

Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe in den Jahren 2001 und 2002 in Hessen

Einführung zu den Statistiken

Auch in diesem Jahr möchten wir - ergänzend zu den Perinataldaten der stationären hessischen Geburten - die Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe in Hessen darstellen. Damit verbunden soll auch erneut die Gegenüberstellung selektierter Kollektive beider Bereiche erfolgen. Ziel dabei ist es, Unterschiede in risikoähnlichen Vergleichskollektiven aufzuzeigen.

Die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten im Fachausschuss Perinatologie gestaltet sich weiterhin fachlich sachlich und trägt so zu einem verbesserten interdisziplinären Dialog bei. Den Hebammen, die außerklinische Geburten begleiten, liegt eine sehr gute Betreuungsqualität am Herzen. Denn für den mit 1,3% relativ geringen Anteil der außerklinischen Geburten bezogen auf die Gesamtgeburtenzahl in Deutschland sollen beste geburtshilfliche Ergebnisse für Mutter und Kind erzielt werden.

Die Verteilung der bundesweit erfassten außerklinischen Geburten auf die einzelnen Bundesländer kann Tab. 1 entnommen werden.

Bundesländer	1999	2000	2001	2002	
	N	N	N	N	% ¹
Baden-Württemberg	1086	995	1057	1043	1,0
Bayern	1833	1970	2150	2233	2,0
Berlin	1147	1172	1303	1237	4,3
Brandenburg	136	132	139	151	0,8
Bremen	173	158	134	156	3,1
Hamburg	312	271	318	277	1,7
Hessen	635	639	685	539	1,0
Mecklenburg-Vorpommern	98	88	75	97	0,7
Niedersachsen	843	779	905	907	1,2
Nordrhein-Westfalen	1049	1135	1104	1294	0,8
Rheinland-Pfalz	174	138	160	141	0,4
Saarland	17	24	17	10	0,1
Sachsen	115	138	158	82	0,3
Sachsen-Anhalt	403	514	578	597	3,3
Schleswig-Holstein	207	273	346	321	1,3
Thüringen	328	352	330	297	1,7
Außerklinische Geburten gesamt	8556	8778	9459	9382	1,3

Tab. 1: Verteilung der außerklinisch dokumentierten Geburten auf die einzelnen Bundesländer im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2002

¹ Prozentzahl bezogen auf die Gesamtgeburtenzahl des jeweiligen Bundeslandes

Für Deutschland kann in den letzten Jahren eine leichte Steigerung der außerklinisch dokumentierten Geburten verzeichnet werden. In einzelnen Bundesländern ist die Fallzahlerhöhung zwischen 1999 und 2002 deutlich erkennbar, während die Rate in anderen Bundesländern, z.B. in Hessen im Jahr 2002, rückläufig ist. Dies kann zum einen auf eine veränderte Nachfrage nach Hausgeburten hindeuten oder durch eine verbesserte bzw. geringere Teilnahme an der Datenerhebung begründet sein.

Weiterhin finden sich im Ländervergleich Unterschiede im Anteil der außerklinisch dokumentierten Geburten an der jeweiligen Gesamtgeburtenrate des Bundeslandes. In Berlin ist die Prozentzahl mit 4,3% am höchsten. Als Grund kann die Bevölkerungsstruktur dieses Stadtstaates angeführt werden. Aber auch in ländlichen Bundesländern, wie z.B. Sachsen-Anhalt findet man eine Rate über 3%. Hier scheint eine erhaltene Tradition von Hausgeburten vorzuliegen.

In Hessen sind insgesamt 2498 außerklinische Geburten in den vergangenen vier Jahren dokumentiert. Der größte Anteil dieser Geburten entfällt mit ca. 75% auf die in Hessen existierenden Geburtshäuser, von denen sich derzeit sieben Häuser an der Erhebung beteiligen (Bad Wildungen, Fulda, Hofgeismar, Idstein, Jugenheim, Kassel und Marburg). Darüber hinaus nehmen 29 Hausgeburtshilfen an dieser Qualitäts-sicherungsmaßnahme teil.

Zur Überprüfung der Vollständigkeit der dokumentierten außerklinischen Geburten auf Bundesebene erfolgt ein Abgleich mit Angaben des statistischen Bundesamtes (Tab. 2). Da das Hessische Statistische Landesamt nur die Daten der Frauen mit Wohnsitz in Hessen und Entbindung in einer hessischen Klinik erfasst, eignen sich diese Zahlen nicht für die Berechnung der Vollständigkeit außerklinisch erfasster Geburten in Hessen.

Jahr ²	Geborene Kinder in Deutschland ³	in deutschen Krankenhäusern geborene Kinder ³	Differenz aus Spalte 2 und 3 (Annahme: nicht erfasste Klinikgeburten sind außerklinische Geburten)	tatsächlich außerklinisch geborene und dokumentierte Kinder
1999	773 862	763 669	10 193 (1,3%)	7454 (76,1%)
2000	770 053	759 488	10 565 (1,4%)	7629 (72,2%)
2001	737 356	727 315	10 041 (1,4%)	8247 (82,1%)

Tab. 2: Geborene Kinder in Deutschland gesamt, klinisch und außerklinisch zwischen 1999 und 2001 sowie Vollständigkeitsrate der außerklinischen Dokumentation

² Die Zahlen für das Jahr 2002 werden erst im Dezember des Jahres 2003 veröffentlicht.

³ Angaben des statistischen Bundesamtes

Darstellungen der hessischen außerklinischen Geburten (Gesamtkollektiv) von 2001 und 2002

Die angegebenen Ergebnisse betreffen das gesamte Kollektiv der außerklinischen Geburten; es erfolgt keine Trennung nach dem tatsächlichen Geburtsort (Hausgeburt, Geburtshaus oder nach Verlegung in der Klinik). Die Prozentzahlen beziehen sich auf das Gesamtkollektiv des jeweiligen Jahrgangs.

In die Entscheidung für oder gegen eine außerklinische Geburt gehen viele, meist persönliche Gründe der Schwangeren ein. Jedoch kann nicht jede Frau mit dem Wunsch nach einer außerklinischen Geburt diese tatsächlich erleben, da die Hebamme Auswahlkriterien für die Entscheidung zu Grunde legt. Zur Unterstützung der Entscheidungsfindung haben die Hebammenverbände Empfehlungen unter dem Titel „Hebammengeleitete Geburtshilfe“ erarbeitet, welche die Hebammen entsprechend anwenden.

Im Durchschnitt ergänzen drei bis vier Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme die ärztliche Vorsorge, welche von den Schwangeren des außerklinischen Kollektivs in 97% wahrgenommen wird. Demzufolge kann die Hebamme schon in der Schwangerschaft den Verlauf einschätzen und die Entscheidung für oder gegen eine außerklinische Geburt mit der Frau gemeinsam treffen. Hierbei spielt die Anamnese der Frau eine wichtige Rolle, denn ein Teil der betreuten Frauen bringt anamnestische Befunde in die Schwangerschaft mit oder entwickelt Risiken im Verlauf der Schwangerschaft. Die häufigsten Einträge in den Jahren 2001 und 2002 sind in den Tab. 3 und Tab. 4 aufgezählt.

Kat. A	Anamnestischer Befund (Mehrfachnennungen möglich)	2001		2002	
		N	%	N	%
14	Schwangere über 35 Jahre	181	26,3	114	21,2
04	Allergie	112	16,3	69	12,8
01	Familiäre Belastung	59	8,6	57	10,6
02	Frühere eigene schwere Erkrankungen	33	4,8	30	5,6
19	Zustand nach ≥ 2 Aborten/Abbrüchen	28	4,1	21	3,9
23	Zustand nach Sectio	12	1,7	15	2,8

Tab. 3 Häufigkeit anamnestischer Risiken 2001 und 2002

Kat. B	Befundete Risiken (Mehrfachnennungen möglich)	2001		2002	
		N	%	N	%
41	Vorzeitige Wehentätigkeit	13	1,9	13	2,4
32	Blutungen vor der 28. Woche	5	0,7	6	1,1
40	Isthmozervikale Insuffizienz	4	0,6	7	1,3
29	Abusus	5	0,7	5	0,9
46	Hypertonie	4	0,6	2	0,4
50	Gestationsdiabetes	2	0,3	5	0,9

Tab. 4 Häufigkeit befundeter Risiken 2001 und 2002

Die geringe Zahl befundeter Risiken zeigt eine gute Selektion durch die betreuende Hebamme im Vorfeld einer außerklinischen Geburt. Stellen sich während der Schwangerschaft Geburtsrisiken ein, rät die Hebamme zu einer Geburt in der Klinik, um mögliche Folgerisiken zu minimieren und somit Mutter und Kind nicht zu gefährden. Trotzdem entwickeln sich unter der Geburt Risiken, die aber nicht in jedem Fall einer außerklinischen Geburtsbeendigung entgegenstehen (Tab. 5).

Kat. C	Geburtsrisiko (Mehrfachnennungen möglich)	2001		2002	
		N	%	N	%
60	Vorzeitiger Blasensprung	144	21,0	121	22,4
61	Terminüberschreitung	57	8,3	45	8,3
63	Frühgeburt / Mangelgeburt	5	0,7	4	0,7
64	Mehrlingsschwangerschaft	2	0,3	0	0,0
65	Plazentainsuffizienz	1	0,1	0	0,0
66	Gestose / Eklampsie	2	0,3	1	0,2
68	Diabetes mellitus	0	0,0	3	0,6
69	Zustand nach Sectio	21	3,1	20	3,7
71	Vorzeitige Plazentalösung	1	0,1	2	0,4
72	Sonstige uterine Blutungen	2	0,3	1	0,2
73	(Verdacht auf) Amnioninfektionssyndrom	2	0,3	2	0,4
74	Fieber unter der Geburt	0	0,0	1	0,2
75	Mütterliche Erkrankung	0	0,0	1	0,2
76	Mangelnde Kooperation der Mutter	2	0,6	1	0,2
77	Pathologisches CTG	43	6,3	22	4,1
78	Grünes Fruchtwasser	30	4,4	18	3,3
79	Azidose (festgestellt durch MBU)	1	0,1	0	0,0
80	Nabelschnurvorfal	1	0,1	0	0,0
81	V.a. sonstige Nabelschnurkomplikationen	4	0,6	4	0,7
82	Protrahierte Geburt (EP)	43	6,3	39	7,2
83	Protrahierte Geburt (AP)	16	2,3	12	2,2
84	Mißverhältnis Kopf – Becken	2	0,3	3	0,6
85	Drohende / erfolgte Uterusruptur	0	0,0	1	0,2
86	Querlage / Schräglage	2	0,3	0	0,0
87	Beckenendlage	3	0,4	6	1,1
88	Hintere Hinterhauptslage	15	2,2	10	1,9
89	Vorderhauptslage	4	0,6	3	0,6
90	Gesichts- / Stirmlage	0	0,0	1	0,2
91	Tiefer Querstand	2	0,3	0	0,0
92	Hoher Geradstand	10	1,5	10	1,9
93	Sonstige regelwidrige Schädelagen	6	0,9	4	0,7
95	HELPP	0	0,0	0	0,0
96	Intrauteriner Fruchttod	1	0,1	0	0,0
97	Pathologischer Dopplerbefund	0	0,0	0	0,0
98	Schulterdystokie	0	0,0	3	0,6
94	Sonstige Geburtsrisiken	8	1,2	3	0,6

Tab. 5 Häufigkeit von Geburtsrisiken 2001 und 2002; Ziffer 62 und 70 sind nicht aufgetreten

Bei 304 Frauen = 49,5% im Jahr 2001 sowie 240 Frauen = 44,5% im Jahr 2002 ist mind. ein Geburtsrisiko dokumentiert. Insgesamt fällt eine sehr geringe Risikobelastung der Gebärenden im außerklinischen Kollektiv auf. Jedoch kommt es in ca. 2% aller Fälle zu ungeplant außerklinisch beendeten Geburten, d.h. Frauen, die eigentlich nicht zu Hause entbinden wollten, werden dort von starken Wehen bzw. einer schnellen Geburt überrascht. Darüber hinaus muß bedacht werden, daß etwa 15% der Frauen im ausgewerteten Kollektiv unter der Geburt verlegt werden (Tab. 6).

	2001		2002	
	N	%	N	%
außerklinisch spontan entbunden	586	85,3	457	84,8
in Klinik verlegt und dort entbunden	101	14,7	82	15,2
Gesamtzahl	687		539	

Tab. 6 Häufigkeit der außerklinisch bzw. klinisch entbundenen Schwangeren 2001 und 2002

Die Verlegungsrate liegt bundesweit seit Jahren bei ca. 13% und wird in Hessen überschritten. Vermutlich liegt dies an dem hohen Anteil von Geburtshausgeburten, da aus diesen Einrichtungen erfahrungsgemäß häufiger verlegt wird als bei Hausgeburten.

Wenngleich bei 14 Frauen = 2,0% (2001) bzw. 8 Frauen = 1,5% (2002) eine Verlegung in Eile dokumentiert wird, zeigt die Auswertung der Hauptverlegungsgründe, daß es sich lediglich in Einzelfällen um wirkliche Notsituation gehandelt haben kann (Tab. 7; die Prozentwerte beziehen sich auf 101 bzw. 82 verlegte Frauen).

Kat. C	Hauptverlegungsgrund (Mehrfachnennungen nicht möglich)	2001		2002	
		N	%	N	%
60	Vorzeitiger Blasensprung	8	7,9	8	9,8
61	Terminüberschreitung	2	2,0	2	2,4
66	Gestose / Eklampsie	0	0,0	1	1,2
71	Vorzeitige Plazentalösung	1	1,0	1	1,2
72	Sonstige uterine Blutungen	2	2,0	0	0,0
73	Verdacht auf AIS	1	1,0	2	2,4
76	Mangelnde Kooperation der Mutter	1	1,0	1	1,2
77	Pathologisches CTG	24	23,8	11	13,4
78	Grünes Fruchtwasser	1	1,0	1	1,2
82	Protrahierte Geburt (EP)	36	35,6	31	37,8
83	Protrahierte Geburt (AP)	10	9,9	9	11,0
84	Mißverhältnis Kopf – Becken	1	1,0	2	2,4
85	Drohende / erfolgte Uterusruptur	0	0,0	1	1,2
86	Querlage / Schräglage	1	1,0	0	0,0
87	Beckenendlage	1	1,0	3	3,7
88	Hinter Hinterhauptslage	0	0,0	2	2,4
90	Gesichts- / Stirnlage	0	,00	1	1,2
92	Hoher Geradstand	6	5,9	4	4,9
93	Sonstige regelwidrige Schädellagen	1	1,0	2	2,4
E100	Auf Wunsch der Mutter	4	4,0	0	0,0

Tab. 7 Hauptgründe bei Verlegung der Schwangeren in die Klinik 2001 und 2002

Die häufigsten Risiken liegen in der protrahierten Eröffnungs- und Austreibungsphase, dem pathologischen CTG sowie dem vorzeitigen Blasensprung. Der relativ hohe Anteil der im Jahr 2001 dokumentierten Fälle mit pathologischem CTG sagt nichts über die tatsächliche Geburtssituation aus. Hierzu sollten in weitergehenden Betrachtungen mit Verlaufsdarstellungen der Geburten nähere Analysen durchgeführt werden. Erfreulich ist jedoch die im Vergleich zu den anderen Zahlen deutliche Abnahme dieses Risikos im Jahr 2002.

Trotz der genannten Verlegungsgründe oder Geburtsrisiken müssen die Frauen nicht innerhalb kürzester Zeit nach Verlegung in der Klinik entbunden werden. Auch eine Verlegung in Eile zieht nicht zwangsläufig die sofortige Geburt in der Klinik nach sich. In der bundesweiten Auswertung liegt die Zahl der in Not verlegten Gebärenden bei 1% und von diesen werden innerhalb einer Stunde nach Ankunft im Kreißaal nur 20% direkt entbunden. Der Mittelwert zwischen Klinikankunft und Geburt des Kindes liegt in Hessen 2001 bei 6,2 Stunden, im Jahr 2002 sogar bei 8,2 Stunden.

Weiterhin mündet nicht jede verlegte Geburt in einem pathologischen Verlauf und muß operativ beendet werden. Die Verteilung der Geburtsmodi ist in Tab. 8 dargestellt.

Geburtsmodus in der Klinik	2001		2002	
	N	%	N	%
spontan	57	56,4	37	45,1
vaginal-operativ	10	9,9	7	8,5
sekundäre Sectio	33	32,7	38	46,3
Modus unbekannt	1	1,0	0	0,0
Gesamtzahl der verlegten Frauen	101	100,0	82	100,0

Tab. 8: Verteilung der Geburtsmodi in der Klinik bei Verlegung der Frau unter der Geburt in den Jahren 2001 und 2002

Im Jahr 2002 fallen eine starke Abnahme der spontanen Geburten und eine deutliche Zunahme der sekundären Sectiones (32,7 auf 46,3%) auf. Auch die Sectorate im Gesamtkollektiv steigt von 4,8% auf 7,0% deutlich an. Betrachtet man die in Tab. 7 angegebenen Hauptverlegungsgründe, findet sich keine plausible Erklärung für diesen Sachverhalt.

Unabhängig vom Geburtsort wird bei 40 Entbundenen (5,8%) im Jahr 2001 eine Episiotomie gesetzt. Die Rate ist 2002 identisch (31 Frauen = 5,8%). Zugleich finden sich leichte Steigerungen in den Dammriß-Raten: DR I° (17,1% auf 18,4%), DR II° (17,5% auf 18,4%) und DR III°-IV° (0,0 auf 0,7%). 26 Frauen werden nur zur Nahtversorgung p.p. in eine Klinik gebracht.

Die Häufigkeit der post partalen Komplikationen ist in Tab. 9 dargestellt. Diese Auswertung beschränkt sich jedoch auf die außerklinisch beendeten Geburten; die unter der Geburt verlegten Schwangeren sind nicht berücksichtigt.

Komplikation p.p.	2001		2002	
	N	%	N	%
Blutung über 1000 ml	9	1,5	4	0,7
Plazentalösungsstörung	7	1,1	5	0,9
Komplizierte Geburtsverletzung	6	1,0	5	0,9
Sonstige Komplikation	15	2,6	7	1,5
Außerklinisch beendete Geburten gesamt	586	100,0	457	100,0

Tab. 9 Komplikationen p.p. bei außerklinisch beendeten Geburten 2001 und 2002

Lediglich 20 Entbundene werden in beiden Jahren post partal in eine Klinik verlegt. Verstorbene Mütter sind nicht beobachtet worden.

Die Neugeborenen haben insgesamt ein sehr gutes Outcome, wie die folgende Apgar-Tabelle zeigt (Tab. 10). Eine Korrelation zum pH-Wert ist nicht möglich, da dessen Bestimmung außerklinisch nicht durchgeführt wird.

	2001		2002	
	N	%	N	%
Apgar nach 1 Minute				
0	1	0,1	0	0,0
1 – 3	5	0,7	2	0,4
4 – 6	12	1,7	9	1,7
7 – 9	529	77,0	406	75,3
10	134	19,5	114	21,2
ohne Angabe	6	0,9	8	1,5
Apgar nach 5 Minuten				
0	1	0,1	0	0,0
1 – 3	1	0,1	0	0,0
4 – 6	6	0,9	2	0,4
7 – 9	127	18,5	97	18,0
10	561	81,7	439	81,4
ohne Angabe	1	0,1	1	0,2
Apgar nach 10 Minuten				
0	2	0,3	0	0,0
1 – 3	1	0,1	0	0,0
4 – 6	1	0,1	0	0,0
7 – 9	29	4,2	24	4,5
10	654	95,2	514	95,4
ohne Angabe	0	0,0	1	0,2

Tab. 10 Verteilung der Apgar-Werte nach 1 Minute, 5 und 10 Minuten, 2001 und 2002

Reanimationsmaßnahmen müssen nur in sehr wenigen Fällen eingesetzt werden. Maskenbeatmung 1% (2001) bzw. 1,1% (2002), O₂-Dusche 4,8% bzw. 4,1%, Intubation 0,3% bzw. 0,0%.

In 2001 werden - unabhängig vom Geburtsort - 17 Kinder (2,5%) post partal in eine Kinderklinik verlegt, 12 Kinder oder 2,2% im Jahr 2002. Die kindlichen Morbiditäten sind in Tab. 11 aufgeführt; die Prozentzahlen beziehen sich auf alle Kinder.

Kat. D	Kindliche Morbidität (Mehrfachnennungen möglich)	2001		2002	
		N	%	N	%
01	Unreife / Mangelgeburt	6	0,9	1	0,2
02	Asphyxie	9	1,3	2	0,4
03	Atemnotsyndrom	4	0,6	2	0,4
04	Andere Atemstörungen	5	0,7	4	0,7
05	Schockzustand	1	0,1	1	0,2
06	Ikterus	3	0,4	0	0,0
09	Stoffwechselstörungen	1	0,1	0	0,0
15	Gastrointestinale Störungen	1	0,1	0	0,0
16	Verletzungen, Frakturen, Paresen	0	0,0	1	0,2
19	Zur Beobachtung	0	0,0	2	0,4
20	Sonstiges	1	0,1	0	0,0
25	Chromosomenanomalie	1	0,1	0	0,0
28	Neuralrohrdefekt	0	0,0	1	0,2
30	Anomalie Auge	0	0,0	1	0,2
31	Anomalie Herz, große Gefäße	1	0,1	0	0,0
33	Gaumen- / Lippenspalten	0	0,0	2	0,4
38	Anomalie Knochen, Muskeln, Gelenke	2	0,3	0	0,0
43	Biomechanische Verformungen	0	0,0	1	0,2

Tab. 11 Kindliche Morbiditäten in den Jahren 2001 und 2002

Im Jahr 2001 sind 5 Kinder perinatal verstorben, davon 2 neonatal. 2002 wurde kein kindlicher Todesfall dokumentiert. Den Case Reports dieser Kinder zufolge handelt es sich in einem Fall um einen intrauterinen Fruchttod, ein Kind ist direkt nach der Geburt verstorben (Todesursache D20 = sonstiges), ein weiteres mit einer Anomalie des Herzens einen Tag p.p. Der Vollständigkeit halber sei ein Kind erwähnt, das gesund geboren und ohne Morbidität entlassen wurde, aber drei Monate später an SIDS verstorben ist.

Gegenüberstellung außerklinischer und klinischer Perinatalergebnisse aus 2001 und 2002

Den Ergebnissen der hessischen außerklinischen Geburtshilfe aus den Jahren 2001 und 2002 werden die Geburten der hessischen Perinatalerhebung im gleichen Zeitraum gegenübergestellt.

Ein Vergleich zwischen außerklinischen und klinischen Geburten ist generell schwierig, da psychosoziale Einflüsse bei der Wahl des Geburtsortes und der Geburtsbegleitung eine starke Rolle spielen. Zu nennen wären hier z.B. die Motivation der Frau, Eigenverantwortung zu tragen, das Vertrauen in bzw. die Angst vor Technik sowie das Bevorzugen der vertrauten Hebammen gegenüber der Anonymität in der Klinik. Diese subjektiven Entscheidungsparameter sind durch einen Datenerfassungsbogen jedoch nur schwer zu berücksichtigen. Dennoch wird eine Gegenüberstellung der Ergebnisse gewagt.

Analog des letzten Vergleichs der beiden Erhebungen mit den Daten der Jahre 1998 und 1999 sind verschiedene Schwangerschafts- und Geburtsrisiken⁴, Frühgeburten, Gemini, Lageanomalien, operative Entbindungen und Totgeburten als Ausschlusskriterien definiert. Ergänzend zur letzten Kollektivbildung sind jedoch außerklinisch begonnene und in der Klinik beendete Geburten nicht eingeschlossen. Alter und Parität bleiben in der Selektion unberücksichtigt, damit die Kollektive, besonders das der außerklinischen Geburten, nicht zu klein werden.

Insgesamt reduziert sich durch diese Definitionen das Kollektiv der außerklinischen Geburten von 1224 auf 874, das der klinischen Geburten von 101 839 auf 45 139. Diese Zahlen stellen für die folgenden Auswertungen die Berechnungsgrundlage.

⁴ Anamnestische Schwangerschaftsrisiken aus Katalog A bzw. Schlüssel 5:
Blutung-/Thromboseneigung (03), Rh-Inkompatibilität (08), Adipositas (10), Diabetes mellitus (09), Vielgebärende (15), Z.n. Sectio (23), Z.n. anderen Uterus-OP (24), rasche Schwangerschaftsfolge (25)

Befundete Schwangerschaftsrisiken aus Katalog B bzw. Schlüssel 6:
Abusus (29), Blutungen nach der 28. SSW (33), Placenta praevia (34), Mehrlinge (35), Hydramnion (36), Terminunklarheit (38), Plazentainsuffizienz (39), Anämie (42), Coombs positiv (44), anderes serologisches Risiko (45), Hypertonie (46), Albuminurie (47), Gestationsdiabetes (50), Lageanomalie (51)

Geburtsrisiken aus Katalog C bzw. Schlüssel 7:
Frühgeburt (63), Mehrlingsschwangerschaft (64), Plazentainsuffizienz (65), Gestose / Eklampsie (66), Rh-Inkompatibilität (67), Diabetes mellitus (68), Z.n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69), Placenta praevia (70), vorzeitige Plazentalösung (71), AIS (73), Fieber unter der Geburt (74), pathologisches CTG (77), Azidose (79), Nabelschnurvorfal (80), Verdacht auf andere Nabelschnurkomplikationen (81), Drohende / erfolgte Uterusruptur (85), Lageanomalien (86 – 93)

Trotz Angleichung in den Voraussetzungen für eine normale Geburt finden sich weiterhin niedrigere Raten für befundete Schwangerschafts- und Geburtsrisiken, verabreichte Analgetika, Episiotomien sowie schwere Dammrisse im außerklinischen Kollektiv (Tab. 12).

	außerklinisch		klinisch	
	N	%	N	%
mind. 1 anamnestisches SS-Risiko	417	47,7	19563	43,3
mind. 1 befundetes SS-Risiko	47	5,4	3895	8,6
mind. 1 Geburtsrisiko	255	29,2	19132	42,4
CTG Kontrolle s.p.	580	66,4	42475	94,1
Analgetika	80	9,2	10878	24,1
Akupunktur	52	5,9	2428	5,4
Episiotomie	38	4,3	12733	28,2
DR I°	183	20,9	5997	13,3
DR II°	182	20,8	5538	12,3
DR III°-IV°	2	0,2	766	1,7
Blutungen p.p.	9	1,0	353	0,8
Plazentalösungsstörungen	9	1,0	1067	2,4
Selektionskollektiv gesamt	874	100,0	45139	100,0

Tab. 12: Risiken, geburtshilfliche Maßnahmen und Komplikationen p.p. im außerklinischen und klinischen Selektionskollektiv

Eine mögliche Erklärung für den beschriebenen Sachverhalt könnte die geringere Intervention und Manipulation in der außerklinischen Geburtshilfe sein. Während einer normalen Geburt greift die Hebamme wenig in die Intimsphäre der Frau ein, es werden wenig Amniotomien durchgeführt oder Wehenmittel verabreicht und solange es Mutter und Kind gut geht, wird nicht in den Gebärdprozess eingegriffen (z.B. kein frühzeitiges Pressen).

Durch die Beschränkung auf außerklinisch beendete Geburten, ergeben sich in diesem Kollektiv keine operativen Entbindungen. Sectiones oder vaginal-operative Entbindungen sind außerklinisch nicht möglich, alle Geburten werden spontan beendet. Im klinischen Selektionskollektiv findet sich eine Spontangeburtsrate von 89,3%. Trotz Risikoselektion werden 8,1% per sekundärer Sectio und 2,6% vaginal-operativ entbunden.

Um das Outcome der Neugeborenen besser vergleichen zu können, werden zuerst die Parameter Geburtsgewicht, Länge des Kindes und Ponderalindex gegenübergestellt (Tab. 13).

	außerklinisch	klinisch
	Median	Median
Geburtsgewicht in g	3540	3450
Länge des Kindes in cm	52	52
Ponderalindex	2,54	2,47

Tab. 13: Gewicht, Länge und Ponderalindex, außerklinisch und klinisch

Die beiden Kollektive unterscheiden sich in Gewicht und Länge des Kindes sowie Ponderalindex nicht wesentlich voneinander.

Vergleicht man hingegen die Apgar-Werte, zeigen sich nach 1 Minute bessere Ergebnisse im außerklinischen Kollektiv, die sich jedoch im 5- bzw. 10-Minuten-Apgar relativieren (Tab. 14).

	außerklinisch		klinisch	
	N	%	N	%
Apgar nach 1 Minute				
0	0	0,0	69	0,2
1 – 3	3	0,3	45	0,1
4 – 6	13	1,5	400	0,9
7 – 9	646	73,9	38254	84,7
10	209	23,9	5225	11,6
ohne Angabe	5	0,6	1153	2,6
Apgar nach 5 Minuten				
0	0	0,0	75	0,2
1 – 3	1	0,1	22	0,1
4 – 6	3	0,3	76	0,2
7 – 9	132	15,1	4486	9,9
10	737	84,3	39328	87,1
ohne Angabe	1	0,1	1152	2,6
Apgar nach 10 Minuten				
0	1	0,1	96	0,2
1 – 3	0	0,0	23	0,1
4 – 6	0	0,0	21	0,1
7 – 9	27	3,0	1123	2,5
10	846	96,8	42714	94,6
ohne Angabe	0	0,0	1162	2,6

Tab. 14 Verteilung der Apgar-Werte nach 1 Minute, 5 und 10 Minuten im klinischen und außerklinischen Kollektiv

Weiterhin fällt auf, daß im klinischen Kollektiv eine hohe Zahl von Geburten mit fehlenden Angaben in diesem Parameter vorliegen. Berücksichtigt man die Zahl der verlegten Kinder dieses Kollektivs (1477 in den Jahren 2001 und 2002), so scheint ein Zusammenhang mit fehlenden Apgar-Werten erkennbar.

Darüber hinaus erhöht sich die Zahl der klinischen Fälle mit Apgar-Wert 0 nach 1 Minute von 69 auf 96 nach 10 Minuten. Die Vermutung, daß es sich hierbei um Kinder mit erhöhter Morbidität handelt, kann durch die Auswertung dieser Morbiditäten (Tab. 16) nicht gestützt werden. Des weiteren findet sich eine große Differenz zur perinatalen Mortalität (N = 41, Differenz: 55), so daß an dieser Stelle die Datenqualität hinterfragt werden muß. Nach Angaben der GQH sieht die Spezifikation in der Plausibilitätsprüfung keine Querabfrage zwischen den Parametern Apgar und perinataler Mortalität vor.

Wertet man die Zahl der Reanimationsmaßnahmen aus (Tab. 15), findet man in 65 Fällen eine Intubation. Möglicherweise erklärt sich die beschriebene Differenz von 55 Kindern teilweise durch eine erfolgreiche Reanimation mit Wiederbelebung des Kindes. Jedoch bieten die Plausibilitätskriterien in diesem Punkt Verbesserungsbedarf.

Reanimationsmaßnahme	außerklinisch		klinisch	
	N	%	N	%
Maskenbeatmung	8	1,2	341	0,8
O ₂ -Anreicherung	30	3,4	1338	3,0
Intubation	0	0,0	65	0,1

Tab. 15: Häufigkeit von Reanimationsmaßnahmen, außerklinisch und klinisch

Die Auswertung der kindlichen Morbiditäten läßt aufgrund der geringen Fallzahlen nur wenig relevante Aussagen zu. Dennoch werden die dokumentierten Morbiditätsschlüssel in Tab. 16 aufgelistet.

	Kindliche Morbidität (Mehrfachnennungen möglich)	außerklinisch		klinisch	
		N	%	N	%
01	Unreife / Mangelgeburt	2	0,2	78	0,2
02	Asphyxie	6	0,7	19	0,04
03	Atemnotsyndrom	1	0,1	58	0,1
04	Andere Atemstörung	6	0,7	66	0,1
05	Schockzustand	1	0,1	0	0,0
06	Ikterus	1	0,1	256	0,6
07	hämolytische Krankheit	0	0,0	1	0,0
09	Stoffwechselstörungen	1	0,1	26	0,05
15	Gastrointestinale Störungen	1	0,1	0	0,0
16	Verletzungen, Frakturen, Paresen	0	0,0	51	0,1
17	generalisierte Infektion, TORCH etc.	0	0,0	83	0,2
18	umschriebene Infektion	2	0,2	0	0,0
19	Zur Beobachtung	2	0,2	0	0,0
20	Sonstiges	2	0,2	384	0,9
25	Chromosomenanomalie	0	0,0	4	0,0
30	Anomalie Auge	1	0,1	0	0,0
31	Anomalie Herz, große Gefäße	0	0,0	14	0,03
33	Gaumen- / Lippenspalten	2	0,2	7	0,01
38	Anomalie Knochen, Muskeln, Gelenke	1	0,1	55	0,1
42	Hernien	0	0,0	4	0,0
43	Biomechanische Verformungen	1	0,1	0	0,0

Tab. 16: Kindliche Morbiditäten, außerklinisch und klinisch

Durch die Risikoselektion sowie die Möglichkeit der Mehrfachnennung von Morbiditäten lassen sich keine relevanten Bezüge zu Geburtsverläufen oder zum fetal outcome herstellen. Aufgrund der geringen Häufigkeit der Einträge kann man größtenteils auf Zufälle oder Schicksalsfälle schließen. Jedoch ist trotz der guten Apgar-Werte und der geringen perinatalen Mortalität im außerklinischen Kollektiv der Anteil an Asphyxien oder anderen Atemstörungen höher als bei klinisch geborenen Kindern. Möglicher-

weise ist der Grund hierfür eine strengere subjektive Bewertung der Hebamme, da die pH-Metrie als objektiver Parameter außerklinisch nicht zur Verfügung steht.

Abschließend werden die Verlegungsrate sowie die perinatale Mortalität zwischen außerklinisch und klinisch geborenen Kindern des Selektionskollektivs verglichen (Tab.17).

	außerklinisch		klinisch	
	N	%	N	%
Verlegte Kinder	12	1,4	1477	3,3
perinatal verstorbene Kinder	1	0,1	41	0,1

Tab. 17: Verlegungsrate und perinatale Mortalität, außerklinisch und klinisch

Im außerklinischen Kollektiv ist Verlegungsrate niedriger als im klinischen Kollektiv, die perinatale Mortalität ist identisch. Aufgrund der geringen Fallzahlen sollte in Zukunft in einem größeren Kollektiv überprüft werden, ob sich diese Ergebnisse bestätigen.

Fazit

In beiden Kollektiven – außerklinisch und klinisch – zeigen sich teilweise auffällige Ergebnisse. Daher sollte ein anhaltender Austausch über die verschiedenen Möglichkeiten des Gebärens entstehen, damit Hebammen und Ärzte voneinander lernen könnten. Es gilt herauszufinden, welche prozessualen Veränderungen in der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe möglich sind. Aus der gemeinsamen Arbeit in diesem Bereich ergeben sich Chancen, wissenschaftliche Studien oder Untersuchungen zu neuen Fragestellungen und Aspekten der Geburtshilfe durchzuführen.

Die Darstellung der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe gemeinsam in einem Datenband zeigt einen Weg der Zusammenarbeit, der Transparenz, der Akzeptanz und des respektvollen Miteinanders zwischen Hebammen und Ärzten in Hessen. Unter diesen guten Bedingungen wird die Arbeit fortgesetzt und es wird in Zukunft an einer besseren Vergleichsmöglichkeit der Kollektive gearbeitet, bei der die Besonderheiten der außerklinisch und der in Kliniken stattfindenden Geburten berücksichtigt werden müssen.

Vielen Dank an die Mitarbeiter der GQH, die durch ihre Unterstützung diese Ausarbeitung ermöglicht haben.

Weitergehende Informationen bzw. Literaturanforderung zu Ergebnissen der außerklinischen Geburtshilfe bundesweit im Internet unter <http://www.quag.de>.

Anke Wiemer – Hebamme
Qualitätsbeauftragte des BDH (Bund deutscher Hebammen)
Elisabethenstr. 1, 63579 Freigericht