenz muss weiterhin beobachtet werden, wobei eine wünschenswerte Spanne zwischen Ankunft in der Klinik und Geburt von Fall zu Fall verschieden sein kann.

Wie die Geburten nach einer Verlegung abgelaufen sind, deutet folgende Tabelle an, die die Übergabezeit (die Zeitspanne zwischen Ankunft in der Klinik und Geburt) dem Entbindungsmodus (von Spontangeburt bis Kaiserschnitt) 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 klinisch						Gesamt
		Angabe fehlt	Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl		9	2	3	1	9	24
	Gesamt-%		,7	,2	,2	,1	,7	1,9
bis 1 Stunde	Anzahl		97	27	26	3	82	235
	Gesamt-%		7,7	2,1	2,1	,2	6,5	18,7
1 bis 6 Std.	Anzahl	1	235	56	53	9	217	571
	Gesamt-%	,1	18,7	4,5	4,2	,7	17,3	45,4
6 bis 12 Std.	Anzahl		141	25	45	4	97	312
	Gesamt-%		11,2	2,0	3,6	,3	7,7	24,8
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	1	29	4	12	2	40	88
	Gesamt-%	,1	2,3	,3	1,0	,2	3,2	7,0
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		9		4		11	24
	Gesamt-%		,7		,3		,9	1,9
über 2 Tage	Anzahl		1				2	3
	Gesamt-%		,1				,2	,2
Anzahl		2	521	114	143	19	458	1257
Gesamt-%		,2	41,4	9,1	11,4	1,5	36,4	100,0

n= 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Zum Gesamtüberblick: Deutlich sticht der hohe Anteil von insgesamt 635 spontanen Geburten (2002: 580 Geburten) hervor, bestehend aus 521 Spontangeburt (2002: 475 Fälle) und 114 Spontangeburt mit Kristellerhilfe (2002: 105 Fälle). Sie machen insgesamt 50,5% der Gesamtmenge an Verlegungen aus und liegen damit etwas über dem Vorjahresergebnis mit 49,6%. D. h. im Jahr 2003 konnte die Hälfte der verlegten Frauen noch spontan entbunden werden. Der Anteil der vaginal-operativen Entbindung mit oder ohne Kristellerhilfe ist bei 162 Frauen oder 12,9% aller verlegten Frauen angegeben (im Vorjahr waren es 152 Frauen oder ebenfalls 12,9%).

Bei 458 Frauen oder 36,4% aller Verlegungen wurde eine Entbindung per Sectio durchgeführt (2002: 438 Frauen oder 37,4% aller Verlegungen). Die Rate ist demnach um 1% gefallen. Es lässt sich aus den Ergebnissen der letzten vier Jahre zwar ein Trend zur Sectio ablesen, doch scheint er für das Jahr 2003 zum vorläufigen Stillstand gekommen zu sein. Dieser eine verlorene Prozentpunkt ging zu Gunsten der Spontangeburt, denn die anderen operativen Eingriffe (vaginal-operativ mit und ohne Kristellerhilfe) sind mit 12,9% aller Verlegungen gleichbleibend.

Entbindungen im Zeitraum bis zu einer Stunde

Bei näherer Betrachtung der 182 subpartal verlegten Frauen, die innerhalb einer Stunde nach Verlegung entbunden wurden, konnten 235 Frauen ihr Kind spontan (97 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (27 Frauen) zur Welt bringen und machten damit 9,8% aller Verlegungen aus. Im Jahr 2002 konnten von 106 Frauen genau 182 Frauen innerhalb einer Stunde nach Verlegung ihr Kind spontan (72 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (34 Frauen) zur Welt bringen – sie machten damit 9% 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 458 durchgeführten Sectiones des Jahres 2003 erhielten 82 Frauen (6,5% aller Verlegungen) im Zeitraum von *bis zu einer Stunde* nach Übergabe in der Klinik einen Kaiserschnitt. Im Jahr 2002 waren es von den insgesamt 438 Sectiones nur 53 Frauen (4,5% aller Verlegungen). In dieser Erhöhung um 2% deutet sich wiederum die Dringlichkeit der Entbindung an. Die meisten Sectiones wurden im Zeitraum von *einer bis sechs Stunden* nach der Übergabe in der Klinik durchgeführt: Im Jahr 2003 liegen die Kaiserschnitte bei 17,3% aller Verlegungen, im Jahr 2002 lagen die Kaiserschnitte in diesem Zeitraum bei 19,1% aller Verlegungen.

Genau 29 Frauen (2,3%) wurden im Zeitraum *bis zu einer Stunde* nach Übergabe vaginal-operativ bzw. vaginal-operativ mit Kristellerhilfe entbunden. Im Jahr 2002 belief sich diese Zahl auf 23 Frauen (2% aller Verlegungen). In diesen insgesamt 111 Fällen oder 8,8% aller Verlegungen (im Vorjahr waren es 76 Fälle oder 6,5% aller Verlegungen) kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass bei der Geburt ein eiliges Eingreifen notwendig wurde. Trotz der kleinen Zahlen kann von einem etwas schnelleren operativen Eingreifen – gleich nach Ankunft in der Klinik – gesprochen werden. Dieser Trend sollte weiterhin 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. Im Jahr 2003 wurde bei 367 Frauen (29,2% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden durchgeführt. Dagegen wurde 2002 bei 374 Frauen (32% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden gemacht. Hier ist eine Abnahme zu Gunsten des Kaiserschnittes kurz nach Eintreffen in der Klinik 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.

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/ung. Angabe	7	,6
...dieselbe Hebamme	214	17,0
...andere Hebamme	1036	82,4
Gesamt	1257	100,0

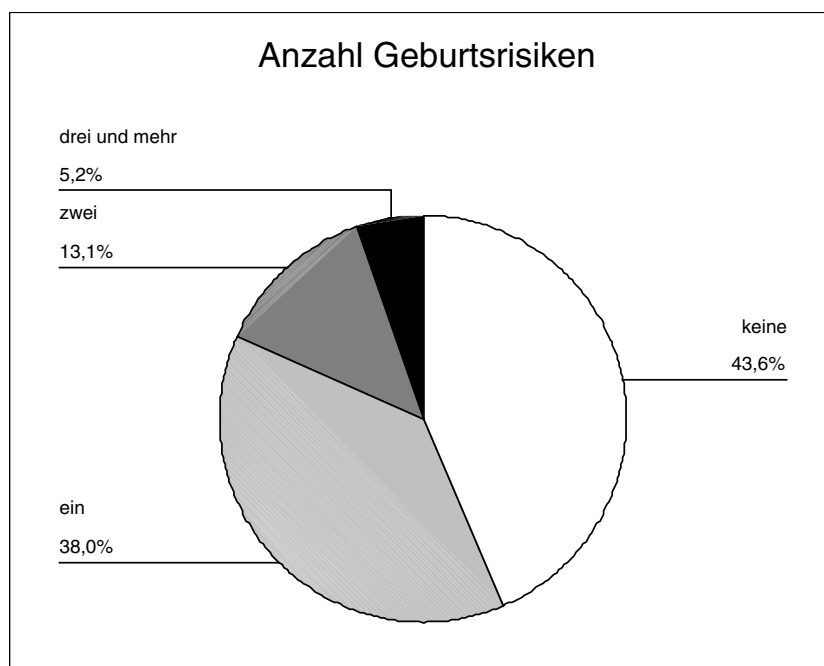
n= 1.257 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Von den 1.257 während der Geburt erfolgten Verlegungen ins Krankenhaus konnten die Geburten in 214 Fällen oder bei genau 17% aller Verlegungen von denjenigen Hebammen beendet werden, welche die Geburt außerhalb der Klinik begonnen hatten (im Jahr 2002 waren es von 1.171 Verlegungen 198 Fälle oder 16,9% aller Verlegungen). 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= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Mehr als die Hälfte der Gebärenden wiesen Geburtsrisiken auf.

In nur 4.279 Fällen oder in 43,6% aller Geburtsverläufe – gegenüber 4.467 Fälle oder 47,6% aller Geburtsverläufe im Vorjahr – ist im Jahr 2003 kein Geburtsrisiko dokumentiert. Hier lässt sich – wie bereits im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verdeutlicht – ein Trend zur Zunahme an Pathologie feststellen. Erfreulicherweise hat sich der Bereich mit nur einem eingetragenen Risiko etwas stärker erhöht als die Kategorien zwei oder mehr Risiken.

Im Jahr 2003 wurde bei 3.726 Geburten oder in 38% aller Geburten (gegenüber 3.344 Geburten oder 35% im Jahr 2002) ein Risiko in den Dokumentationsbogen eingetragen. Damit hatten 8.005 Frauen oder 81,6% der Gebärenden (gegenüber genau 7.811 Frauen oder 83,2% der Gebärenden im Vorjahr) keinen oder höchstens einen Risikoeintrag für die Zeit der Geburt.

Bei 1.288 Frauen oder bei 13,1% aller Geburten (12,3% im Vorjahr) wurden im Jahr 2003 zwei Risiken und bei 513 Frauen oder bei 5,2% (gegenüber 413 Frauen oder 4,4 % im Vorjahr) drei und mehr Risiken erfasst. Siehe Tabelle 63 im Anhang mit der Auflistung der ganzen Zahlen. Es ist von einer Zunahme der Risiken während der Geburt zu sprechen: Eine differenzierte Analyse der Einträge nach ihrem näheren Risikogehalt sowie nach beteiligten Einrichtungen wäre in gesonderten Untersuchungen 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 Schritt Geburtsrisiken aufgeführt, die nur selten dokumentiert wurden.

Die sechs häufigsten Geburtsrisiken (siehe auch Tabelle 28 weiter unten) waren 2003 im Vergleich zum Vorjahr:

Überschreitung des Termins C61 wurde am häufigsten genannt: Dieser Punkt hat mit 2.440 Nennungen oder 24,9% aller Geburten (2002: 1.878 Nennungen oder 20%) um fast 5% erhöht. Dabei ist anzumerken – und dies wurde 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	18	,2
36+0 bis 36+6	86	,9
37+0 bis 37+6	392	4,0
38+0 bis 38+6	1155	11,8
39+0 bis 39+6	2682	27,4
40+0 bis 40+6	3400	34,7
41+0 bis 41+6	1825	18,6
42+0 bis 42+6	234	2,4
43+0 bis 43+6	4	,0
Angabe nicht verwertbar	10	,1
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Insgesamt wurden 104 Kinder (oder 1,1% gegenüber 1% im Vorjahr) *vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche* geboren. *Nach der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche* sind genau 238 Kinder oder 2,4% geboren – im Vorjahr waren es 2,7%. Nur diese 238 Schwangerschaften oder 2,4% aller Geburten können als echte *Übertragungen* gelten. Damit kamen im Jahr 2003 insgesamt 96,5% aller hier erfasster Kinder nach einer tolerierbaren Schwangerschaftsdauer zur Welt (2002: genau 96,3%). Somit rangiert das Geburtsrisiko *Übertragung* an sechster und letzter Stelle dieser Auflistung (ohne Darstellung in einer Tabelle).

Der *vorzeitige Blasensprung C60* steht mit 2.167 Fällen oder 22,1% aller Geburten (2002: 2.058 Fälle oder 21,9%) an zweiter Stelle. Diese Nennung ist im Vergleich zum Vorjahr nur leicht gestiegen.

Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (EP) und in der Austreibungsperiode (AP) C82 und C83 machen zusammengenommen etwas weniger als der vorzeitige Blasensprung aus: mit einer Anzahl von 1.039 Fällen oder 10,6% aller Geburten (697 Fälle oder 7,1% aller Geburten in der EP und 342 Fälle oder 3,5% aller Geburten in der AP) ist die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, aber der Prozentanteil leicht gefallen (2002: insgesamt 1.013 Fälle oder 10,8% aller Geburten).

Grünes Fruchtwasser C78 mit 490 Nennungen oder 5% aller Geburten (im Vergleich zu 399 Nennungen oder 4,3% 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 leicht gestiegen.

Zustand nach Sectio und anderen Uterusoperationen C69 mit 473 Fällen oder 4,8% aller Geburten (im Vergleich zu 423 Fällen oder 4,5% aller Geburten für das Jahr 2002) hat eine vergleichbare Häufung wie der vorherige Punkt „Grünes Fruchtwasser“. Hier ist weiterhin eine leichte Steigerung zu erkennen.

Der Punkt *pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte Herztöne C 77* wurde mit 371 Fällen oder 3,8% aller Geburten (im Gegensatz zu 281 Fällen oder 3% aller Geburten im Vorjahr) am fünfthäufigsten genannt und ist in der Anzahl und Prozentzahl gestiegen.

Fast alle hier aufgelisteten Risiken, mit Ausnahme der protrahierten Geburt, haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht vermehrt.

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. 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 in der letzten Phase der Geburt oder auskultatorisch schlechten Herztönen, die als ein klares Risiko einzustufen sind (Tabelle 28):

Die *Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C 82* ist als Hauptverlegungsgrund an erster Stelle: von den bereits erwähnten 697 Gebärenden wurden 479 Frauen oder 4,9% aller Geburten verlegt (2002: von 668 Fällen wurden die Gebärende in 453 Fällen oder bei 4,8% aller Geburten verlegt).

Die Tabelle zeigt weiter, dass in 204 Fällen oder bei immerhin 2,1% aller Geburten der insgesamt 371 dokumentierten Angaben von *Path. CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen C77* dieser Punkt als Hauptverlegungsgrund angegeben worden ist (2002: 143 Verlegungsfälle oder 1,5% aller Geburten). Gleichzeitig ist dieser Eintrag mit 60 dokumentierten Fällen der häufigste Hauptverlegungsgrund unter den Notfallverlegungen.

Nur in 161 Fällen oder 1,6% aller Geburten von insgesamt 342 Fällen von *verlängerter Austreibungsperiode C83* wurde verlegt (2002: in 169 Fällen oder 1,8% aller Geburten bei 345 Fällen insgesamt).

Die 490 Nennungen *grünes Fruchtwasser C78* haben nur in 42 Fällen oder 0,4% aller Geburten zu einer Verlegung geführt (2002: bei 399 Nennungen nur in 33 Fällen oder bei ebenfalls 0,4% aller Geburten). Bei den Notfallverlegungen wurde grünes Fruchtwasser nur in zwei Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben.

Nur insgesamt 11 Frauen der 473 Frauen (0,1%), die die Erfahrung eines *Kaiserschnittes oder einer anderen Operation an der Gebärmutter C 69* hinter sich hatten, mussten mit diesem Risiko als Hauptverlegungsgrund verlegt werden (2002: 4 Frauen oder ebenfalls 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 2003 wurden 21 *Schulterdystokien C 98* im Vergleich zu 24 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* (3 Fälle) sind mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar: Ein Fall wurde 2002 (und zwar als Notfall) verlegt, die drei Gebärenden mit Nabelschnurvorfall im Jahr 2003 wurden alle als Notfall verlegt. Bei einem Fall von Azidose wurde ein Transport in Ruhe durchgeführt.

Kein weiterer Anstieg in der Anzahl hat sich bei der *Rhesus-Inkompatibilität C 67* ereignet (12 Fälle im Jahr 2003, 12 Fälle im Jahr 2002). Bei 2 Frauen trat das *HELLP-Syndrom C 95* während der Geburt auf (2 Frauen waren es im Vorjahr) – eine Frau wurde 2003 (in Ruhe) wie im Vorjahr verlegt.

Bei 5 Frauen (7 Frauen im Vorjahr) drohte oder erfolgte eine *Drohende/erfolgte Uterusruptur C 85*, eine Gebärende (2002: jeweils drei) wurde in Ruhe und eine als Notfall verlegt. Diese Zahlen sollten im Fall einer steigenden Zahl von Kaiserschnitten beobachtet werden.

Bei 10 Ungeborenen waren in der Schwangerschaft *Missbildungen C 62* festgestellt worden (2002: 9 Ungeborene), in einem Fall wurde 2002 verlegt (in Ruhe), im Jahr 2003 wurde kein Ungeborenes mit Missbildungen während der Geburt verlegt. Hier könnten Einzelfallanalysen den Fragen nachgehen, welche der Risiken eventuell vermeidbar waren und welche Konsequenzen aus den eingetretenen Pathologien gezogen wurden (siehe zum postpartalen Zustand der Kinder unter Punkt 2.3.1.2).

Nochmals betont werden muss, dass die in einem Jahr festgestellten Häufungen bei sehr seltenen Ereignissen wie der vorzeitigen Plazentalösung auch dem Zufall zuzuschreiben sind.

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	2167	22,1	65	0,7			65	0,7
C61 Überschreitung des Termins	2440	24,9	6	0,1			6	0,1
C62 Mißbildung	10	0,1						
C63 Frühgeburt	58	0,6	1	0,0			1	0,0
C64 Mehrlingsschwangerschaft								
C65 Plazentainsuffizienz (Verd. auf)	21	0,2						
C66 Gestose/Eklampsie	30	0,3	5	0,1			5	0,1
C67 RH-Inkompatibilität	12	0,1						
C68 Diabetes mellitus	20	0,2	3	0,0			3	0,0
C69 Zustand nach Sectio o. and. Uterusop.	473	4,8	11	0,1			11	0,1
C70 Plazenta praevia	2	0,0	1	0,0			1	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung	8	0,1	1	0,0	4	0,0	5	0,1
C72 Sonstige uterine Blutungen	26	0,3	9	0,1			9	0,1
C73 Amnion-Infektionssyndrom (V. a.)	14	0,1	8	0,1			8	0,1
C74 Fieber unter der Geburt	10	0,1	3	0,0	2	0,0	5	0,1
C75 Mütterliche Erkrankung	18	0,2	2	0,0			2	0,0
C76 Mangelnde Kooperation d.Mutter	50	0,5	22	0,2	1	0,0	23	0,2
C77 Path. CTG oder ausk. schl. kindl. Herztöne	371	3,8	144	1,5	60	0,6	204	2,1
C78 Grünes Fruchtwasser	490	5,0	40	0,4	2	0,0	42	0,4
C79 Azidose während der Geburt	2	0,0	1	0,0			1	0,0
C80 Nabelschnurvorfal	3	0,0			3	0,0	3	0,0
C81 Verdacht auf sonst. Nabelschnurkompl.	46	0,5	3	0,0	1	0,0	4	0,0
C82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. EP	697	7,1	473	4,8	6	0,1	479	4,9
C83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. AP	342	3,5	150	1,5	11	0,1	161	1,6
C84 Absolutes o. rel. Mißverhältnis	54	0,6	26	0,3			26	0,3
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	5	0,1	1	0,0	1	0,0	2	0,0
C86 Querlage/Schräglage	5	0,1	3	0,0	1	0,0	4	0,0
C87 Beckenendlage	47	0,5	15	0,2	2	0,0	17	0,2
C88 Hintere Hinterhauptslage	153	1,6	4	0,0	1	0,0	5	0,1
C89 Vorderhauptslage	71	0,7	5	0,1			5	0,1
C90 Gesichtslage/Stirnlage	18	0,2	5	0,1	5	0,1	10	0,1
C91 Tiefer Querstand	16	0,2						
C92 Hoher Gradstand	103	1,1	40	0,4			40	0,4
C93 Sonstige regelwidrige Schädelagen	71	0,7	15	0,2			15	0,2
C94 Sonstiges	77	0,8	25	0,3	1	0,0	26	0,3
C95 HELLP	2	0,0	1	0,0			1	0,0
C96 Intrauteriner Fruchttod	9	0,1	2	0,0	2	0,0	4	0,0
C97 Pathologischer Dopplerbefund	2	0,0						
C98 Schulterdystokie	21	0,2						
E100 Auf Wunsch der Mutter			62	0,6	2	0,0	64	0,7

Es waren Mehrfachnennungen möglich
Einfachnennungen nur bei Hauptverlegungsgrund

Prozentzahlen jeweils bezogen auf n= 9.806 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 (2003: 64 Nennungen, 2002: 73 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 im Jahr 2003 mit 60 Nennungen – wie im vorangegangenen Jahr mit 34 Nennungen, im Jahr 2001 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 ebenfalls Tabelle 28.

Verlegungen bei pathologischem CTG sowie bei Verzögerungen in der Eröffnungsperiode erfolgten wesentlich häufiger als Verlegungen in der Austreibungsperiode. Alle drei sind mit Abstand die häufigsten Hauptverlegungsgründe. Dies spricht für ein Risikomanagement, das derartige Verzögerungen als Warnsignale für Folgen wie einem Sauerstoffmangel für das Ungeborene 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 dritter Stelle.

Pathologisches CTG

Wie bereits erwähnt, zeigt Tabelle 28, dass in 204 Fällen oder 2,1% aller Geburten das *pathologische CTG* oder die *auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen C 77* als Hauptverlegungsgrund angegeben worden sind. Hier findet sich der Hauptunterschied zum Vorjahr (143 Fälle oder 1,5% aller Geburten). In diesen Fällen, die an zweiter Stelle der Hauptverlegungsgründe stehen, kann von einem echten Risiko gesprochen werden, welches je nach Geburtsstadium unterschiedliche Maßnahmen erfordert. In einem anzustrebenden Überblick über einen Zeitraum von mehreren Jahren könnte festgestellt werden, ob sich diese Steigerung des Verlegungsgrundes auch in der reinen Hausgeburtshilfe widerspiegelt oder ob sie auf Grund der Steigerung der Geburtenzahlen in den anderen Einrichtungen anzutreffen ist.

Vorzeitiger Blasensprung

Ein nicht zu unterschätzendes Geburtsrisiko ist der vorzeitige Blasensprung, da bei lange 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 von 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

	Häufigkeit	Prozent
nein	7100	72,4
ja, innerhalb 24 Stunden	2611	26,6
ja, größer 24 Stunden	95	1,0
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge beträgt im Gesamtkollektiv 27,6%, unabhängig von dem Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs (2002: ebenfalls 27,6% aller Geburten). In 2.611 Fällen oder 26,6% haben die Frauen einen vorzeitigen Blasensprung gehabt, der maximal bis zu 24 Stunden vor der Geburt lag. Nur in 95 Fällen oder 1% lag der vorzeitige Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt. Damit ist die Rate des vorzeitigen Blasensprungs als „echtes“ Geburtsrisiko sehr gering und hat sich zum Vorjahr um 13 Fälle oder 0,2% weiter leicht verringert. In nur 65 Fällen (oder 0,7% aller Geburten wie im Vorjahr) 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 14 Fällen (0,1% aller Geburten) (2002 waren es noch 11 Fälle oder ebenfalls 0,1%) und *Fieber unter der Geburt C74* mit 10 Fällen (0,1% aller Geburten wie im Jahr 2002) dokumentiert, wobei Überschneidungen bei diesen zwei Nennungen möglich sind. 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 C 92* führte in 40 Fällen zur Verlegung. Ein absolutes oder *relatives Missverhältnis C 84* wurde im Jahr 2003 in 26 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 42 Fällen. Ohne weitere Befunde sagt diese Beobachtung noch nichts über den aktuellen Zustand des Ungeborenen aus und müsste daher im Zusammenhang mit den gleichzeitig eingetragenen Morbiditäten betrachtet werden.

Gestose/Eklampsie

Auch wenn dieser Befund *Gestose / Eklampsie C 66* in nur 5 Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben wurde (2002: 13 Fälle), 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 während oder nach der Geburt darstellen.

Beckenendlage

47 Kinder oder 0,5% aller Kinder wurden im Jahr 2003 aus *Beckenendlage C 87* entbunden, bei 17 wurde Beckenendlage als Hauptverlegungsgrund angegeben und von diesen wurden 2 als Notfall verlegt. Im Jahr 2002 wurden noch 52 Beckenendlagen oder 0,6% aller Geburten in der außerklinischen Geburtshilfe dokumentiert, bei 24 Verlegungsfällen (davon 3 als Notfall). Die Zahl und auch der prozentuale Anteil der Geburten aus Beckenendlage ist leicht zurückgegangen. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass aus der Sicht der Hebammenverbände diese Entbindungen eher in enger Klinikanbindung oder in Zusammenarbeit mit einem Geburtshelfer 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 laut Katalog C gleichzeitig oder getrennt voneinander 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	3910	4839	8749
	Gesamt-%	39,9	49,3	89,2
ja	Anzahl	369	688	1057
	Gesamt-%	3,8	7,0	10,8
Anzahl		4279	5527	9806
Gesamt-%		43,6	56,4	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

10,8% aller Frauen hatten bereits Komplikationen in der Schwangerschaft. Weit mehr als die Hälfte von ihnen hatten auch Probleme bei der Geburt (7% aller Frauen).

Wie bereits erwähnt, hatten im Jahr 2003 mehr Gebärende als im Vorjahr Risiken in der Schwangerschaft und für die Zeit der Geburt eingetragen: Von den 8.749 Gebärenden ohne befundetes Schwangerschaftsrisiko hatten nur 3.910 Frauen (39,9% aller Gebärenden) gegenüber 43,8% im Vorjahr auch kein Geburtsrisiko nach Katalog C aufzuweisen. Diese Zahl sank damit erheblich weiter.

In den restlichen 4.839 Verläufen (49,3% aller Geburten), bei denen Frauen keine Befunde in der Schwangerschaft aufwiesen, entwickelten sich während der Geburt Risiken nach Katalog C (s. Tabelle 30). Diese Angaben waren mit 4.353 Fällen oder (46,4% aller Gebärenden im Vorjahr um fast 3% 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. Gleichzeitig ist der geringere Anteil der eher risikoarmen Hausgeburten an der Gesamtmenge zu bedenken.

Genau 688 Frauen (7% aller Gebärenden) wurden betreut, bei denen sowohl in der Schwangerschaft als auch für die Geburt Befunde eingetragen wurden – diese Zahl lag mit 562 Frauen oder 6% im Jahr 2002 niedriger.

Von insgesamt 1.057 Geburten oder 10,8% aller Geburten mit bereits vorhandenen Komplikationen (2002: 9,8%) entwickelten sich weit mehr als die Hälfte auch zu Problemfällen bei der Geburt (7% aller Geburten).

Betrachtet man in 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	1762	1751	327	70	3910
	Spalten-%	40,7	41,6	31,8	29,0	39,9
nur lt. Kat. B	Anzahl	207	122	33	7	369
	Spalten-%	4,8	2,9	3,2	2,9	3,8
nur lt. Kat. C	Anzahl	2010	2115	571	143	4839
	Spalten-%	46,5	50,2	55,5	59,3	49,3
lt. Kat. B u. C	Anzahl	345	225	97	21	688
	Spalten-%	8,0	5,3	9,4	8,7	7,0
Anzahl		4324	4213	1028	241	9806
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

In der Hausgeburtsilfe sollten die Gebärenden mit Risikoeinträgen am seltensten zu finden sein: Tatsächlich weist die Betreuung durch eine Hausgeburtshebamme im Jahr 2003 mit 1.762 Frauen oder 40,7% aller geplanten Hausgeburten erstmals nur das zweitgrößte Kollektiv risikofreier Frauen auf (im Jahr 2002 waren es mehr: 1.935 Frauen oder 45,3% aller geplanten Hausgeburten). In der Gruppe der Geburtshausgeburten wurden in 1.751 Fällen und damit bei 41,6% aller geplanten Geburtshausgeburten keine Risiken dokumentiert (im Jahr 2002 waren es ebenfalls mehr: 1.847 Frauen oder 44,6% aller geplanten Geburtshausgeburten). Es findet sich – wie im Vorjahr – bei den Einträgen „nur laut Katalog B“ mit 207 Fällen oder 4,8% aller geplanten Hausgeburten eine höhere Anzahl als in den übrigen Gruppen (im Vorjahr: 220 Fälle oder 5,1% aller geplanten Hausgeburten). Demnach gab es im Vorjahr nicht nur einen größeren Anteil an Hausgeburten – dieser Anteil war zudem auch noch als risikoärmer dokumentiert. Über den Schweregrad des Risikos wird aber mit dieser Feststellung nichts ausgesagt.

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 erheblich gestiegen und beläuft sich auf 2.010 Einträge oder 46,5% aller geplanten Hausgeburten (im Jahr 2002 waren es 1.847 Frauen oder 43,2% 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. Auf der anderen Seite nehmen die Einträge in dieser Kategorie bei den anderen außerklinischen Institutionen ab (von 57% aller Geburten in diesen Einrichtungen (2002) auf 55,5% im Jahr 2003), d.h. dort gab es weniger Geburten, die lediglich Geburtsrisiken aufwiesen.

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 345 Fällen oder in 8% aller geplanten Hausgeburten (2002: 273 Geburten oder 6,4%). Der erfreuliche Rückgang in der Gruppe der Frauen, die in der Schwangerschaft derartige Probleme hatten, dass sich auch leichter bei der Geburt Komplikationen einstellten, wie er im Vorjahr zu verzeichnen war, konnte nicht beibehalten werden. Der Prozentsatz für die Hausgeburtsgruppe liegt um fast 3

Prozent höher als bei der Einrichtung Geburtshaus. Die anderen außerklinischen Institutionen übertreffen ihn jedoch mit 37 Fällen oder 9,4% der begonnenen Geburten in diesen Institutionen. Im Vorjahr lagen die beiden letztgenannten Institutionen noch um 1% 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 32
Weitere anwesende Personen

Weitere anwesende Personen		Anzahl	Gesamt-%
	keine	145	1,5
	Familie	9352	95,8
	Freunde	744	7,6
	andere	659	6,7

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf Gesamtgeburtenszahl n= 9.806

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 145 Fällen oder 1,5% aller Geburten allein durch ihre Hebamme bei der Geburt betreut wurden (im Vorjahr waren es 164 Fällen oder 1,8%). Am häufigsten, und zwar bei 95,8% aller Geburten, war mindestens ein Familienmitglied anwesend (im Vorjahr war dies in 95,1% aller Geburten gegeben). In 7,6% aller Geburten waren (auch) Freunde und in 6,7% aller Geburten (auch) andere Personen wie Hebammenschülerinnen oder Praktikantinnen bei der Geburt zugegen (im Vorjahr waren es 8,9% bzw. 7,4%). Die Zahl derjenigen Geburten, bei denen eine Gebärende auf keine weitere Hilfe als die der Hebamme zurückgreifen kann, hat sich damit weiter etwas gesenkt.

Unabhängig davon waren bei vielen Geburten zusätzlich ein Arzt/eine Ärztin und/oder eine zweite Hebamme zur Unterstützung anwesend, wie sich aus Tabelle 33 ableiten lässt: In 5.834 Fällen (59,5% aller Geburten) wurden im Jahr 2003 eine 2. Hebamme und/oder eine Ärztin/ein Arzt gerufen, im Gegensatz dazu waren es im Jahr 2002 nur 5.363 Fälle (57,2% aller Geburten). D.h. in 3.972 Fällen (40,5% aller Geburten) hat die betreuende Hebamme ohne weitere medizinische Hilfe die Geburt begleitet (2002: in 4.019 Fällen (42,8% aller Geburten).

In der folgenden Tabelle wird grundsätzlich abgefragt, ob zur normalen Geburt oder ausschließlich 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		gerufen ...			Gesamt
		Nein	zur normale Geburt	wegen Komplikationen	
nicht gerufen	Anzahl	3972			3972
	Gesamt-%	40,5			40,5
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl		3858	408	4266
	Gesamt-%		39,3	4,2	43,5
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl		553	151	704
	Gesamt-%		5,6	1,5	7,2
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl		658	206	864
	Gesamt-%		6,7	2,1	8,8
Anzahl		3972	5069	765	9806
Gesamt-%		40,5	51,7	7,8	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Bei 60% der Geburten in der außerklinischen Geburtshilfe ist eine weitere fachliche Hilfe anwesend.

Im Jahr 2003 war bei 4.266 Geburten (bei 43,5% aller Geburten) – und damit etwas häufiger als im Vorjahr – (bei 3.795 Geburten oder 40,4% aller Geburten im Jahr 2002) eine zweite Hebamme anwesend. Diese weitere, stärkere Steigerung zu den Vorjahresergebnissen zeigt eine noch engere Kooperation unter den Hebammen und eine größere Sicherheit sowie intensivere Betreuung für Mutter und Kind bei einer außerklinischen Geburt.

Bei 704 Geburten oder 7,2% aller Geburten kamen ein Arzt oder eine Ärztin hinzu (2002: 516 Geburten oder 5,5% aller Geburten), wie Tabelle 33 zeigt. Dieser Anteil ist enorm gestiegen und setzt sich vermutlich aus den vermehrten Geburten in anderen außerklinischen Institutionen zusammen.

Eine zweite Hebamme *und* ärztliche Hilfe waren bei insgesamt 864 Geburten oder 8,8% aller Geburten zugegen (2002: 1.052 Geburten oder 11,2% aller Geburten). Hier ist ein enormer Rückgang zu erkennen.

Damit war ärztliche Hilfe insgesamt mit 16,7% aller Geburten im Jahr 2003 prozentual genauso häufig vertreten wie im Jahr 2002 mit ebenfalls 16,7% aller Geburten. Es sanken in dieser Gruppe die Fälle, in denen ärztliche Hilfe zusätzlich zu einer zweiten Hebamme eingetroffen ist, es stieg dagegen der Anteil der Geburten mit rein ärztlicher zusätzlicher Unterstützung um knapp 2%. Der Anteil der Geburten, der mit Hilfe einer zweiten Hebamme ohne Anwesenheit eines Arztes stattfand, stieg um etwa 3%. Hierin spiegelt sich zum Teil auch der um 1% erhöhte Anteil an Geburtshausgeburten wider, da hier in der Regel eine zweite Hebamme zu jeder Geburt hinzukommt.

Aus Tabelle 33 ist weiter zu entnehmen: Von den insgesamt 4.266 Fällen, in denen ausschließlich eine zweite Hebamme anfordert wurde, geschahen 3.858 Rufe (39,3% aller Geburten) zu einer normalen Geburt (im Jahr 2002 waren dies nur 36,7%). In 553 Fällen oder 5,6% aller Geburten ist ausschließlich ärztliche Hilfe zur Unterstützung einer normalen Geburt hinzugekommen (im Jahr 2002 waren dies 1% weniger, d.h. 4,6%). Beide Fachpersonen wurden zu normalen Geburten in 658 Fällen oder bei 6,7% aller Geburten gerufen (im Jahr 2002 waren dies noch 8,6%). Der Trend scheint dahin zu gehen, zur normalen Geburt nur Hilfe aus einer der beiden Fachrichtungen hinzuzuziehen.

Bei nur 7,8% aller Geburten wurde wegen Komplikationen Hilfe angefordert. Daher wird im Folgenden dargestellt, ob beim Vorhandensein bestimmter Kategorien von Befunden und / oder Risiken weiteres Fachpersonal zur Geburt eingetroffen ist.

Die folgende Tabelle 34 zeigt: Von allen 4.839 dokumentierten Geburten mit Risikoeinträgen nach Katalog C, d.h. in den Fällen, in denen während der Geburt Probleme zum Tragen kamen, wurde im Jahr 2003 bei 2.888 Geburten zusätzliche Hilfe hinzugezogen, hierbei handelte es sich zumeist um eine zweite Hebamme (20,7% aller Geburten, 2002: bei 18,3% aller Geburten) oder um ein Team aus Arzt/Ärztin und Hebamme (bei 4,8% aller Geburten, 2002: bei 5,9% aller Geburten).

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	1582	163	1951	276	3972
	Gesamt-%	16,1	1,7	19,9	2,8	40,5
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	1809	150	2034	273	4266
	Gesamt-%	18,4	1,5	20,7	2,8	43,5
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	223	26	380	75	704
	Gesamt-%	2,3	,3	3,9	,8	7,2
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	296	30	474	64	864
	Gesamt-%	3,0	,3	4,8	,7	8,8
Anzahl		3910	369	4839	688	9806
Gesamt-%		39,9	3,8	49,3	7,0	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Näher betrachtet wird in der nächsten Tabelle 35, wie oft nach Eintreffen einer zweiten Hebamme und/oder eines Arztes/einer Ärztin 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 143 Geburten in der Klinik (2002: 123 Geburten). D.h., in den meisten Fällen der ärztlicher Hilfe (mit oder ohne Hebammenhilfe), konnten die Geburten außerklinisch beendet werden, wie diese Tabelle zeigt:

Tabelle 35

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

2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt zur Geburt eingetroffen		Geburtsort		Gesamt	
		außerklinisch	klinisch		
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	620	84	704	
	Zeilen-%	88,1%	11,9%	100,0%	
	Spalten-%	43,5%	58,7%	44,9%	
	Gesamt-%	39,5%	5,4%	44,9%	
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	805	59	864	
	Zeilen-%	93,2%	6,8%	100,0%	
	Spalten-%	56,5%	41,3%	55,1%	
	Gesamt-%	51,3%	3,8%	55,1%	
Gesamt		Anzahl	1425	143	1568
		Zeilen-%	90,9%	9,1%	100,0%
		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%
		Gesamt-%	90,9%	9,1%	100,0%

n = 1.568 (alle Geburten, zu denen ärztliche Hilfe allein oder zusätzlich eine 2. Hebamme hinzugezogen wurden)

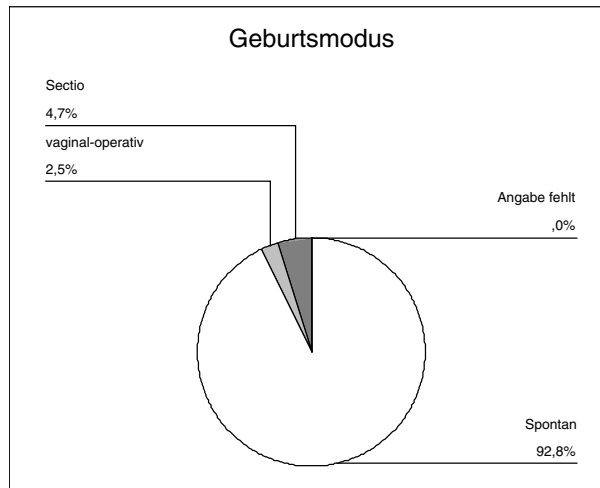
Von 1.568 Geburten mit ärztlicher Hilfe wurden 143 Gebärende in die Klinik verlegt.

In 84 Fällen oder genau 11,9% aller Rufe nach alleiniger ärztlicher Hilfe erfolgte die Verlegung in die Klinik (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 7,2% aller Rufe dieser Kategorie). Hier ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. In 59 Fällen oder genau 6,8% aller Rufe nach ärztlicher und Hebammenhilfe erfolgte eine Verlegung (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 8,2% aller genannten Rufe). Hier lässt sich weiterhin 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= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Abbildung 13 zeigt, dass der Anteil der spontanen Geburten mit 92,8% aller Geburten (9.098 Geburten) wie im Vorjahr (mit 93,1%) erwartungsgemäß hoch ist. Er sinkt jedoch über die letzten Jahre hinweg leicht ab.

Eine vaginal-operative Entbindung war bei 247 Frauen oder 2,5% aller Frauen erforderlich (2002: 2,2%). Genau 459 Gebärende oder 4,7% aller Frauen erhielten einen Kaiserschnitt (2002: ebenfalls 4,7%). Die ganzen Zahlen siehe Tabelle 64 im Anhang. Die Prozentangaben sind mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

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 1.430 Frauen (14,6%, im Jahr 2002: 16,3% aller Gebärenden) 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	132	1,3
0 bis 3 Std.	1430	14,6
3 bis 5 Std.	2110	21,5
5 bis 10 Std.	3434	35,0
10 bis 24 Std.	2341	23,9
1 bis 2 Tage	326	3,3
mehr als 2 Tage	33	,3
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Es zeigen sich ähnliche Längen der Wehendauer wie im Vorjahr.

Nur 326 Schwangere (3,3%; 3,5% aller Gebärenden im Vorjahr) waren einer Wehendauer von ein bis zwei Tagen ausgesetzt. Eine Minderheit von 33 Frauen oder 0,3% (42 Frauen oder 0,4% aller Gebärenden im Vorjahr) war mehr als zwei Tage in den Wehen. Damit sind diese eher ungünstigen Werte weiter zurückgegangen. Die Wehendauer lag im Jahr 2003 bei 71,1% der Geburten in einem Zeitraum von bis zu 10 Stunden, im Jahr 2002 lag der Wert bei 73%. Bei 95% der Geburten war nach höchstens 24 Stunden das Kind im Vorjahr geboren, im Jahr 2002 war dies bei 94,6% aller Geburten der Fall. Damit ist die durchschnittliche Wehendauer mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar, wobei in dem Zeitabschnitt unter drei Stunden im Jahr 2002 prozentual etwas mehr Geburten beendet waren. Bei 5.544 Gebärenden oder 58,9% aller Gebärenden betrug die Wehendauer drei bis zehn Stunden (5.329 Gebärende oder 56,8% waren es 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

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	783	8,0
< 15 Min.	5005	51,0
15 - 60 Min.	3287	33,5
> 60 Min.	731	7,5
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die Dauer des aktiven Mitschiebens hat sich stärker zu einem längeren Zeitraum (von bis zu 60 Minuten) hin verlagert.

Bei 5.005 Gebärenden oder 51% betrug die Dauer des aktiven Mitschiebens im Jahr 2003 weniger als 15 Minuten (mehr Gebärende waren es im Vorjahr mit 5.017 Frauen oder 53,5% 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 3.287 Frauen oder 33,5% aller Geburten – ihr Anteil hat sich im Vergleich mit dem Vorjahresergebnis erhöht (2.912 Frauen oder 31% aller Gebärenden). Ähnlich blieb nur der Anteil der Frauen, die aktives Mitschieben von mehr als 60 Minuten leisteten (2003: 731 Frauen oder 7,5% aller Gebärenden gegenüber 734 Frauen oder 7,8% im Vorjahr).

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

In der außerklinischen Geburtshilfe kommt eine voraussehbar große 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
		während Transport	außerklinisch	klinisch	
Angabe fehlt	Anzahl			2	2
	Spalten-%			,2%	,0%
Spontan	Anzahl	3	8277	521	8801
	Spalten-%	100,0%	96,9%	41,4%	89,8%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl		183	114	297
	Spalten-%		2,1%	9,1%	3,0%
vaginal-operativ	Anzahl		64	143	207
	Spalten-%		,7%	11,4%	2,1%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl		21	19	40
	Spalten-%		,2%	1,5%	,4%
Sectio	Anzahl		1	458	459
	Spalten-%		,0%	36,4%	4,7%
Anzahl		3	8546	1257	9806
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die genaue Betrachtung der Geburtsmodi nach Geburtsort ergibt, dass 521 Frauen oder 41,4% aller in die Klinik verlegten Frauen ihr Kind spontan zur Welt gebracht haben (im Vorjahr waren es 40,6%). Zusammen mit den Geburten, die spontan mit Kristellerhilfe abliefen (1.114 Frauen oder 9,1% aller Klinikgeburten, im Vorjahr 9%), beträgt die Anzahl 635 Frauen oder 50,5% aller in der Klinik entbundenen Frauen (im Vorjahr waren es 49,8%). Damit hatte mehr als die Hälfte der Gebärenden nach einer Verlegung die Möglichkeit, spontan mit oder ohne Kristellerhilfe zu gebären – vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis.

Spontan mit oder ohne Kristellerhilfe konnten im Jahr 2003 genau 8.460 Frauen oder 99% aller Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung die Geburt beendeten, ihr Kind zur Welt bringen (drei zusätzliche spontane Geburten fanden während des Transports statt). Im Vorjahr waren dies vergleichbar viele Frauen: 8.157 Frauen oder 99,3% aller Frauen mit außerklinischem Geburtsort.

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	
während Transport	Anzahl	2			1	3
	Zeilen-%	66,7%			33,3%	100,0%
	Gesamt-%	,0%			,0%	,0%
außerklinisch	Anzahl	3888	367	3777	514	8546
	Zeilen-%	45,5%	4,3%	44,2%	6,0%	100,0%
	Gesamt-%	39,6%	3,7%	38,5%	5,2%	87,2%
klinisch	Anzahl	20	2	1062	173	1257
	Zeilen-%	1,6%	,2%	84,5%	13,8%	100,0%
	Gesamt-%	,2%	,0%	10,8%	1,8%	12,8%
Anzahl		3910	369	4839	688	9806
Zeilen-%		39,9%	3,8%	49,3%	7,0%	100,0%
Gesamt-%		39,9%	3,8%	49,3%	7,0%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

In der Gruppe, die außerklinisch geboren hat, hatte fast die Hälfte aller Frauen keinerlei Befunde nach Katalog C.

Genau 45,5% aller außerklinisch entbundenen Frauen hatten kein Risiko aufzuweisen (2002: 49,8%), demgegenüber traf dies nur für 1,6% aller klinisch entbundenen Frauen zu (2002: 1,9%). In der Gruppe der Frauen, die ihr Kind in einer außerklinischen Einrichtung zur Welt brachten, hatten 44,2% einen Befund im Katalog C (2002: 40,8%), während dies auf 84,5% aller klinisch entbundenen Frauen zutraf (2002: 86%).

Lediglich in 2 Fällen (0,2% aller Klinikgeburten) hatte ein Risiko nur für die Schwangerschaft (Katalog B) bestanden (2002 war es 1 Fall oder 0,1%). Dies traf bei den Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung geboren haben, auf 4,3% zu (2002: ebenfalls 4,3%). Auch die Kombination der Einträge bei Katalog B und C traf erwartungsgemäß auf mehr Geburten bei den klinisch entbundenen Frauen zu (173 Frauen oder 13,8%; 2002: 141 Frauen oder 12% aller Klinikgeburten) als auf außerklinisch entbundene Frauen (514 Frauen oder 6%; 2002: 421 Frauen oder 5,1% aller außerklinisch entbundenen Frauen). Insgesamt hatten 98,2% aller Frauen, die in der Klinik entbunden wurden, kritische Befunde laut Katalog C aufzuweisen (2002: 98%), während dies auf 50,2% der Gruppe zutraf, die nicht in der Klinik entbunden worden war (2002: 45,9%). Aus diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass Frauen nicht grundlos in die nächst höhere und damit auch teurere Versorgungsstufe geschickt werden, sondern Gebärende mit bestehendem Schwangerschaftsrisiko und/oder mit einem Geburtsrisiko in die Klinik verlegt werden. Die Eintragungsrubriken im Dokumentationsbogen bieten aber nicht die Möglichkeit zu gewichten, ob alle Frauen mit schwerwiegenden Komplikationen verlegt worden sind, wie weiter oben am Beispiel der Eintragung für *Gestose / Eklampsie C 66* in Tabelle 28 bereits erwähnt.

Diese Prozentzahlen sprechen jedoch dafür, dass die Entscheidungen zur Verlegung immer stärker die „richtigen“ Frauen betreffen. Es lässt sich eine Zunahme an Befunden oder eingetragenen Risiken in der Gruppe festmachen, die in außerklinischen Einrichtungen ihre Geburt geplant und beendet hat. Für weiterführende Auswertungen ist eine Aufgliederung nach Institutionstypen und Versorgungswegen für einzelne, noch zu bestimmende Risikoeinträge anzuraten.

Geburtsverletzungen

Geburtsverletzungen (Episiotomien und / oder Risse) sind im Jahr 2003 für 4.866 Frauen oder 59,6% aller betreuter Frauen dokumentiert und haben damit im Vergleich zum Vorjahreswert von 50,6% aller betreuter Frauen um 1% abgenommen. Tabellen 67–72 im Anhang geben einen Überblick, wobei Tabelle 67 das Vorhandensein eines Risses oder Schnittes darstellt und Tabellen 68–72 auflistet, welche Art von Verletzungen erfolgt sind. Das Zusammentreffen von mehreren, verschiedenen Verletzungen bei ein- und derselben Entbundenen bleibt dabei unberücksichtigt. Die Tabellen zeigen Folgendes:

Ein *Dammriss ersten Grades* ist bei 1.866 Geburten oder 19% aller Geburten (im Vorjahr 20,3%) dokumentiert und ist damit leicht gefallen. Der *Dammriss zweiten Grades* wurde in 1.515 Fällen oder 15,4% aller Geburten (gegenüber 2002 mit 15,8%) genannt und ist damit schwächer zurückgegangen. Ein *Dammriss dritten oder vierten Grades* ist mit 70 Rissen oder 0,7% aller Geburten verzeichnet (gegenüber 2002 mit 0,8%) und ist ebenfalls leicht zurückgegangen. Andere nahtpflichtige Risse sind in 987 Fällen oder 10,1% aller Geburten dokumentiert (gegenüber 2002 mit 10,5%) und liegen damit anteilmäßig ebenfalls etwa niedriger.

Eine differenzierte Analyse der Dammrisse nach Parität (nicht in einer Tabelle dargestellt) zeigt, dass die Rate an schweren Dammrissen mit zunehmendem Geburtenrang abnimmt: Die 70 erfassten Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich in erster Linie auf Erstgebärende (39 Frauen oder 0,4% aller Geburten), ereigneten sich bei Zweitgebärenden genau 28 mal oder bei 0,3% aller Geburten und wurden bei Dritt- und Mehrgebärenden 3 mal oder bei 0,03% aller Geburten vermerkt. Die Prozentwerte vom Vorjahr sind bei den Erstgebärenden etwas zurückgegangen und ansonsten vergleichbar.

Episiotomien

Episiotomien wurden in 653 Fällen oder bei 6,7% aller betreuter Frauen vorgenommen (gegenüber 2002 mit 585 Dammschnitten oder 6,2% aller Geburten). 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	3198	439	3637
	Zeilen%	87,9%	12,1%	100,0%
	Spalten%	34,9%	67,2%	37,1%
	Gesamt-%	32,6%	4,5%	37,1%
Zweitgebärende	Anzahl	3478	165	3643
	Zeilen%	95,5%	4,5%	100,0%
	Spalten%	38,0%	25,3%	37,2%
	Tabellen%	35,5%	1,7%	37,2%
Drittgebärende und mehr	Anzahl	2477	49	2526
	Zeilen%	98,1%	1,9%	100,0%
	Spalten%	27,1%	7,5%	25,8%
	Tabellen%	25,3%	,5%	25,8%
Anzahl		9153	653	9806
Zeilen%		93,3%	6,7%	100,0%
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%
Tabellen%		93,3%	6,7%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Von 653 durchgeführten Episiotomien entfallen 439 oder 4,5% der Gesamtgeburtenzahl auf Erstgebärende, 165 Episiotomien oder 1,7% aller Geburten auf Zweitgebärende und 49 Episiotomien oder 0,5% aller Geburten auf Dritt- und Vielgebärende. Im Jahr 2002 lagen die Raten insgesamt etwas niedriger: Von 585 durchgeführten Episiotomien entfielen 397 Schnitte oder 4,2% von allen Geburten auf Erstgebärende, 147 Episiotomien oder 1,6% auf Zweitgebärende und 41 Episiotomien oder 0,4% auf Dritt- und Vielgebärende. Damit liegt die Rate der Dammschnitte leicht über dem Vorjahresergebnis.

Die Episiotomie wird nun separat nach Geburtsort betrachtet, da sie eine Besonderheit im Geburtsmanagement darstellt. Sie ist in einigen Geburtssituationen medizinisch indiziert, z.B. bei drohender kindlicher Asphyxie (gleichzeitig auch häufiger Verlegungsgrund in eine Klinik). Am außerklinischen Geburtsort entspricht das Setzen eines Dammschnittes nicht einer im engeren Sinne invasionsarmen Geburtshilfe (siehe zur Frage invasionsarmer Geburtshilfe die Ausführungen unter Punkt 2.2.10).

Sinnvollerweise wird die Episiotomie getrennt nach Geburtsmodus und nach außerklinischem bzw. klinischem 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.

Zu den außerklinisch beendeten Geburten:

Tabelle 41
Geburtsmodus (außerklinische Geburten) mit Episiotomierate

Geburtsmodus außerklinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Spontan	Anzahl	7910	367	8277
	Gesamt-%	92,6%	4,3%	96,9%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	120	63	183
	Gesamt-%	1,4%	,7%	2,1%
vaginal-operativ	Anzahl	29	35	64
	Gesamt-%	,3%	,4%	,7%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	8	13	21
	Gesamt-%	,1%	,2%	,2%
Sectio	Anzahl	1 ¹		1
	Gesamt-%	,0%		,0%
Anzahl		8068	478	8546
Gesamt-%		94,4%	5,6%	100,0%

¹. Notsectio in Geburtszimmer

n= 8.546 (alle Geburten mit außerklinischem Geburtsort)

Eine Episiotomie für die tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten ist bei 478 Frauen oder 5,6% aller außerklinisch beendeten Geburten (2002: 387 Frauen oder 4,7%) und damit um 0,9% häufiger als im Vorjahr durchgeführt worden.

Bei 367 Spontangeburt und bei 63 Geburten „Spontan mit Kristellerhilfe“ erfolgte eine Episiotomie, das sind 5% aller außerklinisch beendeter Geburten – im Gegensatz zu 4,3% im Vorjahr. Bei 35 vaginal-operativen Entbindungen mit oder ohne Kristellerhilfe wurde eine Episiotomie vorgenommen, dies sind 0,4% aller außerklinisch beendeten Geburten. Die eine außerklinische Sectio ist – wie im Vorjahr – eine Ausnahmerecheinung einer einzigen außerklinischen Einrichtung (Arztpraxis auf dem Klinikgelände) und wurde von der betreuenden Hebamme bestätigt.

Zu den klinisch beendeten Geburten:

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 Gruppen anzustellen. Wie bereits gezeigt, sind die Unterschiede in den Befunden zu stark. Vielmehr soll auch hier die Umgangsweise mit der Frage nach dem Dammschnitt vor und den Vorjahresergebnissen gegenüber gestellt werden.

Tabelle 42
Geburtsmodus (klinische Geburten nach Verlegung) mit Episiotomierate

Geburtsmodus klinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	2		2
	Gesamt-%	,2%		,2%
Spontan	Anzahl	462	59	521
	Gesamt-%	36,8%	4,7%	41,4%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	76	38	114
	Gesamt-%	6,0%	3,0%	9,1%
vaginal-operativ	Anzahl	75	68	143
	Gesamt-%	6,0%	5,4%	11,4%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	11	8	19
	Gesamt-%	,9%	,6%	1,5%
Sectio	Anzahl	456	2	458
	Gesamt-%	36,3%	,2%	36,4%
Anzahl		1082	175	1257
Gesamt-%		86,1%	13,9%	100,0%

n= 1.257 (alle Geburten mit klinischem Geburtsort)

Eine Episiotomie war im Jahr 2003 bei 175 Frauen, die in eine Klinik verlegt wurden, und damit bei 13,9% aller Verlegungen, erforderlich. Die Prozentzahl liegt wesentlich niedriger als im Vorjahr (16,9%). Die Sectiorate ist ebenfalls, jedoch nur leicht, zurückgegangen (von 37,4% auf 36,4% aller klinischen Geburten). Die beiden dabei dokumentierten Dammschnitte wurden als korrekte Angaben bestätigt. Eine Einzelfallprüfung wäre hier angebracht.

Auffallend ist, dass weniger verletzte Frauen bei einer Spontangeburt ohne Kristellerhilfe einen Dammschnitt erhielten (4,7% aller Verlegungen, 2002: 5,6%). Gleichbleibend ist die Rate der Episiotomien für die Spontangeburt mit Kristellerhilfe (3% aller Verlegungen, 2002: 3,1%). Offensichtlich wird die Haltung zum Dammschnitt in der jeweiligen Klinik schon vor der Verlegung beachtet.

Bei allen vaginal-operativen Entbindungen (mit und ohne Kristellerhilfe) in der Klinik fällt ins Auge, dass die Anzahl der Entbindungen mit Episiotomie im Jahr 2003 niedriger liegt (6%, 2002: 7,3% aller Verlegungen). 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:

1.257 Geburten gegenüber Gesamtzahl außerklinisch: 8.546 Geburten) und von unterschiedlich schweren 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*
8.148 Fälle oder 83,1% von allen Geburten
und alle begleitenden Maßnahmen mit nein
3.258 Fälle 33,2% von allen Geburten

invasionsarm: *Homöopathie mit nein*
4.838 Fälle oder 49,3% von allen Geburten
und Analgetika mit nein
8.753 Fälle oder 89,3% von allen Geburten
und sonstige Maßnahmen mit nein
8.808 Fälle oder 89,8% von allen Geburten
und Amniotomie (länger als 30 Minuten vor der Geburt) mit nein
8.886 Fälle oder 90,6% von allen Geburten
und Episiotomie mit nein
9.153 Fälle oder 93,3% von allen Geburten
aber Naturheilkunde mit ja
1.063 Fälle oder 10,8% von allen Geburten
oder Massagen mit ja
3.112 Fälle oder 31,7% von allen Geburten
oder Akupunktur/-pressur mit ja
1.338 Fälle oder 13,6% von allen Geburten

invasiv: *Amniotomie (länger als 30 Minuten vor der Geburt) mit ja*
920 Fälle oder 9,4% von allen Geburten
und/oder begleitende Maßnahmen mit ja
6.546 Fälle oder 66,8% von allen Geburten
Homöopathie mit ja
4.968 Fälle oder 50,7% von allen Geburten
oder Analgetika mit ja
1.053 Fälle oder 10,7% von allen Geburten
Episiotomie mit ja
653 Fälle oder 6,7% von allen Geburten
oder sonstige Maßnahmen mit ja
998 Fälle oder 10,2% von allen Geburten

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

Tabelle 43
Maßnahmen während der Geburtsbegleitung

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	20	,2
nicht invasiv	2729	27,8
invasionsarm	800	8,2
invasiv	6257	63,8
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die obige Tabelle zeigt, dass bei der vorgenommenen Klassifizierung 6.257 Frauen oder 63,8% aller Frauen – und damit etwas mehr Frauen als im Vorjahr (63,3%) – invasiv betreut wurden. Die hohe Invasionsrate erklärt sich u.a. durch die häufige Gabe von Homöopatika. Von den 6.546 Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, wurden im Jahr 2003 bei 4.968 Frauen Homöopatika eingesetzt (75,8% aller Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben). Im Jahr 2002 waren es allerdings noch mehr: 76,6% aller Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben. 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 Amniotomien und auf deren zeitlichen Nähe zur Geburt eingegangen.

Tabelle 44
Zeit der Fruchtblaseneröffnung differenziert nach Geburtsort

Zeit Blasensprengung bis Geburt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben nicht verwertbar	Anzahl	23	15	38
	Spalten-%	1,6%	7,6%	2,3%
bis 30 min.	Anzahl	636	26	662
	Spalten-%	44,7%	13,2%	40,9%
30 min - 3 Std.	Anzahl	612	53	665
	Spalten-%	43,0%	26,9%	41,0%
>3 Std.	Anzahl	152	103	255
	Spalten-%	10,7%	52,3%	15,7%
Gesamt	Anzahl	1423	197	1620
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 1.620 (alle Geburten mit Eröffnung der Fruchtblase)

Eine Amniotomie wurde unabhängig vom Geburtsort im Jahr 2003 bei 1.568 Geburten, damit bei 16% aller Geburten und vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis vorgenommen (16,1%) – beide Prozentzahlen sind nicht in einer Tabelle dargestellt.

In der außerklinischen Geburtshilfe wurde in 152 Fällen länger als drei Stunden vor der Geburt die Fruchtblase geöffnet (10,7% aller Amniotomien bei einem außerklinischen Geburtsort im Gegensatz zu 165 Fällen oder 12,2% im Vorjahr). Damit wurden die Situationen, in denen es zu einer Infektion während der Geburt kommen könnte, etwas seltener. Von den insgesamt nur 197 Fällen, in denen die Fruchtblase geöffnet und das Kind in einer Klinik entbunden wurde, wurde die Amniotomie bei 103 Frauen in einer Zeitspanne bis zu drei Stunden vor der eigentlichen Geburt durchgeführt (52,3% aller Amniotomien bei der Klinikgeburt im Gegensatz zu 157 Frauen oder 59,9% 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 im außerklinischen oder klinischen Bereich 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 ist erkennbar: Im Jahr 2003 wurden insgesamt 255 Fruchtblasen (15,7% aller Amniotomien) länger als 3 Stunden vor der Geburt eröffnet, im Vorjahr waren es noch 259 Blasensprengungen und damit 17,1% aller Amniotomien. Allerdings sind immer noch relativ viele Angaben nicht verwertbar: 2003 sind es 2,3% aller Angaben und im Jahr 2002 waren es 2,2% der Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten.

Bevor auf die dokumentierten Verlegungsgründe in der Zeit nach der Geburt näher eingegangen wird, soll die Gesamtzahl im folgenden Abschnitt dargestellt werden. Nicht alle dokumentierten Befunde führten dabei zwangsläufig zu einer postpartalen Verlegung der Frauen und Kinder.

2.3 Nach der Geburt des Kindes

2.3.1 Postpartale Verlegungen von Müttern und Kindern allgemein

Von den 9.806 begleiteten Frauen sind im Jahr 2003 insgesamt 276 Frauen oder 2,8% aller Frauen (2002: 268 Frauen oder ebenfalls 2,8%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verlegt worden (siehe auch weiter oben Abbildung 4). Im Vergleich zu 2002 mussten im Jahr 2003 zahlenmäßig geringfügig mehr Frauen nach der Geburt verlegt werden.

Im Jahr 2003 sind 242 Kinder oder 2,5% aller Kinder in einer Zeit von sieben Tagen nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt worden (im Vorjahr waren es vergleichbare 2,6% aller Geburten).

Genau 148 Kinder oder 1,5% aller Geburten wurden nach einer außerklinisch beendeter Geburt verlegt (2002 waren es zahlenmäßig etwas mehr: 156 Kinder oder ebenfalls 1,5% aller Geburten). Genau 94 Kinder oder 1% aller Geburten mussten nach einer klinischen Entbindung verlegt werden (2002: 84 Kinder oder 0,9% aller Geburten), dazu siehe auch Abbildung 3 und 4.

Alle Verlegungsraten sind mit den Vorjahresdaten vergleichbar.

2.3.1.1 Postpartale Verlegungen der Mütter

Nach einer außerklinischen Geburt im Jahr 2003 fanden 263 Verlegungen von Müttern innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes statt und damit 99,2% aller Verlegungen (2002: 253 Mütter oder 94,4% aller Verlegungen). Innerhalb der ersten 7 Tage wurden 10 Wöchnerinnen verlegt (2002: 7 Wöchnerinnen).

Die sechs häufigsten Verlegungsgründe für eine Verlegung innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes und unabhängig vom Geburtsort sind:

- *Placentalösungsstörung*
- *Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen*
- *Blutung über 1.000ml*
- *komplizierte Geburtsverletzungen*
- *Sonstiges und*
- *Auf Wunsch der Mutter*

Alle 276 Verlegungen nach der Geburt differenziert nach dem Zeitpunkt und dem Grund der Verlegung sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

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...		
		24 Stunden	7 Tagen	Gesamt
95 (entwickelte sich nach der Geburt)	Anzahl	1		1
	Zeilen-%	100,0%		100,0%
	Spalten-%	,4%		,4%
E100 Auf Wunsch der Mutter	Anzahl	7	1	8
	Zeilen-%	87,5%	12,5%	100,0%
	Spalten-%	2,6%	9,1%	2,9%
E101 Blutungen >1000ml	Anzahl	40	1	41
	Zeilen-%	97,6%	2,4%	100,0%
	Spalten-%	15,1%	9,1%	14,9%
E102 Placentalösungsstörungen/unvollst. Placenta	Anzahl	109		109
	Zeilen-%	100,0%		100,0%
	Spalten-%	41,1%		39,5%
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	Anzahl	24	1	25
	Zeilen-%	96,0%	4,0%	100,0%
	Spalten-%	9,1%	9,1%	9,1%
E104 Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen	Anzahl	53		53
	Zeilen-%	100,0%		100,0%
	Spalten-%	20,0%		19,2%
E105 Sonstiges	Anzahl	31	8	39
	Zeilen-%	79,5%	20,5%	100,0%
	Spalten-%	11,7%	72,7%	14,1%
Gesamt	Anzahl	265	11	276
	Zeilen-%	96,0%	4,0%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 276 (alle Frauen, die postpartal nach einer außerklinischen oder klinischen Geburt in eine (andere) klinische Versorgungseinheit verlegt worden sind)

Die häufigsten Verlegungsgründe innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes sind: *Placentalösungsstörungen / unvollständige Plazenta E 102* in 109 Fällen 41,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (im Vorjahr waren es ebenfalls 109 Fälle, aber 43,1%). Im weiten Abstand folgt der Grund *Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen E 104* mit 53 Fällen oder in 20% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 46 Fällen oder 18,2% im Vorjahr). An dritter Stelle steht die Meldung *Blutung über 1.000ml E 101* in 40 Fällen oder 15,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 38 Fälle oder 15% im Vorjahr). in wiederum weiten Abstand stehen die *komplizierten Geburtsverletzungen E 103* mit 24 Fällen oder 9,1% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes an vierter Stelle (gegenüber 23 Fällen oder 8,7% im Vorjahr). Die verbleibenden Fälle verteilen

sich auf die Angaben *Sonstiges* (31 Eintragungen oder 11,7% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes – 11,5% im Vorjahr) und *Auf Wunsch der Mutter* mit 7 Fällen oder 2,6% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (5 Fälle oder 2% im Vorjahr).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die *gesamten* Verlegungen wegen *Placentalösungsstörungen* wieder reduziert (von 41% aller Verlegungsgründe im Jahr 2002 auf 39,5% im Jahr 2003). Wegen *Nahtversorgungen* wurden insgesamt mehr Verlegungen vorgenommen (von 17,2% aller Verlegungsgründe im Jahr 2002 auf 19,2% im Jahr 2003), ebenfalls haben sich alle Verlegungen wegen *Blutung über 1.000ml* (von 14,2% aller Verlegungsgründe im Jahr 2002 auf 14,9% im Jahr 2003) leicht erhöht. Bei allen Schwankungen sind jedoch die geringen Fallzahlen (höchste Differenz in der Fallzahl zwischen den beiden Jahrgängen 7 Fälle) zu berücksichtigen.

Wie im Vorjahr ist keine Frau im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit im Jahr 2003 verstorben.

2.3.2 Zustand der Kinder nach der Geburt allgemein

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	12	0,1	9	0,1	10	0,1
1 – 2	24	0,2	4	0,0	2	0,0
3 – 4	57	0,6	17	0,2	4	0,0
5 – 6	175	1,8	34	0,3	16	0,2
7 – 8	1493	15,2	279	2,8	70	0,7
9 – 10	7942	81,0	9427	96,1	9679	98,7
keine Angabe	103	1,1	36	0,4	25	0,3
Gesamt	9806	100	9806	100	9806	100

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

In den Ergebnissen für 2003 zeigt sich, dass 96,2% (in etwa wie im Vorjahr mit 96,3%) aller Kinder nach *einer* Minute einen *Apgar-Wert zwischen sieben und zehn* hatten und damit in einem lebensfrischen Zustand waren: Genau 1.493 Kinder oder 15,2% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 7 und 8 (2002: 13,9%), genau 7.942 Kinder oder 81% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 9 und 10 (2002: 82,4%).

Nach *fünf* Minuten wiesen im Jahr 2003 bereits 98,9% (im Vorjahr 99%) und nach zehn Minuten 99,4 % (im Vorjahr 99,5%) aller Kinder einen *Apgar-Wert zwischen sieben und zehn* auf und damit ist eine gleichbleibende Tendenz zu den Vorjahreswerten ablesbar.

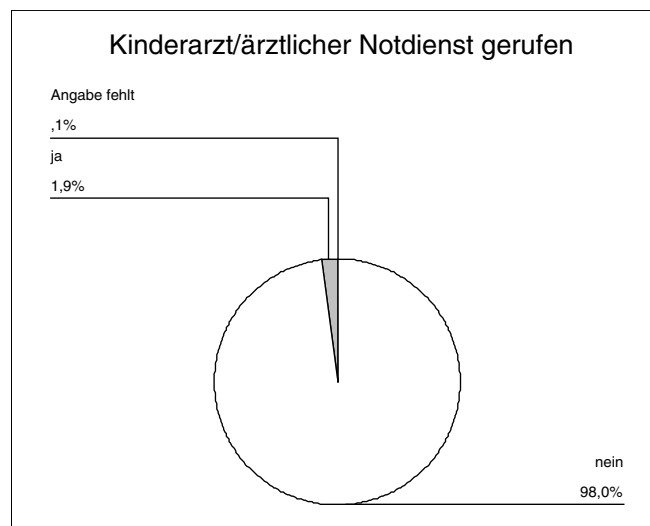
Nach *einer* Minute hatten im Jahr 2003 einen *Apgar von unter sieben* genau 268 Kinder oder 2,7% aller Kinder (wie im Vorjahr 224 Kinder oder 2,4% aller Kinder), nach *fünf* Minuten noch genau 64 Kinder oder 0,6% der Kinder (im Vorjahr waren es 67 Kinder oder 0,7% der Kinder) und nach *zehn* Minuten genau 32 Kinder oder 0,3% der Kinder (im Vorjahr: 34 Kinder oder 0,4% der Kinder). Hierin sind 11 Kinder enthalten, die im Zusammenhang mit der Geburt verstorben sind. Auch diese Werte sind mit denen von 2002 vergleichbar.

Von den 9.806 erfassten Geburten sind im Jahr 2003 sechs Kinder (2002: ebenfalls sechs Kinder) antepartal verstorben, zwei Kinder (2002: sechs Kinder) subpartal verstorben und 12 Kinder (2002: ebenfalls 12 Kinder) postpartal verstorben – (2003: drei dieser Kinder sind nach dem 7. Lebenstag verstorben, im Jahr 2002: fünf Kinder). Insgesamt fallen für das Jahr 2003 genau 17 Kinder oder 0,17% der Geborenen (2002: 19 Kinder oder genau 0,2% der Geborenen) unter die Rubrik der perinatalen Mortalität. Die Anzahl der perinatal verstorbenen Kinder liegt um 2 Todesfälle oder 0,03% unter dem Vorjahresergebnis und kann damit als gleichbleibend bezeichnet werden. 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.

2.3.2.1 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, statt das Kind zu verlegen. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass in den 16% aller Geburten, bei denen bereits ein ärztliche Hilfe anwesend war (siehe Tabelle 33), nicht zusätzlich nach der Geburt (kinder-)ärztliche Hilfe angefordert werden musste.

Abbildung 14



n= 8.546 Geburten (alle Geburten mit außerklinischem Geburtsort)

Zu 163 Kindern oder 1,9% aller Geburten mit außerklinischem Geburtsort wurde 2003 postpartal kinderärztliche Hilfe oder ein ärztlicher Notdienst gerufen (2002: zu 119 Kindern oder 1,4%). Damit sind die Anforderungen von (kinder-)ärztlichem Dienst zum Vorjahr leicht gestiegen.

Im Folgenden wurden 43 verschiedene Morbiditätsmöglichkeiten (nach Katalog D) abgefragt und bei den Verlegungsgründen zusätzlich die Angabe *Zur Beobachtung D19* ermöglicht. Die Nennungen verteilen sich auf fünf größere Gruppen, wobei hier die Angaben zwischen 25 und 85 Fällen schon recht klein sind (siehe Tabelle 48).

Zunächst ein Überblick über die sechs häufigsten Befunde der Kinder nach Katalog D:

Tabelle 47
Die fünf häufigsten Morbiditäten

Morbiditäten	Anzahl	Gesamt-%
D01 Unreife/Mangelgeburt	85	,9%
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	61	,6%
D04 andere Atemstörungen	60	,6%
D19 Zur Beobachtung	36	,4%
D20 Sonstiges	33	,3%
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	25	,3%

Prozente beziehen sich auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Mit fast doppelt so viel Meldungen als im Vorjahr rangiert *Unreife/Mangelgeburt D01* an erster Stelle mit 85 Nennungen und 0,9% aller Geburten (im Vorjahr 43 Nennungen oder 0,4%). Hier ist eine bedenkenswerte Erhöhung an Befunden zu verzeichnen.

Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02 wurde 2003 am zweithäufigsten genannt: 61 Nennungen (0,6% aller Geburten). Im Jahr 2002 kam es zu 52 Eintragungen, d. h. bei ebenfalls 0,6% aller Geburten lag diese Morbidität auch an zweiter Stelle.

Die drittstärkste Gruppe ist im Jahr 2003 mit 60 Nennungen oder 0,6% aller Geburten die Sparte *Andere Atemstörungen D04*, im Vorjahr waren es 54 Eintragungen oder ebenfalls 0,6% aller Geburten.

Zur Beobachtung D19 wurde in 36 Fällen oder bei 0,4% aller Geburten (2002: in 36 Fällen oder ebenfalls bei 0,4% aller Geburten) als Morbidität eingetragen.

Die Eintragung *Sonstiges D20* stieg von 13 Nennungen im Jahr 2002 (oder 0,1% aller Geburten) auf 33 Eintragungen oder 0,3% aller Geburten im Jahr 2003.

Die letzte Gruppe bildet die Eintragung *Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit D03*, die sich mit 25 Nennungen oder 0,3% aller Geburten niederschlägt – sie ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar (22 Nennungen oder 0,2% aller Geburten).

Alle weiteren Rubriken bleiben im Rahmen von 13 Nennungen oder weit darunter, wie folgende Tabelle zeigt. Auffällig weicht nur *Anomalie Genitalorgane D37* vom Vorjahresergebnis ab: Für 2003 sind neun Fälle weniger verzeichnet (Abfall von 10 Eintragungen auf eine Nennung).

Gemessen an den Verlegungen hat sich das Spektrum an Befunden für die Neugeborenen nicht wesentlich verändert, sondern hat sein niedriges Niveau halten können. Ausnahmen bilden *Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02* und *Ikterus D06* mit einer Erhöhung der Verlegungen, wie

nachfolgend noch ausgeführt wird. Die Tabelle 48 auf der folgenden Seite 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	85	0,9	12	0,12
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	61	0,6	49	0,50
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	25	0,3	27	0,28
D04 andere Atemstörungen	60	0,6	48	0,49
D05 Schockzustand	11	0,1	6	0,06
D06 Ikterus	5	0,1	26	0,27
D07 Hämolyt. Krankheit	1	0,0	2	0,02
D08 Hämatolog. Störung.	3	0,0	3	0,03
D09 Stoffwechselstörung	2	0,0	8	0,08
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte			2	0,02
D11 Schilddrüsenstörungen	2	0,0	1	0,01
D12 Blutungskrankheiten				
D13 intrakranielle Blutungen	1	0,0	1	0,01
D14 Krämpfe, Encephalopathie	1	0,0	3	0,03
D15 gastrointest. Störungen	1	0,0	1	0,01
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	5	0,1	3	0,03
D17 generalisierte Infektion	9	0,1	29	0,30
D18 umschriebene Infektion	3	0,0	1	0,01
D19 Zur Beobachtung	36	0,4	46	0,47
D20 Sonstiges	33	0,3	14	0,14
D25 Chromosomenanomalie	12	0,1	4	0,04
D26 and. multiple Mißbildungen	4	0,0	2	0,02
D27 Anenzephalus				
D28 Neuralrohrdefekt				
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie	1	0,0		
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals	3	0,0		
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	5	0,1	5	0,05
D32 Anomalie Respirationstrakt				
D33 Gaumen- und Lippenspalten	11	0,1	5	0,05
D34 Anomalie Ösophagus/Magen				
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas				
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	3	0,0		
D37 Anomalie Genitalorgane	1	0,0		
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	5	0,1	2	0,02
D39 Zwerchfellmißbildung	1	0,0		
D40 Gastroschisis/Omphalozele				
D41 Anomalie Körperdecke				
D42 Hernien				
D43 biomechanische Verformung	1	0,0		
D44 andere Anomalie	6	0,1	2	0,02

Bei Morbidität: n= alle Morbiditäten (Mehrfachnennungen waren möglich)

Bei Verlegungsgrund: n= alle Hauptverlegungsgründe (nur eine Nennung war möglich)

Prozente beziehen sich auf alle 9.806 Geburten, sowohl bei „Morbidität“ als auch bei „Verlegungsgrund“.

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

Auffällig ist, dass *Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02* insgesamt 49 mal als Verlegungsgrund dokumentiert wurde (genau 0,5% aller Geburten), im Gegensatz zu 36 Verlegungen im Vorjahr (0,4% aller Geburten).

Einen Anstieg hat es auch bei *Ikterus D06* gegeben: waren es noch 2002 insgesamt 17 Verlegungsfälle (oder 0,2% aller Geburten), wurden im Jahr 2003 26 Fälle gezählt (oder genau 0,27% aller Geburten).

Generalisierte Infektion D17 wurde in 29 Fällen als Verlegungsgrund genannt und ist mit 0,3% aller Geburten gleichbleibend.

Reanimationsmaßnahmen (nicht in einer Tabelle dargestellt) wurden im Jahr 2003 bei 480 Kindern oder 4,9% aller Neugeborenen und damit häufiger als im Vorjahr durchgeführt (2002: 379 Kindern oder 4% aller Neugeborenen).

In der folgenden Auflistung waren Mehrfachnennungen möglich: Die Intubation wurde insgesamt in 15 Fällen durchgeführt (2002: 12 Fälle), eine Maskenbeatmung wurde 73 mal eingesetzt (2002: 66 mal) und 24 mal die Mund-zu-Mund Beatmung (2002: 32 mal). In 389 Fällen wurde die Sauerstoffdusche benutzt (2002: 300 Fälle). „Sonstiges“ wurde 67 mal angekreuzt (2002: 46 mal).

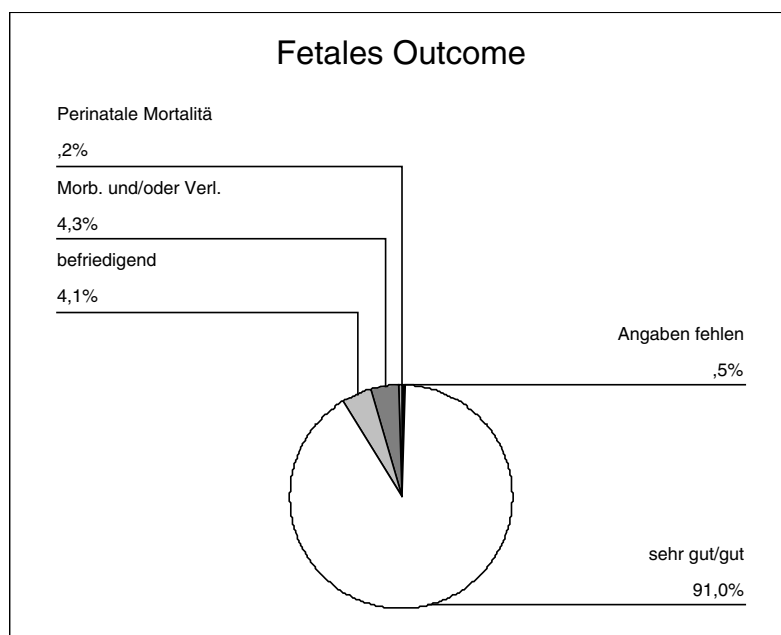
2.3.2.2 Outcome

Das wichtigste Ziel der Geburtshilfe unabhängig vom Geburtsort, ist ein positives Fetal Outcome. Für die Darlegung des 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 nachfolgenden Text erläutert wird.

Abbildung 15



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Die obige Grafik zeigt, dass 91% aller Kinder – und damit etwas weniger als im Vorjahr (2002: 91,9% aller Geburten) – in einem *guten bis sehr guten Zustand* geboren wurden, bei gleichbleibendem Anteil fehlender Angaben (0,5% aller Geburten). Für die Beurteilung dieser Kinder wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Guter bis sehr guter Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 9.784 Kinder oder 99,8% aller Geburten)
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik (gilt für 9.561 Kinder oder 97,5% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.476 Kinder oder 96,6% aller Geburten)
- keine Reanimationsmaßnahmen (gilt für 9.320 Kinder oder 95,0% aller Geburten)
- gemäß Tragzeit reif geboren (gilt für 9.622 Kinder oder 98,1% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8 (gilt für 9.639 Kinder oder 98,3% aller Geburten)

Insgesamt 4,1% aller Kinder (im Vorjahr 3,6%) hatten einen *befriedigenden Zustand* nach der Geburt. Dieser Wert ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,5% gestiegen.

Für diese Beurteilung wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Befriedigender Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 9.784 Kinder oder 99,8% aller Geburten)
- keine Verlegung des Kindes in eine Kinderklinik (gilt für 9.561 Kinder oder 97,5% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.476 Kinder oder 96,6% aller Geburten)

und mindestens *eine* dieser Angaben:

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt (gilt für 480 Kindern oder 4,9% aller Neugeborenen)
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren (gilt für 174 Kinder oder 1,8% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8 (gilt für 439 Kinder oder 0,4% aller Geburten)

In die Gruppe mit *Morbiditäten und/oder Verlegungen* in eine Kinderklinik wurden 4,3% aller Kinder (3,9% im Vorjahr) eingestuft.

In dieser Gruppe wurden lediglich Kinder mit Angaben zur kindlichen Morbidität (mindestens ein Eintrag in Katalog D, dies gilt für 330 Kinder oder 3,4% aller Geburten im Jahr 2003) oder mit Verlegung in eine Kinderklinik (dies gilt für 242 Kinder oder 2,5% aller Geburten im Jahr 2003) berücksichtigt. Perinatale Mortalität im Gesamtkollektiv des Jahres 2003 trifft – wie bereits dargestellt – auf 17 Kinder oder genau 0,17% aller Geburten zu (2002: 19 Kinder oder genau 0,20% aller Geburten).

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	
		während Transport	außerklinisch	klinisch		
Angaben fehlen	Anzahl		40	9	49	
	Zeilen-%		81,6%	18,4%	100,0%	
	Spalten-%		,5%	,7%	,5%	
	Gesamt-%		,4%	,1%	,5%	
	sehr gut/gut	Anzahl	3	7913	1008	8924
		Zeilen-%	,0%	88,7%	11,3%	100,0%
		Spalten-%	100,0%	92,6%	80,2%	91,0%
		Gesamt-%	,0%	80,7%	10,3%	91,0%
	befriedigend	Anzahl		303	95	398
		Zeilen-%		76,1%	23,9%	100,0%
		Spalten-%		3,5%	7,6%	4,1%
		Gesamt-%		3,1%	1,0%	4,1%
Morb. und/oder Verl.	Anzahl		278	140	418	
	Zeilen-%		66,5%	33,5%	100,0%	
	Spalten-%		3,3%	11,1%	4,3%	
	Gesamt-%		2,8%	1,4%	4,3%	
Perinatale Mortalität	Anzahl		12	5	17	
	Zeilen-%		70,6%	29,4%	100,0%	
	Spalten-%		,1%	,4%	,2%	
	Gesamt-%		,1%	,1%	,2%	
Anzahl		3	8546	1257	9806	
Zeilen-%		,0%	87,2%	12,8%	100,0%	
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Gesamt-%		,0%	87,2%	12,8%	100,0%	

n= 9806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Ein Vergleich von außerklinischer und klinischer Geburtshilfe ist nicht möglich, da in der außerklinischen Geburtshilfe eher „normale“ Geburten erfolgen und im klinischen Bereich eher die „Problemgeburten“ stattfinden sollten. Die Gegenüberstellung dient dazu, Entscheidungen für den letztendlichen Geburtsort in Bezug auf das Wohlergehen des Neugeborenen nachzuvollziehen.

Schaut man nur auf die Spalte der außerklinischen Geburten, so fällt der erwartete, wie im Vorjahr kleine Anteil an Kindern auf, die in die Rubriken „befriedigend“ (3,5% des außerklinischen Kollektivs im Jahr 2003; 3,1% im Vorjahr) und „Morb. und/oder Verl.“ fallen (2003: 3,3% des außerklinischen Kollektivs; 3% im Jahr 2002). Die Anzahl der nicht verwertbaren Angaben könnte noch stärker sinken. Aus der Tabelle lässt sich weiterhin ersehen, dass 12 der 17 verstorbenen Kinder in einer außerklinischen Einrichtung geboren und dort verstorben sind (2002: 13 der insgesamt 19 verstorbenen Kinder). Siehe weitere Ausführungen zur perinatalen Mortalität unter Punkt 2.3.1.

Vergleicht man das Klinikkollektiv mit dem außerklinischen Kollektiv, so liegt der Anteil an Kindern mit sehr gutem bis gutem Outcome erwartungsgemäß niedriger als im außerklinischen Kollektiv. Für diejenigen Neugeborenen, die trotz schlechterer Outcome-Werte im außerklinischen Geburtsort geboren wurden, besagen die Zahlen nicht, ob sie im Geburtsort Klinik eine weiter optimierte Behandlung hätten erfahren können. Ebenso besagt die Kategorie „Morb. und/oder Verl.“ nichts über die Vermeidbarkeit der Morbidität aus. In den Prozent zu diesem Punkt von 2,8% aller Geburten sind auch alle Kinder berücksichtigt, die lediglich zur Beobachtung verlegt wurden.

2.3.3 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, die den Zustand von Mutter und Kind nach der Geburt abbildet.

Hierzu wird eine Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Auffällige Mutter

- mütterliche Problematik postpartal (gilt für 452 Mütter oder 4,6% aller Geburten)
- Verlegung postpartal (außer zur Nahtversorgung) (gilt für 223 Mütter oder 2,3% aller Geburten)

Unauffällige Mutter

- die oben beschriebenen Parameter treffen nicht zu (gilt für 9.296 Mütter oder 94,8% aller Geburten)

Auffälliges Neugeborenes

- in eine Klinik verlegt (gilt für 242 Kinder oder 2,5% aller Geburten)
- Morbiditäten vorhanden (gilt für 330 Kinder oder 3,4% aller Geburten)
- Verstorbenes Kind (gilt für 20 Kinder (drei dieser Kinder sind nach dem 7. Lebenstag verstorben, werden hier jedoch mitgezählt) oder 0,2% aller Geburten)

Unauffälliges Kind

- die genannten Parameter treffen nicht zu (gilt für 9.368 Kinder oder 95,5% aller Geburten)

Tabelle 50
Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

			Zustand der Mutter p.p.		Gesamt
			unauffällig	auffällig	
Zustand des Neugeborenen	unauffällig	Anzahl	8903	465	9368
		Gesamt-%	90,8%	4,7%	95,5%
	auffällig	Anzahl	393	45	438
		Gesamt-%	4,0%	,5%	4,5%
Gesamt	Anzahl		9296	510	9806
	Gesamt-%		94,8%	5,2%	100,0%

n= 9806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Insgesamt befanden sich 8.903 Mütter mit ihrem Kind oder 90,8% aller Geburten – und damit vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis (90,7% aller Geburten) – nach der Geburt in einem unauffälligen, d. h. guten Gesundheitszustand. Bei 45 der betreuten Geburten (0,5% aller Geburten gegenüber 43 der betreuten Geburten oder ebenfalls 0,5% 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 (465 Fälle oder 4,7% zu 4,9% im Jahr 2002), als der umgekehrte Fall (auffälliges Kind und gesunde Mutter: (393 Fälle oder 4,0% im Jahr 2003 zu 3,7% im Jahr 2002). Beide Prozentsätze sind mit den Vorjahreswerten vergleichbar.

Die Rate der – nach obiger Definition – auffälligen Kindern beträgt 4,5% (n=438) gegenüber 4,1% im Vorjahr. Hier sind auch alle diejenigen Kinder enthalten, die lediglich zur Beobachtung verlegt wurden. Zur Rate der auffälligen Müttern von 5,2% aller Gebärenden (510 Gebärende; gegenüber 5,4% aller Gebärenden im Vorjahr) zählt auch der Verlegungsgrund „Sonstiges“ (39 mal genannt). In der Regel werden unter „Sonstiges“ kleinere Verletzungen wie Schürfungen oder Blutungen zwischen 500 und 1000 ml dokumentiert. Beide Raten sind im Vergleich ähnlich geblieben.

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 gefährdet sind, allerdings haben sich die Faktoren Alter und Zustand nach Sectio geändert. Die Menge der Risikoeinträge stieg in den beiden Gruppen Hausgeburten und Geburtshausgeburten, doch wirkte sich besonders der steigende Anteil an Geburten in anderen außerklinischen Institutionen auf die Erhöhung der Risikoeinträge aus, da deren Klientel wiederum einen wachsenden Anteil an „Risikoschwangeren“ zu verzeichnen hat.

Auch 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. Doch mangelt es an einem Instrument, um das Risiko zu messen und diese Annahme zu bestätigen.

Insgesamt hatten 46,2% aller Frauen, die nicht in der Klinik entbunden wurden, Befunde laut Katalog C aufzuweisen, während dies im Jahr 2002 auf 45,9% der Frauen zutraf (siehe Tabelle 39). Hier mag der Eintrag „Übertragung ab errechnetem Geburtstermin“ zur Erhöhung beigetragen haben, der als solcher noch kein Risiko angibt. Allerdings lässt sich keine Verbesserung des fetalen Outcome aller Kinder erkennen (2003: 91% aller Geburten gegenüber 91,9% im Jahr 2002), wie sie im Vorjahr trotz steigender Risikodokumentation auftrat.

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 die Stellungnahme der Hebammenverbände „Hebammengeleitete Geburtshilfe – Kriterien für die Auswahl des Geburtsortes“) unterstützt.

Vor diesem Hintergrund steht folgende kurze Darstellung zentraler Ergebnisse der Zwillinge.

Im Jahr 2003 gab es 20 dokumentierte Geminigeburten mit 40 Kindern, gegenüber dem Vorjahr mit 15 betreuten Geminigeburten.

Von den 20 Geminigeburten fanden alle 9 geplanten Hausgeburten zu Hause statt, 2 waren geplante und durchgeführte Entbindungen im Geburtshaus, Eine Geburt war allerdings eine geplante Klinikgeburt und fand als Hausgeburt statt. Bei einer zu Hause durchgeführten Geburt war der Geburtsort vorher noch nicht entschieden gewesen. Genau 2 Geburten wurden wie geplant in einer anderen außerklinischen Institution durchgeführt. Alle übrigen 5 Geburten waren außerklinisch begonnen worden, fanden aber nach Verlegung in der Klinik statt. Im Jahr 2002 gab es drei Umentscheidungen, dagegen im Jahr 2003 nur eine Umentscheidung. Gerade bei Zwillingsgeburten ist eine verlässliche Planung besonders wichtig.

Bei der Geburt von 32 Kindern war eine zweite Hebamme anwesend. Zur Geburt von 8 Kindern wurde zusätzlich ein Arzt/ eine Ärztin gerufen. Bei der Geburt von 4 Kindern war allein ärztliche Hilfe zugegen. Damit hatten 36 Neugeborenen zusätzliche Hilfe bei der Geburt, 4 Kinder nicht. Im Jahr 2002 hatten alle 30 Neugeborenen zusätzliche Hilfe bei der Geburt.

Von den 20 Schwangeren im Jahr 2003 waren sechs Frauen Erstgebärende, fünf Frauen Zweitgebärende und neun Frauen Dritt- und Mehrgebärende. Vier der sechs Erstgebärenden hatten die Hausgeburt gewählt. Dagegen die Zahlen vom Jahr 2002: Von den 15 Schwangeren war nur 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 18 Frauen, die den geplanten Geburtsort mit „außerklinisch“ angegeben haben, aufgetreten (Mehrfachnennungen waren möglich): Acht Schwangere waren *älter als 35 Jahre (A 14)*. Für vier Frauen sind *Familiäre Belastung A01* dokumentiert. Bei jeweils zwei Schwangeren wurde *Anamnestiche Erkrankung A02*, *Vielgebärende A15* sowie *Zustand nach mehr als 2 Aborten/Abbrüchen* eingetragen. Jeweils einmal wurden *Allergie A04*, *Zustand nach Sterilitätsbehandlung A16* sowie *Rasche Schwangerschaftsfolge A25* angegeben. Nach Katalog B gab es in der Gruppe, die den außerklinischen Geburtsort geplant hatte, außer zur bestehenden *Mehrlingsschwangerschaft B35* einen Eintrag zur *Lageanomalie B51*. Bei (jeweils) zwei Geburten fanden sich die Einträge *Besondere soziale Belastung B31*, *Blutungen vor der 28. Schwangerschaftswoche B32*, *Vorzeitige Wehentätigkeit B41*, *Hypotonie B49* und *andere Besonderheiten B52*. Bei vier der 36 Geburten in dieser Gruppe wurde *Anämie B42* dokumentiert.

Zur Geburt der insgesamt 36 Kinder mit einem geplanten außerklinischen Geburtsort wurden nach Katalog C – außer der bestehenden Mehrlingsschwangerschaft – folgende Befunde erhoben (Mehrfachnennungen waren möglich): *Vorzeitiger Blasensprung C60* in 7 Fällen, *Überschreitung des Termins C61* bei 2 Ungeborenen, *Frühgeburt C63* bei 6 Kindern, *Vorzeitige Plazentalösung C71* in drei Fällen, *Grünes Fruchtwasser C78* in zwei Fällen, *Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C82* bei 7 Ungeborenen, *Querlage/Schräglage C86* in 3 Fällen, *Beckenendlage C87* bei 2 Kindern, *Hintere Hinterhauptslage C88* bei einem Kind, *Sonstige regelwidrige Schädellage C93* in einem Fall sowie *Sonstiges C94* bei zwei Kindern.

Zwei der insgesamt 40 Kinder wogen 2.100g bzw. 2.150g. Alle anderen Kinder wogen zwischen 2.340g und 3.740g.

Sechs Kinder wurden vor der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche geboren. Alle anderen Kinder kamen vor Abschluss der 41. Schwangerschaftswoche auf die Welt. Bis auf zwei sind alle Kinder lebensfrisch geboren. Der Apgar-Wert nach 5 Minuten lag bei einem außerklinisch geborenen Kind bei 3, bei einem weiteren bei 7, ein Kind hatte einen akzeptablen Apgar von 8 und in weiteren 26 Fällen von 9 bzw. 10. Eine fehlende Angabe ist zu verzeichnen. Keines der Kinder verstarb nach der Geburt.

Ein außerklinisch geborenes Kind wurde postpartal in eine Kinderklinik verlegt. Als Verlegungsgründe wurden *Asphyxie D02* und *Schockzustand D05* angegeben. Bei vier Kindern wurde nach einer klinischen Geburt wegen *Unreife D01* bzw. *Atemnotsyndrom D03* eine Verlegung vorgenommen.

In insgesamt 4 Fällen traten bei den Frauen nach der Geburt Probleme auf: In zwei Fällen kam es zu *Blutung u. Plazentalösungsstörungen* und in 2 Fällen (bei einer Geburt) wurde eine *Blutung über 1.000 ml* dokumentiert. Verlegt wurde eine Frau.

Es ist anzuraten, eine gesonderte Studie zu außerklinischen Geminigeburten im europäischen Raum zu konzipieren, um eine adäquate Vergleichsmenge zu finden.

3 Abschließende Diskussion

3.1 Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 9.806 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2003 ein gutes Outcome sowie eine hohe Ergebnisqualität der geleisteten Geburtshilfe durch die an der Dokumentation beteiligten Hebammen und Einrichtungen. An Hand der validen Daten zur Verlegung, 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 – trotz des weiter gestiegenen Risikoeinträge für die Schwangerschaft und die Geburtssituation. Allerdings ist im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang bei dem Anteil der guten bis sehr guten Werte in der allgemeinen Beurteilung des fetalen Outcome zu verzeichnen. Ob diese Veränderung auf die veränderte Zusammensetzung des Gesamtkollektivs (verstärkt risikoreichere Geburten aus anderen außerklinischen Institutionen) zurückzuführen ist, kann nur eine gesonderte Studie zeigen. 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. Die Vermeidbarkeit perinataler Mortalität in der außerklinischen Geburtshilfe ist schwer einzuschätzen. In vier Fällen von insgesamt sechs vorgeburtlichen Todesfällen verstarb das Ungeborene in der Schwangerschaft vor Ankunft der Hebamme zur Geburt, davon sind für drei Fälle gravierende Missbildungen des Kindes beschrieben. Beide während der Geburt verstorbenen Kinder wiesen gravierende Missbildungen auf, ebenso drei von neun nach der Geburt gestorbene Kinder.

Die Frage, war die Geburt zum Zeitpunkt des tatsächlichen Geburtsbeginns (bspw. bei den drei Geburten vor der 36. Schwangerschaftswoche) wirklich als außerklinische Geburt geplant, muss bei einer Überarbeitung des Dokumentationsbogens beantwortbar werden. Ebenso muss auch der Fall ersichtlich werden, in dem sich Eltern eines nicht lebensfähigen Ungeborenen bewusst zur außerklinischen Geburt entschließen.

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

Die geburtshilflichen Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe stehen im Kontext einer bereits in der Schwangerschaft beginnenden Betreuung. Neben der etablierten Vorsorgeuntersuchung durch Ärzte und Ärztinnen kommt der vermehrten Vorsorge durch Hebammen eine eigene Bedeutung zu. Um sich ein Bild von der Schwangerschaft zu machen, ist eine selbst durchgeführte Vorsorgeuntersuchung nach vorgeschriebenem Muster nicht nötig, aber sie kann Befunde beitragen, die zur Planung einer außerklinischen Geburt notwendig sind. Das größere Angebot an Vorsorgeuntersuchungen durch außerklinisch tätige Hebammen ist als Steigerung ihrer Betreuungsqualität anzusehen.

Eine in etwa gleichbleibende Rate von 82% 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 gewisser Hinsicht hat sich die Geburtshilfe gegenüber den ausgesprochen positiven Vorjahresergebnissen des Vorjahres noch verbessert. Ein Indikator ist das gleichbleibend gute Outcome bei Mutter und Kind trotz steigender Risikoeinträge vor der Geburt. Zu nennen ist aber auch die stagnierende Zahl der durchgeführten Kaiserschnitte – ein Zeichen dafür, dass auch nach einer Verlegung die Geburt auf natürlichem Weg angestrebt wird.

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 seltenere Hinzuziehung von zwei Hilfspersonen (aus dem ärztlichen und dem Hebammenbereich).

Es gibt wenige kritisch anzumerkende Ergebnisse wie die weiterhin stattfindende Betreuung von Zwillingsgeburten und Beckenendlagegeburten. Doch sind diese nur in ganz geringer Anzahl in der außerklinischen Geburtshilfe anzutreffen. Hier sollte im Einzelfall geprüft werden, wie die Entscheidung zur außerklinischen Geburt zu Stande gekommen ist (inwieweit bspw. neue Hebammen mit anderen geburtshilflichen Vorstellungen an der Dokumentation teilgenommen haben).

Für die Betreuung nach der Geburt können für das Jahr 2003 positive Ergebnisse bescheinigt werden. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die postpartalen Verlegungen nach einer außerklinischen Geburt leicht zurückgegangen sind und insgesamt das Fetal Outcome auf dem sehr guten Stand vom Jahr 2002 gehalten werden konnte.

Die Rate der perinatal verstorbenen Kinder hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht gesenkt, wobei ein Vergleich mit einem außerklinischen Kollektiv eines anderen europäischen Landes wünschenswert wäre.

3.2 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 (über den Weg des Qualitätsmanagements) 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 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 außerklinischen Geburten ist dabei angestrebt. Als „invasiv“ wurden im Jahr 2003 genau 63,8% eingestuft (im Vorjahr lag der Wert bei 63,3%). Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr demnach ganz leicht gestiegen. Die Rate könnte fallen, wenn in Hebammenkreisen darüber ein Konsens hergestellt wird, dass Homöopatika in ähnlich strengen Grenzen wie allopathische Mittel eingesetzt werden sollten. Derzeit erhalten etwa die Hälfte aller Gebärenden Homöopatika als begleitende Maßnahmen. Diese Offenlegung verbessert die Chance, dass außerklinisch arbeitende Hebammen ihre Maßnahmen sich selbst gegenüber bewusst begründen und im Einzelfall überdenken.

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

In der außerklinischen Geburtshilfe besteht der Anspruch, dieses Ziel mit Hilfe einer individuellen Betreuung, die sich an den Bedürfnissen der Mutter und somit auch des Kindes ausrichtet, zu erreichen. Eine geduldige und abwartende Haltung der Hebamme vermeidet die Auslösung von Stressfaktoren für Mutter und Kind unter der Geburt. Bereits während der Schwangerschaftsbegleitung werden Befunde, die das Fetale Outcome negativ beeinflussen könnten, berücksichtigt und führen zu einer rechtzeitigen Empfehlung für eine Klinikgeburt. Trotzdem gibt es Einzelfallentscheidungen, die – bei besonderen Umständen auf Wunsch der Frau – zu einer außerklinischen Geburt führen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Fetal Outcome bei 91% aller Kinder des Jahres 2003 nach der Geburt (im Vergleich zu dem schon sehr guten Ergebnis von 91,9% 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. Diese müsste das Zeitmanagement (Ankunft der Hebamme in Bezug auf Wehenbeginn, Anwesenheitszeit, Dauer der verschiedenen Geburtsperioden, Verlegungszeitpunkt) in Bezug zum fetalen Outcome setzen.

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 eine Betreuung darstellen, die am Normalen, Gesunden ansetzt und damit auf Dauer zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beiträgt. Anhand der aufgezeigten 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 relativ 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 der 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.

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 2002 und 2003 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 durch Hebammen weiter auszubauen oder das Risikokonzept zu überdenken, wird die 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 Beteiligter 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 die 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 460 Personen im Jahr 2002 auf 480 Mitglieder im Jahr 2003 weiter gestiegen ist, können die Hebammenverbände zuversichtlich sein, dass das Engagement der außerklinisch tätigen Hebammen weiter zunehmen wird.

Nach fünf Jahren Erhebung außerklinischer Geburten liegen nun ausreichend Zahlen vor, um über die langfristige Erstellung von Qualitätsindikatoren nachzudenken. Dafür werden vorab Auswertungen zu Grunde gelegt, die im Ergebnis den im Bericht formulierten Outcome-Kriterien für Mutter und Kind entsprechen.

Ausgewertet werden sollen unter anderem folgende Konstellationen:

- Alter der Erstgebärende unterschieden nach ≥ 35 -40 Jahre; >40 Jahre. Beide Gruppen sollen im Outcome von Mutter und Kind verglichen werden.
- Vorzeitiger Blasensprung ≥ 24 Stunden und Outcome von Mutter und Kind
- Terminüberschreitung >10 Tage bzw. > 14 Tage und Outcome von Mutter und Kind
- Protrahierte Geburt in der Eröffnungsphase gegenüber Verzögerungen in der Austreibungsphase und Outcome von Mutter und Kind

Die Sonderauswertungen sind für das erste Quartal 2005 geplant und die Ergebnisse sollen in den Verbänden diskutiert werden. Aus den Ergebnissen und den Gesprächen heraus werden dann die Qualitätsindikatoren entwickelt.

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 weiteren Erhebungen, leistet Öffentlichkeitsarbeit, nimmt aktiv an der Diskussion um außerklinische Geburten teil und verwendet als Argumentationshilfe die Ergebnisse der Erhebung.

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

Darüber hinaus soll die hebammenspezifische Qualität der geleisteten Geburtshilfe herausgearbeitet werden, die mit dem Ansatz „low tech and high touch“ (Schücking) 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 methodisch-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 2003 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 weiter oben genannten 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.

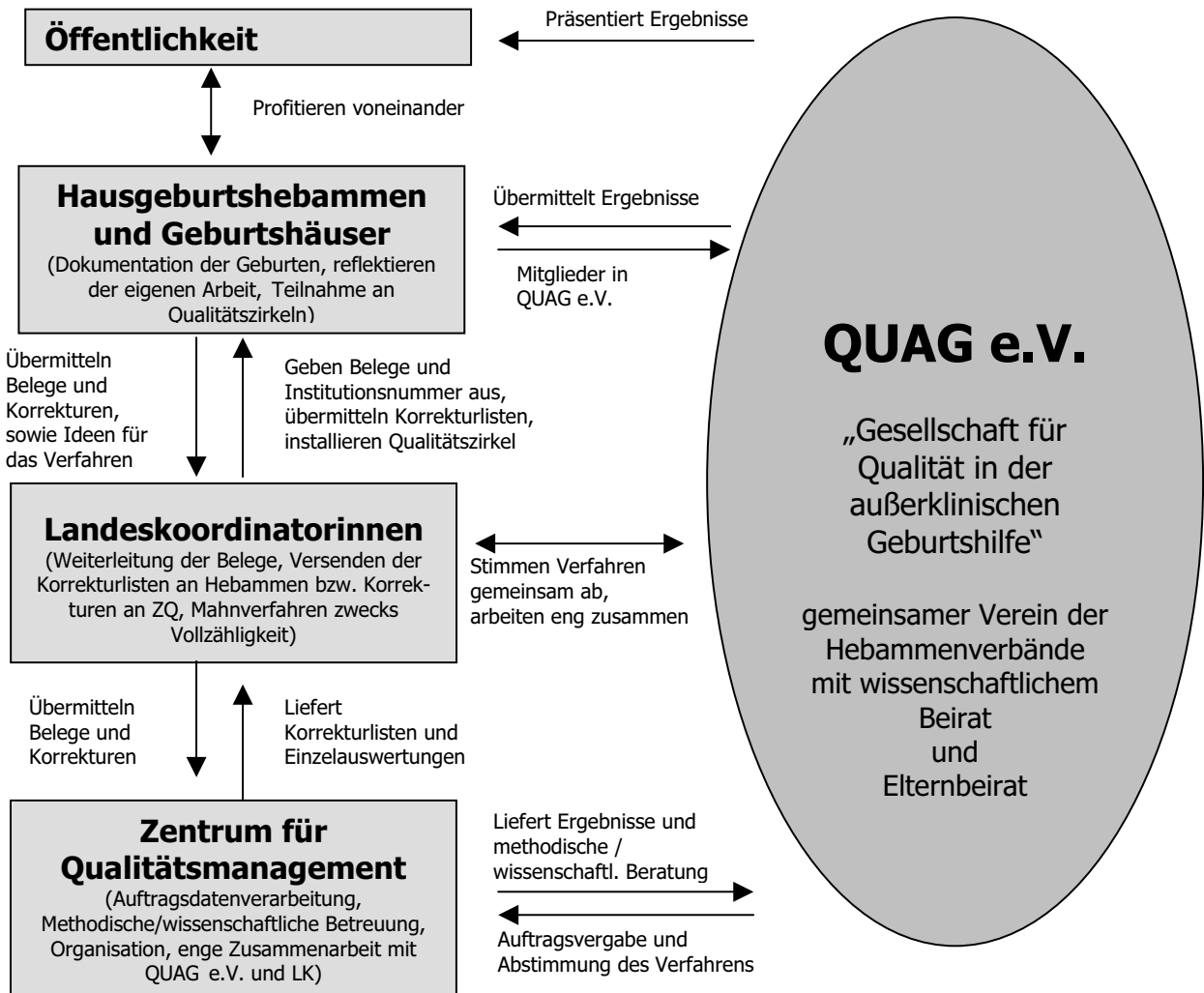
Das Einbeziehen von Eltern in den Beirat ist wichtige Zukunftsarbeit. Die Eltern sollen als Ziel ernst genommen und in die Arbeit eingebunden werden, damit der Blickwinkel, die Sprache und die Außenwirkung von Hebammen entsprechend überdacht und ggf. geändert werden kann. Um den eher inhaltlich wissenschaftlich 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 Geburten⁷.

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 zur Anzahl der in Deutschland arbeitenden freiberuflichen Hebammen 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.

Für 2002 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 2003 zu den Geburtenzahlen in deutschen Krankenhäusern lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht vor.

⁷ Siehe dazu die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes.

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 bei ca. 500 Geburten bundesweit.

Die Hebammen und Geburtshäuser, die bisher an der Datenerhebung teilnehmen, lieferten vollständig ausgefüllte Bögen aller durchgeführten Geburten. 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 klinisch und außerklinisch

Jahr	Geborene Kinder in Deutschland incl. Verlegungen und Zwillinge	Davon in Krankenhäusern geborene Kinder incl. Verlegungen und Zwillinge	Differenz aus Spalte 2 und 3 (Annahme: nicht erfasste Klinikgeburten sind außerklinische Geburten)	Dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder incl. außerklinisch geborene Zwillinge
1999	773.862	763.669	10.193 = 1,32%	7.433 = 72,9%
2000	770.053	759.488	10.565 = 1,37%	7.644 = 72,4%
2001	737.360	727.315	10.045 = 1,36%	8.266 = 82,3%
2002	721.950	711.458	10.492 = 1,45%	8.238 = 78,8%
2003	709.420			8.617

(Quelle für Spalte 2 und 3: Statistisches Bundesamt, Quelle für Spalte 5: Datenerhebung QUAG e.V., die Zahlen der klinischen Geburten für 2003 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
	Hebamme	4324	44,1
	Geburtshaus	4213	43,0
	and. außerkl. Inst.	1028	10,5
	Arzt/Ärztin	241	2,5
	Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 52: Anzahl Geburten der einzelnen Einrichtungen

Institution			
		Häufigkeit	Prozent
	Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1616	16,5
	Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2474	25,2
	Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	234	2,4
	Geburtshaus	4213	43,0
	and. außerkl. Einr.	1028	10,5
	Arzt/Ärztin	241	2,5
	Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten). „Hebamme“ bezieht sich auf Hausgeburtshebamme

Tabelle 53: Alter und Parität

Alter der Gebärenden * Parität					
Alter der Gebärenden		Parität			Gesamt
		Erstgebärende	Zweitgebärende	Drittgebärende und mehr	
bis 17 J.	Anzahl	16			16
	Gesamt-%	,2%			,2%
18 - 34 J.	Anzahl	2859	2446	1170	6475
	Gesamt-%	29,2%	24,9%	11,9%	66,0%
35 - 39 J.	Anzahl	670	1029	1051	2750
	Gesamt-%	6,8%	10,5%	10,7%	28,0%
über 39 J.	Anzahl	92	167	304	563
	Gesamt-%	,9%	1,7%	3,1%	5,7%
Angabe fehlt	Anzahl		1	1	2
	Gesamt-%		,0%	,0%	,0%
Gesamt	Anzahl	3637	3643	2526	9806
	Gesamt-%	37,1%	37,2%	25,8%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 54: Hebammenerstkontakt

Hebammenerstkontakt in SSW * Parität

Hebammenerstkontakt in SSW		Parität		Gesamt
		Erstgebärende	Mehrgebärende	
bis 8. SSW	Anzahl	158	675	833
	Zeilen-%	19,0%	81,0%	100,0%
	Spalten-%	4,3%	10,9%	8,5%
	Gesamt-%	1,6%	6,9%	8,5%
9.-12. SSW	Anzahl	309	904	1213
	Zeilen-%	25,5%	74,5%	100,0%
	Spalten-%	8,5%	14,7%	12,4%
	Gesamt-%	3,2%	9,2%	12,4%
13.-16. SSW	Anzahl	408	1001	1409
	Zeilen-%	29,0%	71,0%	100,0%
	Spalten-%	11,2%	16,2%	14,4%
	Gesamt-%	4,2%	10,2%	14,4%
17.-20. SSW	Anzahl	749	1106	1855
	Zeilen-%	40,4%	59,6%	100,0%
	Spalten-%	20,6%	17,9%	18,9%
	Gesamt-%	7,6%	11,3%	18,9%
21.-24. SSW	Anzahl	630	747	1377
	Zeilen-%	45,8%	54,2%	100,0%
	Spalten-%	17,3%	12,1%	14,0%
	Gesamt-%	6,4%	7,6%	14,0%
25.-28. SSW	Anzahl	611	722	1333
	Zeilen-%	45,8%	54,2%	100,0%
	Spalten-%	16,8%	11,7%	13,6%
	Gesamt-%	6,2%	7,4%	13,6%
29.-32. SSW	Anzahl	490	567	1057
	Zeilen-%	46,4%	53,6%	100,0%
	Spalten-%	13,5%	9,2%	10,8%
	Gesamt-%	5,0%	5,8%	10,8%
nach 32. SSW	Anzahl	279	443	722
	Zeilen-%	38,6%	61,4%	100,0%
	Spalten-%	7,7%	7,2%	7,4%
	Gesamt-%	2,8%	4,5%	7,4%
Angabe fehlt	Anzahl	3	4	7
	Zeilen-%	42,9%	57,1%	100,0%
	Spalten-%	,1%	,1%	,1%
	Gesamt-%	,0%	,0%	,1%
Gesamt	Anzahl	3637	6169	9806
	Zeilen-%	37,1%	62,9%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	37,1%	62,9%	100,0%

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 55: Arzt/Ärztin gerufen und eingetroffen

Arzt gerufen * Arzt eingetroffen

Arzt gerufen		Arzt eingetroffen		Gesamt	
		nein	ja		
	Nein	Anzahl	8208		8208
		Zeilen-%	100,0%		100,0%
		Spalten-%	99,6%		83,7%
		Gesamt-%	83,7%		83,7%
	Ja	Anzahl	30	1568	1598
		Zeilen-%	1,9%	98,1%	100,0%
		Spalten-%	,4%	100,0%	16,3%
		Gesamt-%	,3%	16,0%	16,3%
Gesamt	Anzahl	8238	1568	9806	
	Zeilen-%	84,0%	16,0%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	84,0%	16,0%	100,0%	

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 56: Schwangerschaftsbefunden nach Katalog A und/oder B

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dokumentiert	4040	41,2
nur anamnestische Risiken	4709	48,0
nur befundete Risiken	362	3,7
anamnestische u. befundete Risiken	695	7,1
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 57: Alle Schwangerschaftsbefunde nach Kat A

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
A01 Fam. Belastung	8524	86,9%	1282	13,1%
A02 Anamn. Erkrankung	9103	92,8%	703	7,2%
A03 Blutung,Thrombose	9693	98,8%	113	1,2%
A04 Allergie	7965	81,2%	1841	18,8%
A05 Frühere Bluttransfusionen	9742	99,3%	64	,7%
A06 Bes. psych. Belastung	9473	96,6%	333	3,4%
A07 Bes. soz. Belastung	9643	98,3%	163	1,7%
A08 Rhesus-Inkompatibilität.	9785	99,8%	21	,2%
A09 Diabetes mellitus	9786	99,8%	20	,2%
A10 Adipositas	9652	98,4%	154	1,6%
A11 Kleinwuchs	9794	99,9%	12	,1%
A12 Skelettanomalien	9635	98,3%	171	1,7%
A13 Schwangere <18 Jahre	9783	99,8%	23	,2%
A14 Schwangere >35 Jahre	7459	76,1%	2347	23,9%
A15 Vielgebärende	9702	98,9%	104	1,1%
A16 Zustand n. Steri.-behandlung	9700	98,9%	106	1,1%
A17 Zustand n. Frühgeburt(<37 SSW)	9712	99,0%	94	1,0%
A18 Zustand n. Mangelgeburt	9772	99,7%	34	,3%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	9381	95,7%	425	4,3%
A20 Totesgeschäd. Kind in Anamnese	9646	98,4%	160	1,6%
A21 Komplik. vorausgeg. Entbind.	9548	97,4%	258	2,6%
A22 Komplikationen post partum	9694	98,9%	112	1,1%
A23 Zustand nach Sectio	9452	96,4%	354	3,6%
A24 Zustand n. and. Uterus-Operationen	9683	98,7%	123	1,3%
A25 Rasche SS-Folge (< 1 Jahr)	9582	97,7%	224	2,3%
A26 And. Besonderheiten (anamn.)	9526	97,1%	280	2,9%
A54 Zustand nach HELLP	9802	100,0%	4	,0%
A55 Zustand nach Eklampsie	9803	100,0%	3	,0%
A56 Zustand nach Hypertonie	9802	100,0%	4	,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 58: Alle Schwangerschaftsbefunde nach Kat B

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B	Nein		Ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
B27 Behandl. Allgemeinerkrankungen	9782	99,8%	24	,2%
B28 Dauermedikation	9771	99,6%	35	,4%
B29 Abusus	9736	99,3%	70	,7%
B30 Bes. psych. Belastung	9751	99,4%	55	,6%
B31 Bes. soz. Belastung	9777	99,7%	29	,3%
B32 Blutungen < 28 SSW	9707	99,0%	99	1,0%
B33 Blutungen > 28 SSW	9792	99,9%	14	,1%
B34 Placenta praevia	9802	100,0%	4	,0%
B35 Mehrlings-Schwangerschaft	9806	100,0%		
B36 Hydramnion	9790	99,8%	16	,2%
B37 Oligohydramnie	9793	99,9%	13	,1%
B38 Terminunklarheit	9734	99,3%	72	,7%
B39 Placenta-Insuffizienz	9800	99,9%	6	,1%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	9763	99,6%	43	,4%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	9660	98,5%	146	1,5%
B42 Anämie	9753	99,5%	53	,5%
B43 Harnwegsinfektion	9796	99,9%	10	,1%
B44 Indirekter Coombstest positiv	9803	100,0%	3	,0%
B45 Risiko aus and. serolog. Befunden	9781	99,7%	25	,3%
B46 Hypertonie (> 140,90)	9760	99,5%	46	,5%
B47 Eiweißausscheidung >1 Promille	9798	99,9%	8	,1%
B48 Mittelgr.-schwere Ödeme	9771	99,6%	35	,4%
B49 Hypotonie	9794	99,9%	12	,1%
B50 Gestationsdiabetes	9769	99,6%	37	,4%
B51 Lageanomalie	9790	99,8%	16	,2%
B52 And.Besonderheiten	9711	99,0%	95	1,0%
B53 Hyperemesis	9796	99,9%	10	,1%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 59: Beendigung / Verlegung der Geburt

Verlegungen sub partu

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	3	,0
Außerkl. Geburt ohne s.p. Verlegung	8544	87,1
Außerkl. Geburt nach s.p. Verlegung	2	,0
Klinikgeburt nach Verlegung	1257	12,8
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 60: Verlegungen differenziert nach Parität und beteiligter Einrichtung

				Geburtsort * Beteiligte Einrichtung * Parität						
Parität		Geburtsort	während Transport	Beteiligte Einrichtung				Gesamt		
				Hebamme	Geburtsort	and. außerklin. Inst.	Arzt/Ärztin			
Erstgebärende	Geburtsort	während Transport	Anzahl		1			1		
			Zeilen-%		100,0%			100,0%		
			Spalten-%		,0%			,0%		
			Gesamt-%		,0%			,0%		
		außerklinisch	Anzahl	805	1496	331	127	2759		
			Zeilen-%	29,2%	54,2%	12,0%	4,6%	100,0%		
			Spalten-%	76,4%	73,7%	79,0%	94,8%	75,9%		
			Gesamt-%	22,1%	41,1%	9,1%	3,5%	75,9%		
		klinisch	Anzahl	249	533	88	7	877		
			Zeilen-%	28,4%	60,8%	10,0%	,8%	100,0%		
			Spalten-%	23,6%	26,3%	21,0%	5,2%	24,1%		
			Gesamt-%	6,8%	14,7%	2,4%	,2%	24,1%		
		Gesamt			Anzahl	1054	2030	419	134	3637
					Zeilen-%	29,0%	55,8%	11,5%	3,7%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	29,0%	55,8%	11,5%	3,7%	100,0%
Zweitgebärende	Geburtsort	während Transport	Anzahl		1			1		
			Zeilen-%		100,0%			100,0%		
			Spalten-%		,1%			,0%		
			Gesamt-%		,0%			,0%		
		außerklinisch	Anzahl	1566	1360	370	89	3385		
			Zeilen-%	46,3%	40,2%	10,9%	2,6%	100,0%		
			Spalten-%	93,0%	92,6%	92,0%	98,9%	92,9%		
			Gesamt-%	43,0%	37,3%	10,2%	2,4%	92,9%		
		klinisch	Anzahl	117	107	32	1	257		
			Zeilen-%	45,5%	41,6%	12,5%	,4%	100,0%		
			Spalten-%	7,0%	7,3%	8,0%	1,1%	7,1%		
			Gesamt-%	3,2%	2,9%	,9%	,0%	7,1%		
		Gesamt			Anzahl	1683	1468	402	90	3643
					Zeilen-%	46,2%	40,3%	11,0%	2,5%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	46,2%	40,3%	11,0%	2,5%	100,0%
Drittgebärende und mehr	Geburtsort	während Transport	Anzahl			1		1		
			Zeilen-%			100,0%		100,0%		
			Spalten-%			,5%		,0%		
			Gesamt-%			,0%		,0%		
		außerklinisch	Anzahl	1511	678	196	17	2402		
			Zeilen-%	62,9%	28,2%	8,2%	,7%	100,0%		
			Spalten-%	95,2%	94,8%	94,7%	100,0%	95,1%		
			Gesamt-%	59,8%	26,8%	7,8%	,7%	95,1%		
		klinisch	Anzahl	76	37	10		123		
			Zeilen-%	61,8%	30,1%	8,1%		100,0%		
			Spalten-%	4,8%	5,2%	4,8%		4,9%		
			Gesamt-%	3,0%	1,5%	,4%		4,9%		
		Gesamt			Anzahl	1587	715	207	17	2526
					Zeilen-%	62,8%	28,3%	8,2%	,7%	100,0%
					Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
					Gesamt-%	62,8%	28,3%	8,2%	,7%	100,0%

Gesamtkollektiv: n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 61: Gefahrene Kilometer zur Klinik

Gefahrene Kilometer zur Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
bis 10 km	868	69,1
11 bis 20 km	193	15,4
21 bis 30 km	93	7,4
31 bis 40 km	39	3,1
mehr als 40 km	20	1,6
Angabe fehlt	44	3,5
Gesamt	1257	100,0

n= 1.257 Transporte (alle Verlegungen in eine Klinik)

Tabelle 62: Zeit zwischen Transport und Übergabe

Transportbeginn bis Übergabe in Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	14	1,1
bis 15 Min.	646	51,4
16 bis 30 Min.	437	34,8
31 bis 60 Min.	139	11,1
1 bis 2 Std.	12	1,0
> 2 Std.	9	,7
Gesamt	1257	100,0

n= 1.257 Transporte (alle Verlegungen in eine Klinik)

Tabelle 63: Anzahl Geburtsrisiken

Geburtsrisiken: Anzahl		
	Häufigkeit	Prozent
keine	4279	43,6
ein	3726	38,0
zwei	1288	13,1
drei und mehr	513	5,2
Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 64: Geburtsmodus (4 Ausprägungen)

Geburtsmodus					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Angabe fehlt	2	,0	,0	,0
	Spontan	9098	92,8	92,8	92,8
	vaginal-operativ	247	2,5	2,5	95,3
	Sectio	459	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	9806	100,0	100,0	

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 65: Geburtsmodus der 105 Notfallverlegungen

Übergabe in Klinik bis Geburt * Geburtsmodus						
Übergabe in Klinik bis Geburt		Geburtsmodus				Gesamt
		Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl		1	1		2
	Zeilen-%		50,0%	50,0%		100,0%
	Spalten-%		5,6%	7,7%		1,9%
	Gesamt-%		1,0%	1,0%		1,9%
bis 1 Stunde	Anzahl	19	7	5	21	52
	Zeilen-%	36,5%	13,5%	9,6%	40,4%	100,0%
	Spalten-%	61,3%	38,9%	38,5%	48,8%	49,5%
	Gesamt-%	18,1%	6,7%	4,8%	20,0%	49,5%
1 bis 6 Std.	Anzahl	9	7	5	20	41
	Zeilen-%	22,0%	17,1%	12,2%	48,8%	100,0%
	Spalten-%	29,0%	38,9%	38,5%	46,5%	39,0%
	Gesamt-%	8,6%	6,7%	4,8%	19,0%	39,0%
6 bis 12 Std.	Anzahl	3	3	2		8
	Zeilen-%	37,5%	37,5%	25,0%		100,0%
	Spalten-%	9,7%	16,7%	15,4%		7,6%
	Gesamt-%	2,9%	2,9%	1,9%		7,6%
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl				2	2
	Zeilen-%				100,0%	100,0%
	Spalten-%				4,7%	1,9%
	Gesamt-%				1,9%	1,9%
Gesamt	Anzahl	31	18	13	43	105
	Zeilen-%	29,5%	17,1%	12,4%	41,0%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	29,5%	17,1%	12,4%	41,0%	100,0%

n= 105 Geburten (alle Notfallverlegungen)

Tabelle 66: Kinderarzt / ärztl. Notdienst gerufen

Kinderarzt/ärztlicher Notdienst gerufen			
		Häufigkeit	Prozent
	nein	8374	98,0
	ja	163	1,9
	Angabe fehlt	9	,1
	Gesamt	8546	100,0

n= 8.546 Geburten (alle außerklinisch beendeten Geburten)

Tabelle 67: Geburtsverletzungen

Geburtsverletzungen			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	4940	50,4
	Ja	4866	49,6
	Gesamt	9806	100,0

n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)

Tabelle 68: Dammriss ersten Grades

Dammriss I°			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	7940	81,0
	Ja	1866	19,0
	Gesamt	9806	100,0

Tabelle 69: Dammriss zweiten Grades

Dammriss II°			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	8291	84,6
	Ja	1515	15,4
	Gesamt	9806	100,0

Tabelle 70: Dammriss dritten und vierten Grades

Dammriss III°-IV°			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	9736	99,3
	Ja	70	,7
	Gesamt	9806	100,0

Tabelle 71: Episiotomie

Episiotomie			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	9153	93,3
	Ja	653	6,7
	Gesamt	9806	100,0

Tabelle 72: andere nahtpflichtige Dammrisse

and. nahtpflichtige Risse			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	8819	89,9
	Ja	987	10,1
	Gesamt	9806	100,0

Für Tabelle 68–72 gilt: n= 9.806 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten)