

Qualitätsbericht 2004

**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	10
1.6.1	Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	12
1.6.2	Alter und Geburtenrang der Frauen	14
1.6.3	Information und Motivation der Frauen	16
1.6.4	Motivation der Frau in Abhängigkeit von der beteiligten Einrichtung	18
1.6.5	Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots	18
2	AUSWERTUNG DER IN DER SCHWANGERSCHAFT, BEI DER GEBURT UND IM WOCHENBETT GELEISTETEN HILFE	23
2.1	Schwangerschaft	23
2.1.1	Beratungen und Untersuchungen	23
2.1.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	27
2.1.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft	30
2.2	Geburt	35
2.2.1	Geburtsort wie geplant?	35
2.2.2	Hebammenbetreuung	37
2.2.2.1	Zeitintervall vom ersten Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme	38
2.2.2.2	Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes)	40
2.2.3	Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung	42
2.2.4	Verlegungen während der Geburt	44
2.2.4.1	Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall	45
2.2.4.2	Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik	46
2.2.4.3	Restliche Geburtsdauer nach Verlegung	51
2.2.5	Betreuungskontinuität nach der Verlegung	54
2.2.6	Dokumentierte Geburtsrisiken	54
2.2.6.1	Geburtsrisiken in differenzierter Betrachtung	60
2.2.6.2	Befunde und Risiken als Weichenstellung für eine außerklinische Geburt	63

2.2.7	Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt	65
2.2.8	Daten zur Geburt allgemein	69
2.2.9	Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und -verletzungen, differenziert nach Geburtsort	71
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
2.3.2.1	Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen	84
2.3.2.2	Outcome	88
2.3.3	Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal	92
2.4	Kurzdarstellung der Geminigeburten	95
3	ABSCHLIEßENDE DISKUSSION	97
3.1	Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen	97
3.2	Ergebnisse auf der Grundlage der Qualitätsziele der Hebammenverbände	99
ANHANG TEIL I: ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DES VERFAHRENS ZUR AUSWERTUNG DER AUßERKLINISCHEN GEBURTEN		105
ANHANG TEIL II: AUSGEWÄHLTE DATEN ALS TABELLEN		112

1 Einleitung

Zum sechsten 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 2004 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 2003 verglichen. Im letzten Kapitel ist die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung kurz zusammengefasst.

In die aktuelle Erhebung sind insgesamt 9.912 Geburten eingegangen. Dies bedeutet einen weiteren Anstieg zu den Zahlen von 2003 (mit 9.846 dokumentierten Geburten), um genau 66 ausgefüllte Dokumentationsbögen. An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2004 genau 663 Einrichtungen, im Jahr 2003 waren es insgesamt 631 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 2003 bei 88,8% (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 Bisher erschienen: „Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe – Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1999“, „Qualitätsbericht 2000 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“, Qualitätsbericht 2001 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“, Qualitätsbericht 2002 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“, Qualitätsbericht 2003 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“ – 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 Entbindungsheime zusammengefasst, die außerklinische Geburten in ihrer Einrichtung durchgeführt haben.

³ Die entsprechenden Angaben zu den Geburtenzahlen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2004 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/Klinik <input type="radio"/>
7. Motivation der Frau zur außerklinischen Geburt Sicherheitsbedürfnis <input type="radio"/> Vertraute Hebamme <input type="radio"/>	Verlegung während und nach der Geburt
Selbstbestimmung <input type="radio"/> außerklinische Geb.-Erfahrung <input type="radio"/>	31. Entschluß zur Verlegung durch Hebamme Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
klinische Geb.-Erfahrung <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/>	wenn ja, Datum: <input type="text"/> Uhr
Vorsorge/Schwangerschaft	32. Gebärende verlegt Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
8. Berechneter, ggf. korr. Geburtstermin <input type="text"/>	33. Transportbeginn <input type="text"/> Uhr
9. Hebammenkontakt in SSW (tel. oder persönlich) <input type="text"/>	34. Hauptverlegungsgrund s. p. (lt. Katalog C/E) <input type="text"/>
10. Anzahl persönlicher Kontakte insgesamt (ohne Kurse) <input type="text"/>	35. Transportmittel Privatfahrzeug <input type="radio"/> Rettungsfahrzeug <input type="radio"/>
davon: Hebammen-Vorsorgeuntersuchungen <input type="text"/>	36. Transport in Klinik in Ruhe <input type="radio"/> als Notfall <input type="radio"/>
11. Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	37. Gefahrene Kilometer zur Klinik ca. <input type="text"/>
12. Ultraschalluntersuchung nach der 30. SSW Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	38. Übergabe in Klinik <input type="text"/> Uhr
13. Schwangerschaftsbefunde (lt. Katalog A/B) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	39. Geburtsmodus in Klinik Spontan <input type="radio"/> Kristellerhilfe <input type="radio"/>
wenn ja, welche <input type="text"/>	Vaginal-operativ <input type="radio"/> Sectio <input type="radio"/>
14. Entfernung zur nächstgelegenen Klinik (km) <input type="text"/>	40. Geburt beendet durch dieselbe Heb. <input type="radio"/> andere Heb. <input type="radio"/>
Geburt	41. Mutter verlegt p.p. Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
15. Erster Ruf zum Geburtsbeginn Datum: <input type="text"/> Uhr	wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="radio"/> innerhalb 7 Tagen <input type="radio"/>
16. Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme Datum: <input type="text"/> Uhr	42. Verlegungsgrund p.p. (lt. Katalog E) <input type="text"/>
17. Herztonkontrolle Dopton Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	43. Mutter verstorben Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
CTG Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Kind (unabhängig vom Geburtsort)
Hörrohr Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	44. Tag der Geburt <input type="text"/> Uhr
18. Blasensprung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Amniotomie Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	45. Geburtsgewicht <input type="text"/> g
Datum: <input type="text"/> Uhr	Länge <input type="text"/> cm Kopfumfang <input type="text"/> cm
19. Wehenbeginn am: <input type="text"/> Uhr	46. Geschlecht männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/>
20. Geburtsrisiken (lt. Katalog C) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	47. APGAR 1' <input type="text"/> 5' <input type="text"/> 10' <input type="text"/>
wenn ja, welche <input type="text"/>	48. Reanimationsmaßnahme Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
21. Zweite Hebamme gerufen Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	wenn ja, Maske <input type="radio"/> Intubation <input type="radio"/> O2-Dusche <input type="radio"/>
wenn ja, zur normalen Geburt <input type="radio"/> wegen Komplikationen <input type="radio"/>	Mund-zu-Mund-Beatmung <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/>
Zweite Hebamme eingetroffen Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	49. Kinderarzt / ärztlichen Notdienst gerufen 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"/>	50. Morbidität des Kindes (lt. Katalog D) <input type="text"/>
22. Arzt gerufen Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	51. Kind in Kinderklinik verlegt Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
wenn ja, zur normalen Geburt <input type="radio"/> wegen Komplikationen <input type="radio"/>	wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="radio"/> innerhalb 7 Tagen <input type="radio"/>
Arzt eingetroffen Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	52. Verlegungsgründe (lt. Katalog D) <input type="text"/>
wenn ja, vor Geburt <input type="radio"/> zur Geburt <input type="radio"/> nach Geburt <input type="radio"/>	53. Kind verstorben Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
23. Weitere anwesende Personen Keine <input type="radio"/> Fam.-Angehörige <input type="radio"/>	wenn ja, vor Geburt <input type="radio"/> unter Geburt <input type="radio"/> nach Geburt <input type="radio"/>
Freunde/Bekannte <input type="radio"/> Andere <input type="radio"/>	54. Todesdatum <input type="text"/> Uhr
24. Lage des Kindes regelrechte Schädellage <input type="radio"/>	55. Todesursache (lt. Katalog D), auch Totgeburten <input type="text"/>
Beckenendlage <input type="radio"/>	Todesursache unbekannt <input type="radio"/>
regelwidrige Schädellage <input type="radio"/>	Geburtsort
wenn ja, welche (lt. Katalog C) <input type="text"/>	56. Geplanter Geburtsort (bei abgeschlossener 37. SSW) Hausgeburt <input type="radio"/> Geburtshaus <input type="radio"/> Arztpraxis <input type="radio"/>
25. Begleitende Maßnahmen sub partu Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Entbindungsheim <input type="radio"/> Hebammenpraxis <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/>
wenn ja, welche Analgetika/Spasmolytika <input type="radio"/> Homöopathika <input type="radio"/>	noch unklar <input type="radio"/>
Naturheilkunde <input type="radio"/> Massagen <input type="radio"/>	57. Tatsächlicher Geburtsort Hausgeburt <input type="radio"/> Geburtshaus <input type="radio"/> Arztpraxis <input type="radio"/>
Akupunktur/-pressur <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/>	Entbindungsheim <input type="radio"/> Hebammenpraxis <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/>
26. Geburtsmodus Spontan <input type="radio"/>	58. Die Geburt wurde geplant außerklinisch beendet <input type="radio"/>
Kristellerhilfe <input type="radio"/>	ungeplant außerklinisch beendet <input type="radio"/>
Vaginal-operativ <input type="radio"/>	verlegt <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 Nabelschnurvorfall (663.0)
- 81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen (663.9)
- 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (662.0)
- 83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (662.2)
- 84 Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken (653.4)
- 85 Drohende/erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)
- 86 Querlage/Schräglage (652.2)
- 87 Beckenendlage (652.3)
- 88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)
- 89 Vorderhauptslage (652.5)
- 90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)
- 91 Tiefer Querstand (660.3)
- 92 Hoher Geradstand (652.5)
- 93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)
- 94 Sonstiges
- 95 HELLP
- 96 intrauteriner Fruchttod (656.4)
- 97 pathologischer Dopplerbefund
- 98 Schulterdystokie

Katalog D (zu Zeilen 50, 52, 54)

Postpartale Krankheiten/Störungen, Verlegungsgründe, Diagnose bei Verstorbenen

- 01 Unreife/Mangelgeburt (765)
- 02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)
- 03 Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit (769)
- 04 andere Atemstörungen (770)
- 05 Schockzustand (785)
- 06 Ikterus (774)
- 07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO-Isoimmunisierung etc.) (773)
- 08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.) (776)
- 09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775)
- 10 hereditäre Stoffwechseldefekte (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))

- 11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))
- 12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)
- 13 intrakranielle Blutungen
- 14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemisyndrom) (779)
- 15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)
- 16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)
- 17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))
- 18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.) (771)
- 19 zur Beobachtung
- 20 Sonstiges
- 25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.) (758)
- 26 (andere) multiple Mißbildungen (759)
- 27 Anecephalus (740)
- 28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen) (741)
- 29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)
- 30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)
- 31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)
- 32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)
- 33 Gaumen- und Lippenspalten (749)
- 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)
- 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)
- 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753)
- 37 Anomalie Genitalorgane (752)
- 38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln (755, 756)
- 39 Zwerchfellmißbildung (7566)
- 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671)
- 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757)
- 42 Hernien (550-553)
- 43 biomechanische Verformung (d. Lage-, Haltungsanomalie, Hüft-dysplasie, Hüftluxation) (754)
- 44 andere Anomalie

Katalog E (zu Zeilen 34,42)

Verlegung der Mutter sub partu

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

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 9.912 dokumentierte außerklinische Geburten – darunter 10 Zwillingsgeburten (2003: 20 Zwillingsgeburten) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten⁴ in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt, werden diese 20 Geburten 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 9.892 Geburten (2003: 9.806 Geburten).

1.5 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

An der Erhebung beteiligten sich im Jahr 2004 folgende 663 Einrichtungen:

- 562 Hebammen (im Jahr 2003: 542 Hebammen),
- 82 Geburtshäuser (2003: 66 Geburtshäuser),
- 18 andere außerklinische Institutionen (2003: 22 andere außerklinische Institutionen) und
- 1 Arztpraxis (2003: 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 9.892 dokumentierten Geburten verteilten sich auf 4.673 Hausgeburten (47,2%), gefolgt von 4.276 Geburtshausgeburten (43,2%) und 718 Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (7,3%) sowie 225 Geburten in einer Arztpraxis (2,3%)⁶. Im Jahr 2003 waren es 4.324 Hausgeburten (44,1%), gefolgt von 4.213 Geburtshausgeburten (43%), 1.028 Geburten in anderen außerklinischen Institutionen (10,5%) und 241 Geburten in einer Arztpraxis (2,5%). Der Anteil der Hausgeburten in der Gesamtmenge ist gegenüber dem Vorjahr

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.

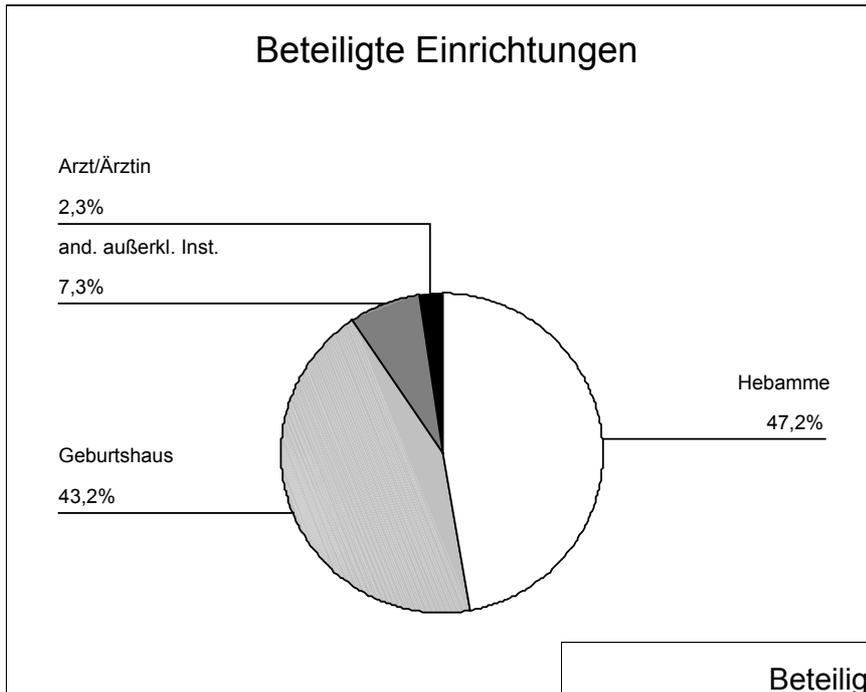
⁶ Hier ist immer der Ort gemeint, an dem die Geburt begann.

um 3,1% und von ihrer Zahl her um 349 Geburten gestiegen. Der Anteil der Geburtshausgeburten ist in etwa gleich geblieben (+ 0,2%), aber ebenfalls von ihrer Zahl her gestiegen (um 63 Geburten). Die Geburten in anderen außerklinischen Institutionen sind zahlenmäßig wie prozentual zurückgegangen (um beachtliche 3,2% oder 310 Geburten).

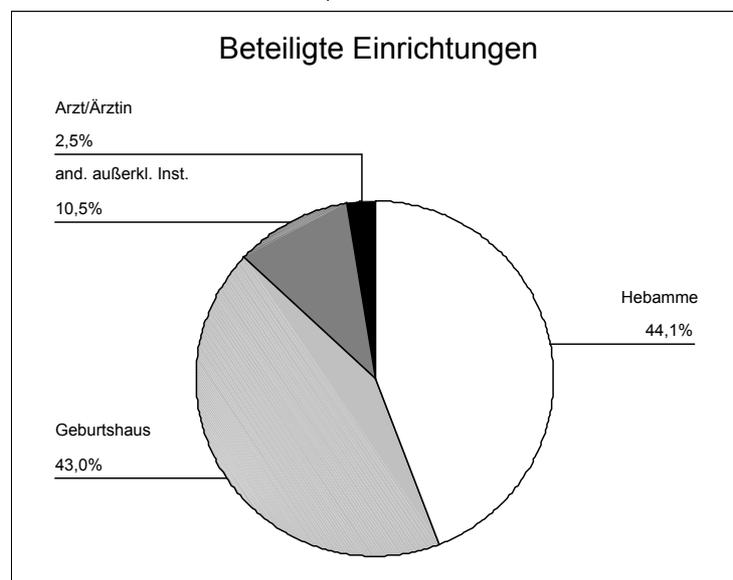
Die prozentualen Verhältnisse der beiden Jahre zeigt nochmals folgende Abbildung.

Abbildung 1
Beteiligte Einrichtungen in den Jahren 2003 und 2004

2004



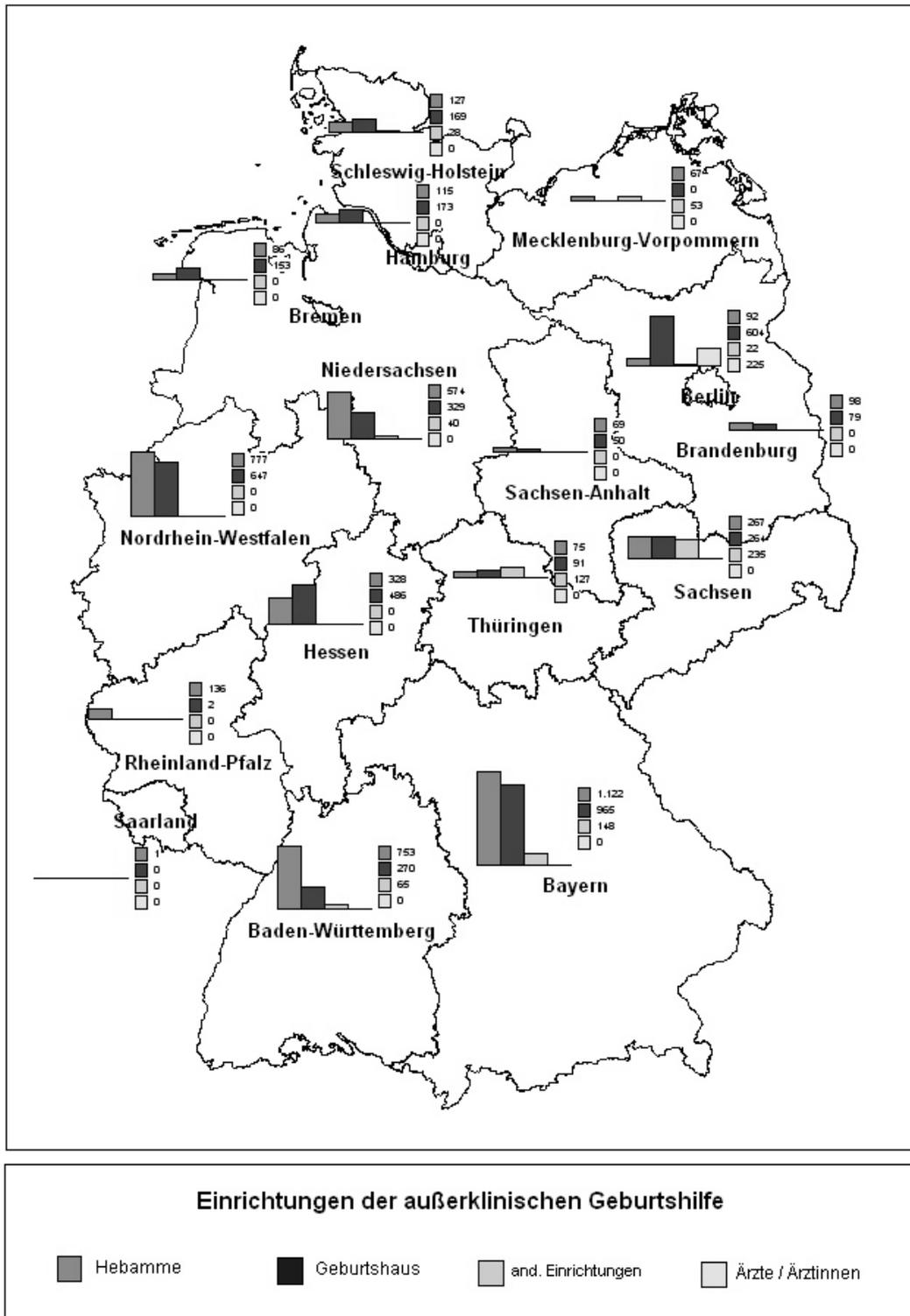
2003



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.465 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2003) bzw. auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2004)

Abbildung 2

Im Jahr 2004 erhobene Geburten, differenziert nach Einrichtung



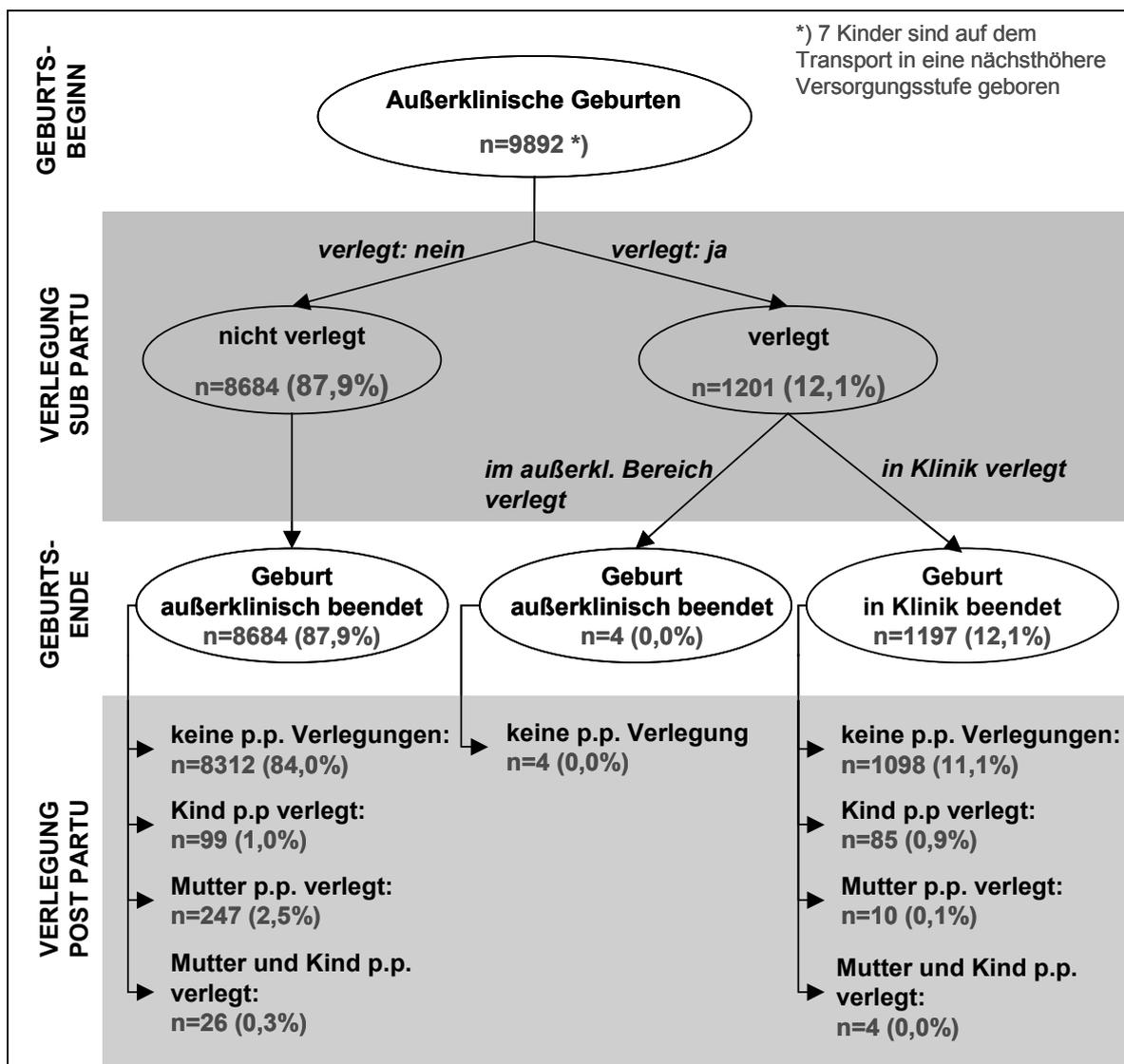
Angaben beziehen sich auf die Anzahl der in den jeweiligen Institutionen begonnenen Geburten im Jahr 2004

Die vorangehende Abbildung 2 sowie Tabelle 6 (siehe Erläuterungen dort) veranschaulichen die Anzahl der dokumentierten Geburten getrennt nach den beteiligten Institutionen in den einzelnen Bundesländern.

1.6 Datenbasis im Überblick

Einen Überblick über die im Jahr 2004 ausgewerteten Geburten und ihre in diesem Kommentar gewählte Differenzierung nach Verlegung gibt die folgende Abbildung.

Abbildung 3
Überblick über die ausgewerteten Geburten 2004

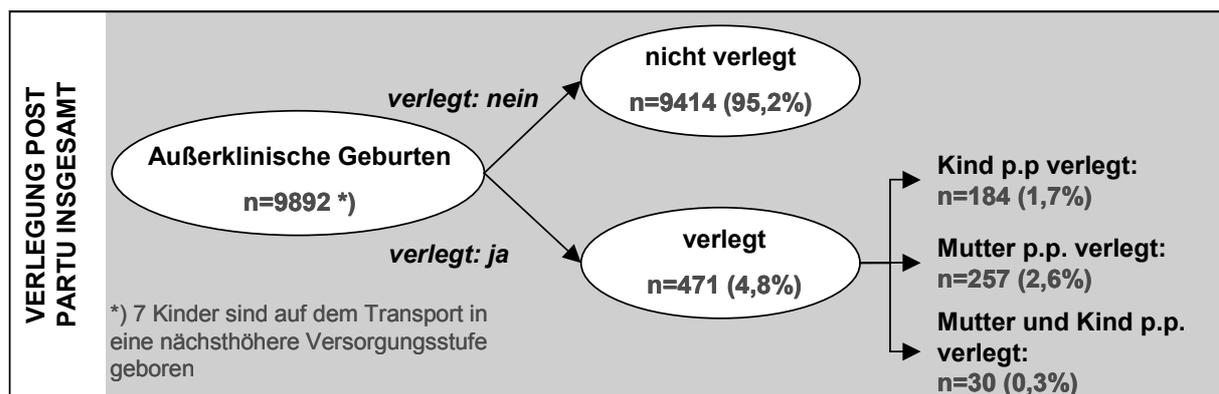


Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2004)

Die Gesamtmenge der Geburten im Jahr 2004 beläuft sich nach Abzug der Zwillingssgeburten auf 9.892 Geburten. Von diesen Geburten begannen und endeten 8.684 Entbindungen oder 87,9% aller Geburten (im Vorjahr mit 87% etwas weniger) an ein- und demselben Ort. In 1.201 Fällen oder 12,1% aller Geburten (bis auf vier Frauen, die in eine andere außerklinische Institution verlegt wurden) kam es während der Geburt zu einer Verlegung in eine Klinik. In sieben zusätzlichen Fällen kam es zur Geburt während des Transports (2003 waren es drei Fälle).

Der linke untere Bereich der Abbildung 3 zeigt die postpartalen Verlegungen: Nach der Geburt wurde es nötig, 99 Kinder nach einer außerklinisch beendeten Geburt sowie 85 Kinder nach einer klinisch beendeten Geburt und 247 Mütter nach einer außerklinisch beendeten Geburt sowie 10 Mütter nach einer klinisch beendeten Geburt zu verlegen. In 26 bzw. 4 zusätzlichen Fällen waren gleichzeitig bei Mutter und Kind Verlegungsgründe aufgetaucht. Im Vorjahr waren nach der außerklinisch beendeten Geburt insgesamt 22 Kinder weniger und gleichviel Mütter verlegt worden. Bei den klinisch beendeten Geburten wurden insgesamt 5 Kinder weniger und 11 Mütter mehr als im Vorjahr verlegt. Prozentual gesehen zeigen die Ergebnisse im Vergleich mit den Vorjahresergebnissen, dass insgesamt etwas seltener nach der Geburt verlegt wurde.

Abbildung 4
Gesamte postpartale Verlegungen



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2004)

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

Insgesamt wurden nach allen außerklinisch begonnenen Geburten 184 Kinder alleine oder 1,7% aller Geburten (2,2% aller Geburten im Jahr 2003), 257 Mütter alleine oder 2,6% aller Geburten (2,5% aller Geburten wie im Jahr 2003) und in 30 Fällen Mutter und Kind verlegt (0,3% aller Geburten wie im Jahr 2003).

1.6.1 Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

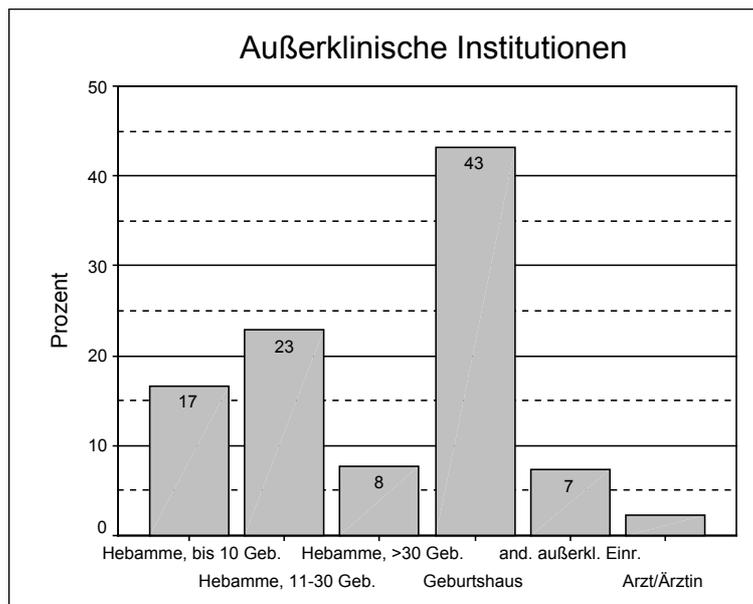
Um ein Bild darüber zu bekommen, wie sich innerhalb der beiden größten Gruppen (Gruppe der Hausgeburten und Gruppe der Geburtshausgeburten) die Anzahl der Geburten auf die Hebammen verteilen, wurden diese beiden Gruppen nochmals differenziert betrachtet.

Geburtenzahlen der Hausgeburtsh Hebammen

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 Hausgeburtsh Hebammen 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 Hebammengeburtsh



Aufgerundete Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die ersten drei Säulen dieser Grafik sowie die Spalte „Prozent“ in der folgenden Tabelle 1 zeigen folgendes: Fast 8% *aller* Geburten wurden von Hausgeburtsh Hebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen (im Vorjahr waren es nur 2,4%). Es kann angenommen werden, dass diese Hebammen ihren Arbeitsschwerpunkt in der außerklinischen Geburtshilfe haben. Etwas weniger Geburten als im Vorjahr wurden von Hausgeburtsh Hebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben (22,9% im Jahr 2004 gegenüber 25,2% im Jahr 2003). Gleichbleibend ist die Menge der Geburten mit Hausgeburtsh Hebammen, die nur bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (von 16,5% im Jahr 2003 auf 16,6% im Jahr 2004). 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 Prozente (Spalte „gültige Prozente“ in Tabelle 1) wie folgt:

Tabelle 1

Anzahl Hebammengeburt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1646	16,6	35,2
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2263	22,9	48,4
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	764	7,7	16,3
Gesamt	4673	47,2	100,0
andere Einrichtungen	5219	52,8	
Gesamt	9892	100,0	

Verteilung der begonnenen Hausgeburten auf Hebammen mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004). „Gültige Prozente“ beziehen sich nur auf die Hausgeburten (n= 4.673 Geburten).

Etwa 65% aller Hausgeburten werden von Hebammen begleitet, die ausreichend (elf und mehr) Geburten im außerklinischen Bereich pro Jahr betreuen, um die nötige Routine zu besitzen.

Um 2 Prozent gefallen ist der Anteil der Geburten, die von Hausgeburtshebammen betreut werden, die bis zu 10 Geburten pro Jahr begleiten (von 37,4% der Hausgeburten im Jahr 2003 auf 35,2% der Hausgeburten im Jahr 2004). Weniger Geburten als im Vorjahr (48,4% der Hausgeburten gegenüber 57,2% der Hausgeburten im Jahr 2003) wurden von Hausgeburtshebammen betreut, die zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr angeben. Genau 16,3% aller Hausgeburten – im Gegensatz zu 5,4% der Hausgeburten im Vorjahr – wurden von Hebammen begleitet, die mehr als 30 Geburten im Jahr betreuen. Werden die beiden letzten Gruppen zusammen betrachtet, lässt sich zeigen, dass etwa 65% aller Hausgeburten von Hebammen betreut werden, die mehr als 10 Geburten im Jahr begleiten, im Vorjahr waren es noch 2% weniger (63% aller Hausgeburten).

Geburtenzahlen der Geburtshäuser

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

Es ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 2

Anzahl Geburtshausgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Geburtshaus, bis 70 Geb. p.a.	1852	18,7	43,3
Geburtshaus, 71 bis 140 Geb. p.a.	1475	14,9	34,5
Geburtshaus, 141 bis 210 Geb. p.a.	730	7,4	17,1
Geburtshaus, mehr 210 Geb. p.a.	219	2,2	5,1
Gesamt	4276	43,2	100,0
andere Einrichtungen	5616	56,8	
Gesamt	9892	100,0	

Verteilung der begonnenen Geburtshausgeburten auf Geburtshäuser mit verschiedenen Geburtenzahlen pro Jahr. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004). „Gültige Prozente“ beziehen sich nur auf die Geburtshausgeburten (n= 4.276 Geburten).

Der Anteil der Geburten in solchen Geburtshäusern, die mehr als 70 Geburten im Jahr betreuen, ist gesunken.

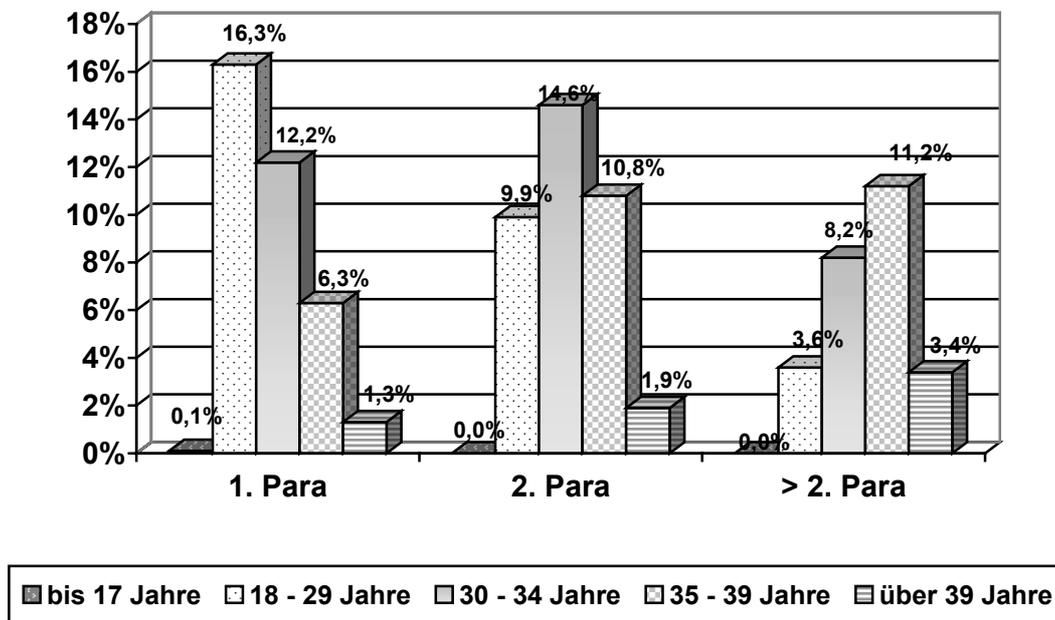
Die Anzahl betreuter Geburten in den Geburtshäusern ist zum einen abhängig vom Einzugsgebiet und zum anderen von der Anzahl der in einem Geburtshaus beschäftigten Hebammen. Wie in Abb. 5 sichtbar wurde, begannen 43,2% aller dokumentierten Geburten in Geburtshäusern (2003 waren es 43,0%). Betrachten wir hier nur die Gruppe der Geburtshäuser, so verteilen sich die Prozentzahlen (Spalte „gültige Prozente“ in Tabelle 2) wie folgt: Wesentlich mehr, genau 4,5% mehr Geburten als im Vorjahr (43,3% gegenüber 38,8% aller Geburtshausgeburten im Jahr 2003) 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 9% gestiegen: Hier sind 34,5% gegenüber 25,6% der Geburten für das Jahr 2003 zu verzeichnen. Dagegen sind die Geburten in Häusern *zwischen 141 bis 210 Geburten pro Jahr* im Vorjahresvergleich gesunken (um etwa 8%: von 24,9% für das Jahr 2003 auf 17,1% der Geburtshausgeburten im Jahr 2004). Die Geburtshäuser, die *mehr als 210 Geburten im Jahr* betreuen, haben einen Rückgang der Geburten zu verzeichnen (waren es 2003 noch 10,8%, sind es für 2004 nur noch 5,1% der Geburtshausgeburten).

1.6.2 Alter und Geburtenrang der Frauen

Im Gesamtkollektiv machen Erstgebärende 36,3% aller Gebärenden (2003 waren es noch 37,1%), Zweitgebärende 37,2% (2003 waren es ebenfalls 37,2%) und Mehrgebärende 26,5% aus (2003 waren es etwas weniger: 25,8% aller Gebärenden). Die Auswertung zum Alter und zum Geburtenrang (siehe auch Tabelle 53 im Anhang) 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 Mehrgebärenden in Höhe von etwa 64% aller Gebärenden (im Jahr zuvor: 63%). In klinischen Kollektiven ist der Anteil der Zweit- und Mehrgebärenden 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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004), fehlende Angaben: n=2

Der Anteil der Erstgebärenden ist erstmals etwas zurückgegangen. Der Anteil der Erstgebärenden über 39 Jahre ist leicht gestiegen.

Die Zahl und Prozentzahl der Erstgebärenden (3.590 Erstgebärende (36,3%) gegenüber 3.637 Erstgebärende (37,1%) im Vorjahr) ist – wie erwähnt – leicht gesunken. Im Alter von über 34 Jahren gebären 7,6% aller Gebärenden ihr erstes Kind – vergleichbar mit 7,7% im Vorjahr (siehe auch Tabelle 53 im Anhang). Doch muss erwähnt werden, dass 132 Erstgebärende über 39 Jahre und damit 40 Frauen mehr als im Vorjahr zu verzeichnen sind.

Insgesamt ist die Klientel weiterhin etwas „älter“ geworden. In der Altersklasse von 35–39 Jahren sind 2.801 Frauen (28,3% der Gebärenden) anzutreffen gegenüber 2.750 Frauen im Vorjahr (28,0% der Gebärenden). Dagegen finden sich in der Altersklasse von 18–34 Jahren im Jahr 2004 nur noch genau 6.416 Frauen oder 64,9% aller Gebärenden im Vergleich zu 6.475 Frauen oder 66,0% im Vorjahr. In der Altersklasse über 39 Jahre befinden sich 657 Frauen (6,6% der Gebärenden) gegenüber 563 Frauen (5,7% der Gebärenden) im Jahr 2003. Die ganz jungen Gebärenden (bis 17 Jahre) sind wie im Vorjahr mit einem sehr geringen Prozentsatz vertreten (0,1% gegenüber 0,2% im Jahr 2003).

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	6173
		Gesamt-%	62,4
	Hebammenkontakte/Kurse	Anzahl	5555
		Gesamt-%	56,2
	Öffentliche Medien	Anzahl	1445
		Gesamt-%	14,6
	Sonstiges	Anzahl	1099
		Gesamt-%	11,1
	ÄrztInnen/Geburtskliniken	Anzahl	540
		Gesamt-%	5,5
	keine Angabe	Anzahl	66
		Gesamt-%	,7
Gesamt	Anzahl		9892
	Gesamt-%		100,0

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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 62,4% aus dem persönlichen Umfeld – sie sind zum Vorjahr nahezu unverändert (62%).

Die Kontakte über Hebammen und Kurse werden mit etwa 56,2% angegeben. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr (55,2%) um einen Prozentpunkt gestiegen. Öffentliche Medien haben mit 14,6% einen kleineren – aber nicht unwichtigen – Einfluss. Die Informationsquelle ÄrztInnen / Geburtskliniken ist mit rund 5,5% erklärlicherweise am wenigsten ausschlaggebend für die Wahl einer außerklinischen Geburt. Beide Informationsquellen haben im Vergleich zu 2003 etwas an Bedeutung verloren (Öffentliche Medien: 15,9%; ÄrztInnen / Geburtskliniken: 6,6%).

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	6745
		Gesamt-%	68,2%
	vertraute Hebamme	Anzahl	7307
		Gesamt-%	73,9%
	klinische Geburtserfahrung	Anzahl	2852
		Gesamt-%	28,8%
	außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	2878
		Gesamt-%	29,1%
	Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	2775
		Gesamt-%	28,1%
	Sonstige	Anzahl	1089
		Gesamt-%	11,0%
	keine Angabe	Anzahl	48
		Gesamt-%	,5%
Gesamt	Anzahl	9892	
	Gesamt-%	100,0%	

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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

Es gaben 73,9% der Gebärenden als Motivation für eine außerklinische Geburt das Vertrauensverhältnis zur Hebamme an (im Vorjahr: 73,6%). Mit 68,2 % der Nennungen war auch das Motiv der Selbstbestimmung sehr stark (im Vorjahr: 68,1%). Die (positive) Erfahrung einer außerklinischen Geburt trägt mit 29,1% zur Entscheidung bei (zu 27,4% im Vorjahr) und konnte – wie die folgende Motivation – nur von denjenigen Frauen erwähnt werden, die schon mindestens eine Geburt erlebt hatten. Die Prozentzahl ist in einer anderen Bedeutung noch interessanter: Etwa 30% der 9.892 Gebärenden hat bereits Erfahrung mit der außerklinischen Geburt. Die vierthäufigste Nennung ist die klinische Geburtserfahrung, die zu einer außerklinischen Geburt motivierte. Sie wurde mit 28,8% der Nennungen genauso häufig wie im Vorjahr (29,0%) erwähnt. Das Sicherheitsbedürfnis hat mit etwa 28% einen ähnlichen Stellenwert wie im Vorjahr (27%).

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	Geburts- haus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	1318	1142	211	104	2775
	Spalten %	28,2	26,7	29,4	46,2	28,1
vertraute Hebamme	Anzahl	3514	3080	595	118	7307
	Spalten %	75,2	72,0	82,9	52,4	73,9
Selbstbestimmung	Anzahl	3233	2884	516	112	6745
	Spalten %	69,2	67,4	71,9	49,8	68,2
außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	1656	959	215	48	2878
	Spalten %	35,4	22,4	29,9	21,3	29,1
klinische Geburtserfahrung	Anzahl	1571	1009	237	35	2852
	Spalten %	33,6	23,6	33,0	15,6	28,8
Sonstige	Anzahl	473	403	105	108	1089
	Spalten %	10,1	9,4	14,6	48,0	11,0
keine Angabe	Anzahl	29	16	3		48
	Spalten %	,6	,4	,4		,5
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten %		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Von der Einrichtung „Hebamme“ haben 3.514 Frauen oder 75,2% aller Frauen, die eine Hausgeburt planten, als Motivationsfaktor zur außerklinischen Geburt die „vertraute Hebamme“ angegeben (im Vorjahr: 3.294 Frauen oder 76,2%). Die Frauen, die in einem Geburtshaus gebären wollten, haben diese Angabe fast genauso häufig wie im Vorjahr gemacht, in 72% der Fälle gegenüber etwa 71,8% im Jahr 2003. In den anderen außerklinischen Einrichtungen ließen die Klientinnen diesen Punkt in 592 Fällen oder 82,9% aller dort geplanten Geburten dokumentieren – und damit prozentual häufiger als im Vorjahr (im Jahr 2003 waren es 777 Fälle oder 75,6%).

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 (Auffäche-

rung in neue und alte Bundesländer sowie Stadtstaaten). Damit können eventuelle lokale Defizite in der Erreichbarkeit aufgedeckt und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen ange-regt werden.

Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern

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

Tabelle 6
Verteilung der Geburten auf die außerklinischen Einrichtungen in den Bundesländern

Bundesland	Beteiligte Einrichtung												Gesamt	
	Hebamme			Geburtshaus			and. außerkl. Inst.			Arzt/Ärztin			Anzahl	Gesamt-%
	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%		
Baden-Württemberg	751	69,2%	7,6%	270	24,9%	2,7%	65	6,0%	,7%				1086	11,0%
Bayern	1110	49,9%	11,2%	965	43,4%	9,8%	148	6,7%	1,5%				2223	22,5%
Berlin	92	9,8%	,9%	604	64,1%	6,1%	22	2,3%	,2%	225	23,9%	2,3%	943	9,5%
Brandenburg	98	55,4%	1,0%	79	44,6%	,8%							177	1,8%
Bremen	86	36,1%	,9%	152	63,9%	1,5%							238	2,4%
Hamburg	115	39,9%	1,2%	173	60,1%	1,7%							288	2,9%
Hessen	328	40,3%	3,3%	486	59,7%	4,9%							814	8,2%
Mecklenburg-Vorpommern	67	55,8%	,7%				53	44,2%	,5%				120	1,2%
Niedersachsen	574	60,9%	5,8%	328	34,8%	3,3%	40	4,2%	,4%				942	9,5%
Nordrhein-Westfalen	777	54,7%	7,9%	643	45,3%	6,5%							1420	14,4%
Rheinland-Pfalz	136	98,6%	1,4%	2	1,4%	,0%							138	1,4%
Saarland	1	100,0%	,0%										1	,0%
Sachsen-Anhalt	69	58,0%	,7%	50	42,0%	,5%							119	1,2%
Sachsen	267	34,9%	2,7%	264	34,5%	2,7%	235	30,7%	2,4%				766	7,7%
Schleswig-Holstein	127	39,2%	1,3%	169	52,2%	1,7%	28	8,6%	,3%				324	3,3%
Thüringen	75	25,6%	,8%	91	31,1%	,9%	127	43,3%	1,3%				293	3,0%
Gesamt	4673	47,2%	47,2%	4276	43,2%	43,2%	718	7,3%	7,3%	225	2,3%	2,3%	9892	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Diese Tabelle hat sich zum Vorjahr folgendermaßen verändert: Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sowohl im den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg als auch in den Bundesländern Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen (im Jahr 2003 waren es die Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie die gleichen Bundesländer) der Anteil der dokumentierten Geburtshausgeburten 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. Die Geburt in anderen außerklinischen Institutionen wurde in acht (2003: neun) Bundesländern dokumentiert.

Die Verteilung der außerklinischen Geburten insgesamt hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert. Für den Jahrgang 2004 lieferte Bayern mit 2.223 Geburten oder 22,5% aller Geburten (ähnlich wie im Vorjahr mit 2.236 Geburten oder 22,8% 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 943 Geburten oder 9,5%, im Vorjahr: 12,6% aller Geburten) schon länger etabliert ist, bzw. der Anteil der freiberuflichen Hebammen größer ist als in den anderen Bundesländern.

Die Prozentanteile der Geburten bei *Hausgeburtshilfen* (Spalte: *Hebamme*) zu allen dokumentierten außerklinischen Geburten in diesem betreffenden Bundesland (Zeilenprozente) haben in vielen Bundesländern zugenommen (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen), wobei das Saarland mit 1 Geburt bei Hebammen im Jahr 2004 wieder bei einer Rate von 100% an dokumentierten Hausgeburten liegt.

In den wenigen übrigen Bundesländern sind eher leicht abfallende Tendenzen zu verzeichnen. Ein stärkerer Abfall ist zu Gunsten der Dokumentation von Geburtshausgeburten in Sachsen-Anhalt und Sachsen erkennbar.

Im Vergleich der Bundesländer untereinander hat Bayern die meisten Hausgeburten (1.110 Geburten (11,2%) im Jahr 2004 und ähnlich wie im Vorjahr: mit 11,3% der Gesamtgeburtenszahl), gefolgt von Baden-Württemberg mit 751 Geburten im Jahr 2004 (7,6%) und damit geringfügig weniger als im Vorjahr (7,8% der Gesamtgeburtenszahl).

Wie im Vorjahr ist weiterhin die Zunahme der dokumentierten *Geburtshausgeburten* in einigen Bundesländern erkennbar, wobei Bremen, Sachsen-Anhalt und Sachsen die größten Zunahmen im Vergleich mit den Ergebnissen von 2003 gemeldet haben, während Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt die stärksten Rückgänge dokumentierten.

Der Trend zur Dokumentation der Entbindung in anderen außerklinischen Institutionen ging in Nordrhein-Westfalen ganz zurück, sank in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen sowie Schleswig-Holstein und stieg lediglich in Thüringen.

In einigen alten Bundesländern, insbesondere in Niedersachsen sind die Zahlen der dokumentierten Geburten gestiegen. In den Ländern Bayern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein kam es dagegen zu leichten Rückgängen in der Anzahl der außerklinischen Geburten. In den meisten neuen Bundesländern ist ein leichter Anstieg der außerklinischen Geburten zu verzeichnen – Ausnahme: Mecklenburg-Vorpommern. Berlin hat einen Zuwachs um 3% gemeldet.

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. Desweiteren sind die Verschiebungen zum großen Teil darauf zurückzuführen, dass Dokumentationsbögen nicht rechtzeitig zur Auswertung eingetroffen sind. Einen Überblick über die dokumentierte 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. außerk. Inst.	Arzt/Ärztin	
alte Bundesländer	Anzahl	3804	2863	281		6948
	Spalten%	81,4%	67,0%	39,1%		70,2%
	Zeilen%	54,7%	41,2%	4,0%		100,0%
neue Bundesländer	Anzahl	576	484	415		1475
	Spalten%	12,3%	11,3%	57,8%		14,9%
	Zeilen%	39,1%	32,8%	28,1%		100,0%
Stadtstaaten	Anzahl	293	929	22	225	1469
	Spalten%	6,3%	21,7%	3,1%	100,0%	14,9%
	Zeilen%	19,9%	63,2%	1,5%	15,3%	100,0%
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Zeilen%		47,2%	43,2%	7,3%	2,3%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Fast 15% aller außerklinischen Geburten finden in den neuen Bundesländern statt.

Die außerklinische Geburtshilfe in den *neuen* Bundesländern entwickelt sich langsam – der Anteil von 1.475 dokumentierten Geburten oder 14,9% aller außerklinischer Geburten für das Jahr 2004 ist im Vergleich zum Vorjahr (1.209 dokumentierten Geburten oder 12,3%) um genau 266 dokumentierte Geburten gestiegen.

Aus den *Stadtstaaten* wurden 234 Dokumentationsbögen weniger und aus den *alten* Bundesländern 54 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 und Geburten in anderen außerklinischen Institutionen verhältnismäßig häufig. In den alten Bundesländern ist die Hausgeburt mit 54,7% aller dortigen außerklinischen Geburten weiterhin das meist gewählte Angebot (2003: 51,5%).

Zusammenfassung zum Datenüberblick:

Datenbasis: Die Gesamtzahl der dokumentierten Bögen ist im Vergleich zu 2003 weiter gestiegen. Die Geburten von insgesamt 9.912 Kindern (im Vorjahr: 9.846 Kinder) wurden dokumentiert. Auf der Basis einer Geburtenzahl von 9.892 *Einlingen* lassen sich repräsentative Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland darstellen. Genau 349 Hausgeburten mehr als im Vorjahr wurden verzeichnet; der Anteil der Geburtshausgeburten stieg um 63 Geburten. Ein Rückgang wurde aus den anderen außerklinischen Institutionen gemeldet: 310 Geburten.

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

Klientel: Im Jahr 2004 ist der Anteil der Erstgebärenden, die außerklinische Geburten planen, im Vergleich zu den Vorjahren erstmals zurückgegangen. Der Anteil an Gebärenden zwischen 35 und 39 Jahren hat weiterhin 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, aber wachsendes 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 ihre Voraussetzungen für eine außerklinische Geburt abschätzen zu können.

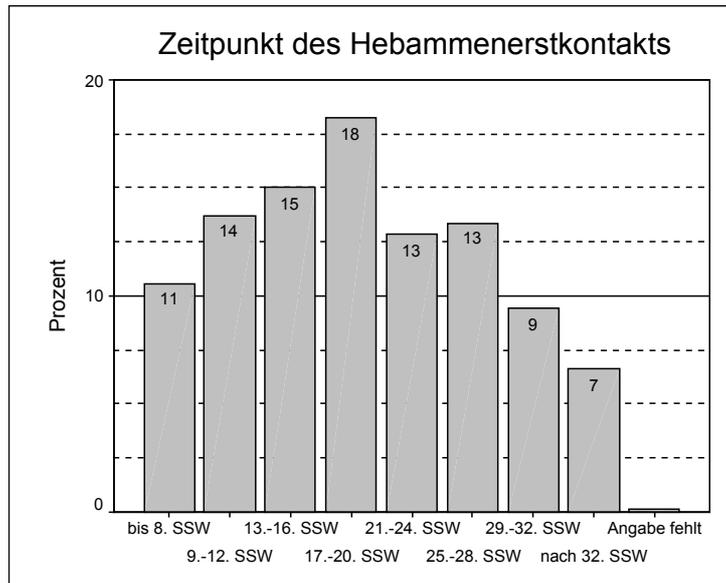
2.1.1 Beratungen und Untersuchungen

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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

84% 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 18,2% die häufigsten Erstkontakte statt (siehe auch in Tabelle 8 weiter unten, die Prozentzahlen in der Spalte „Gesamt“) – im Jahr 2003 waren es noch 18,9%.

Die ersten Kontakte in der Schwangerschaft bis zur 29. Woche haben sich um ca. 2% erhöht – damit wurde das positive Ergebnis gesteigert. Im gleichen Maße haben sich die recht späten Erstkontakte (ab der 29. Woche) verringert: Kontaktierten im Jahr 2003 genau 18,2% der Schwangeren erst ab der 29. Schwangerschaftswoche die Hebamme, nahmen im Jahr 2004 nur noch genau 16% 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 81,6% aller Erstgebärenden (im Vorjahr: 78,7%) gegenüber 85,1% aller Mehrgebärenden im Jahr 2004. Damit zeigt sich auch, dass Erstgebärende etwas früher in der Schwangerschaft mit der Hebamme Kontakt aufnehmen als im Vorjahr.

Nach der 32. Woche nahmen mehr Erstgebärende (7,5% vergleichbar mit 7,7% aller Erstgebärenden im Vorjahr) als Mehrgebärende den Kontakt auf (6,1% aller Mehrgebärenden im Jahr 2004). 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 (mindestens ein Drittel aller Gebärenden 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 ausreichend Zeit für den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zwischen Schwangerer und Hebamme zur Verfügung stehen.

In Bezug auf die 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. auBerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
bis 8. SSW	Anzahl	611	286	145	5	1047
	Spalten-%	13,1	6,7	20,2	2,2	10,6
9.-12. SSW	Anzahl	772	467	111	9	1359
	Spalten-%	16,5	10,9	15,5	4,0	13,7
13.-16. SSW	Anzahl	810	598	56	20	1484
	Spalten-%	17,3	14,0	7,8	8,9	15,0
17.-20. SSW	Anzahl	874	764	108	59	1805
	Spalten-%	18,7	17,9	15,0	26,2	18,2
21.-24. SSW	Anzahl	499	631	85	57	1272
	Spalten-%	10,7	14,8	11,8	25,3	12,9
25.-28. SSW	Anzahl	485	705	86	48	1324
	Spalten-%	10,4	16,5	12,0	21,3	13,4
29.-32. SSW	Anzahl	328	499	89	17	933
	Spalten-%	7,0	11,7	12,4	7,6	9,4
nach 32. SSW	Anzahl	283	325	38	10	656
	Spalten-%	6,1	7,6	5,3	4,4	6,6
Angabe fehlt	Anzahl	11	1			12
	Spalten-%	,2	,0			,1
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Schwangere im Hausegeburtskollektiv 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 62,4% auf 66,6% des gesamten Hausegeburtskollektives im Jahr 2004 gestiegen. 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 2004 mit 49,5% um 4% gestiegen (2003 waren es 45,5% der Erstkontakte). In den anderen Institutionen nahm der Prozentsatz der Frauen, die Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche suchten, um fast 3% zu (von 55,2% im Jahr 2003 auf 58,5% im Jahr 2004).

Im Gesamtkollektiv sind mit Beginn der 21. Schwangerschaftswoche im Jahr 2003 etwa 54,2% und 2004 etwa 3 Prozent mehr, genau 57% Erstkontakte mit der Hebamme erfolgt – ein 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

Anzahl persönlicher Kontakte insg.		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
keine	Anzahl	26	4	1		31
	Spalten-%	,6%	,1%	,1%		,3%
1 - 5	Anzahl	1090	891	215	71	2267
	Spalten-%	23,3%	20,8%	29,9%	31,6%	22,9%
6 - 10	Anzahl	2233	2206	303	99	4841
	Spalten-%	47,8%	51,6%	42,2%	44,0%	48,9%
11 - 15	Anzahl	936	842	144	43	1965
	Spalten-%	20,0%	19,7%	20,1%	19,1%	19,9%
mehr als 15	Anzahl	376	330	55	12	773
	Spalten-%	8,0%	7,7%	7,7%	5,3%	7,8%
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	12	3			15
	Spalten-%	,3%	,1%			,2%
Gesamt	Anzahl	4673	4276	718	225	9892
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

In allen Einrichtungen hatten die meisten Frauen 6 bis 10 persönliche Kontakte zur Hebamme. Die Prozentzahl von 48,9% im Jahr 2004 liegt 1,3% über dem Vorjahresergebnis.

Die Frauen, die *6 bis 10 persönliche Kontakte* zur Hebamme hatten, machen auch den größten Anteil der *Hausgeburtsgruppe* aus: Waren es im Jahr 2003 genau 47,7% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme, so sind es im Jahr 2004 vergleichbare 47,8% aller Kontakte zur Hausgeburtshebamme. Bei den *Geburtshäusern* ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen (von 51,2% aller Kontakte im Geburtshauskollektiv im Jahr 2003 auf 51,6% im Jahr 2004). Auch in den *anderen Institutionen* ist die Prozentzahl der Kontakte in dieser Sparte (*6 bis 10 persönliche Kontakte*) stark gestiegen (von 33,7% aller Kontakte in anderen außerklinischen Institutionen im Jahr 2003 auf 42,2% im Jahr 2004).

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	517	464	123	7	1111
	Spalten-%	11,1	10,9	17,1	3,1	11,2
1 - 5	Anzahl	2277	2499	338	187	5301
	Spalten-%	48,7	58,4	47,1	83,1	53,6
6 - 10	Anzahl	1646	1189	207	31	3073
	Spalten-%	35,2	27,8	28,8	13,8	31,1
11 - 15	Anzahl	216	119	46		381
	Spalten-%	4,6	2,8	6,4		3,9
mehr als 15	Anzahl	6	2	4		12
	Spalten-%	,1	,0	,6		,1
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	11	3			14
	Spalten-%	,2	,1			,1
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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

Genau 86,5% aller Frauen haben im Vorjahr Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen, im Jahr 2004 sind es genau 88,7%. 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 13,5% auf 11,2% gefallen, bei 0,1% der Geburten fehlte die Angabe. Unabhängig von der Einrichtung haben 53,6% der Frauen mindestens *1–5 Vorsorgeuntersuchungen* (etwa 2% weniger als im Vorjahr) und 31,1% der Frauen haben *6–10 Untersuchungen* bei einer Hebamme wahrgenommen (und damit fast 4% mehr als im Vorjahr).

Betrachten wir die einzelnen Einrichtungen, so fällt die Gruppe der anderen außerklinischen Institutionen auf, die im Jahr 2003 noch 32,5% der Einträge mit „keine Hebammenvorsorgeuntersuchungen“ aufwies und im Jahr 2004 auf 17,1% dieser Einträge gefallen 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. außerkli. Inst.	Arzt/Ärztin	
Nein	Anzahl	404	74	17		495
	Spalten-%	8,6	1,7	2,4		5,0
Ja	Anzahl	4268	4202	701	225	9396
	Spalten-%	91,3	98,3	97,6	100,0	95,0
Angabe fehlt	Anzahl	1				1
	Spalten-%	,0				,0
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Insgesamt haben 95% aller Frauen mindestens eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen (im Jahr 2003 waren es etwas mehr: 95,9%). 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 2003 nur genau 404 Frauen, die keine ärztliche Praxis zur Vorsorge aufgesucht haben, oder 4,1% des Gesamtkollektivs – 495 Frauen oder 5% des Gesamtkollektivs waren es im Jahr 2004.

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	1318	715	81	1	2115
	Spalten-%	28,2	16,7	11,3	,4	21,4
Ja	Anzahl	3352	3561	637	224	7774
	Spalten-%	71,7	83,3	88,7	99,6	78,6
Angabe fehlt	Anzahl	3				3
	Spalten-%	,1				,0
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Der Anteil der Schwangeren, die eine Ultraschalluntersuchung nach der 30. Schwangerschaftswoche wahrnehmen, liegt mit 78,6% um 3,4% unter dem Vorjahresergebnis.

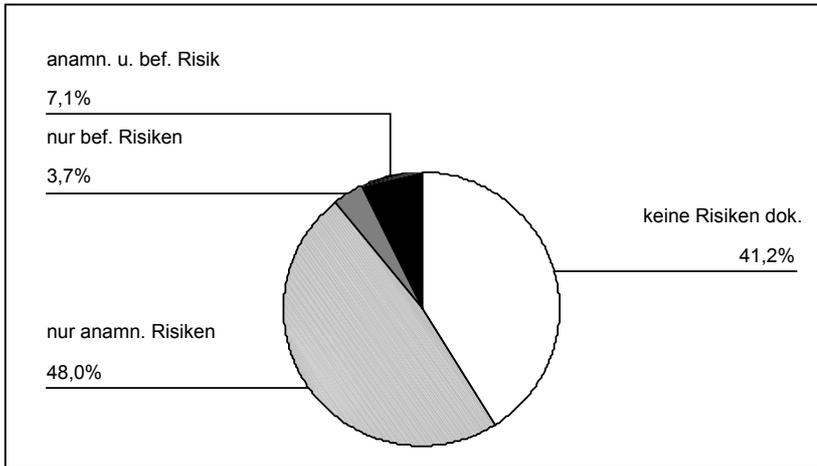
Für 78,6% aller Frauen sind Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche dokumentiert – im Jahr 2003 waren es 81% aller Frauen. Anders ausgedrückt: Für 2.115 Schwangere (21,4% aller Schwangeren) sind keine Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche belegt. Im Jahr 2003 traf dies für genau 1.864 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
2003 und 2004

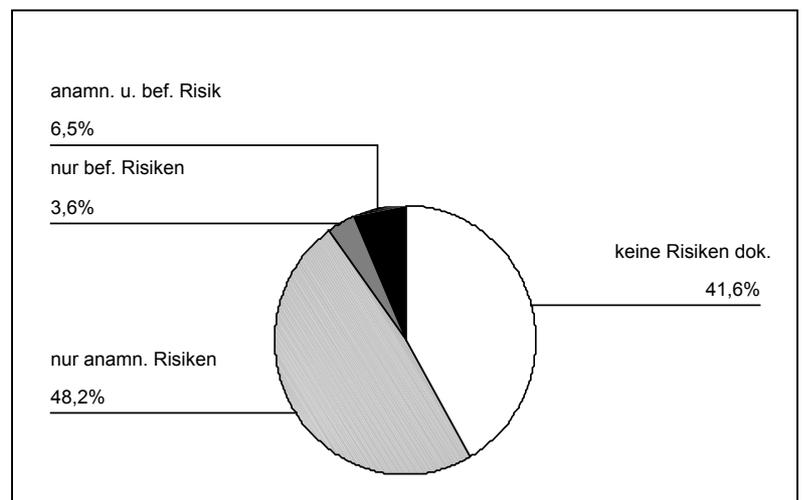
2003



Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Gruppe der risikofreien Frauen in etwa gleich, der Anteil an Frauen mit befundeten Risiken sank um insgesamt 0,7%.

Prozentzahlen bezogen auf
n= 9.465 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2003) bzw. auf n= 9.382 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2004)

2004



Wie häufig Frauen mit Risikofaktoren im Mutterpass – entweder von ärztlicher oder von Hebammenseite dokumentiert – in der außerklinischen Geburtshilfe in den Jahren 2003 und 2004 anzutreffen waren, zeigt die Abbildung 8.

Für 4.119 Frauen oder 41,6% aller Frauen sind im Jahr 2004 keine Risikofaktoren im Mutterpass dokumentiert – weder von ärztlicher noch von Hebammenseite – und damit ist der Anteil zum Vorjahr leicht gestiegen (für 2003 waren es 4.040 Frauen oder 41,2%) – die Zahlenwerte für 2004 siehe in Tabelle 13. Hatten im Jahr 1999 noch 52,2% und im Jahr 2000 noch 48,8% aller Frauen diese Bezeichnung, waren es 2003 – wie die obere Grafik zeigt – nur noch 41,2% und sind es im Jahr 2004 – wie erwähnt – 41,6% aller Frauen. Dieser leichte Anstieg liegt vermutlich am höheren Anteil an Hausgeburten im Jahr 2004.

Die Auswertung ergibt auf der anderen Seite, dass 4.772 Frauen oder 48,2% aller Schwangeren lediglich Risiken in der *Anamnese* (damit etwas mehr als im Jahr 2003 mit 48,0%) und nur 3,6% im Verlauf der Schwangerschaft erhobene Befunde aufweisen (etwas weniger als im Vorjahr mit 3,7% befundeter Risiken). In 6,5% der Fälle lagen für 2004 sowohl anamnestische als auch befundete Risiken vor (im Jahr 2003 lag der Wert bei 7,1%) – dieser Bereich sank um beachtliche 0,6%. Dass heißt, befundete Risiken für die aktuelle Schwangerschaft lagen im Jahr 2003 in 1.057 Fällen oder bei 10,8% der Dokumentationsbögen vor, im Jahr 2004 betraf es 1.001 Frauen oder 10,1% aller Frauen. 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	4119	41,6
nur anamnestische Risiken	4772	48,2
nur befundete Risiken	361	3,6
anamnestische u. befundete Risiken	640	6,5
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Knapp 90% der Schwangeren – und damit vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis – konnten auf Grund ihrer Voraussetzungen im Jahr 2004 mit einer normalen Geburt rechnen.

Zusammen mit der Gruppe, die lediglich anamnestische Risiken aufwies, machen die Schwangeren ohne Risikoeintrag 89,8% aller erfassten Schwangeren aus. Dieses Ergebnis liegt mit 0,6% über dem Wert des Jahres 2003 (89,2% der Schwangeren).

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

Tabelle 14
Die fünf häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A	Anzahl	Gesamt-%
A14 Schwangere >35 Jahre	2426	24,5%
A04 Allergie	1726	17,4%
A01 Fam. Belastung	1289	13,0%
A02 Anamn. Erkrankung	741	7,5%
A19 Zustand n. >=2 Aborten/Abbrüche	377	3,8%

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Das am häufigste Risiko im Bereich „Anamnese und allgemeine Befunde“ (Katalog A im Dokumentationsbogen, identisch mit dem Katalog A im Mutterpass) war im Jahr 2004 mit 2.426 Fällen oder 24,5% aller Geburten das *Alter der Frauen über 35 Jahre*. Damit kam es zu einem leichten Anstieg: Im Vorjahr lag in 2.347 Fällen oder bei 23,9% 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 1.726 Fällen oder 17,4% aller Geburten die *Allergie* dokumentiert (Vorjahr: 1.841 Fälle oder 18,8% aller Geburten). Ein Rückgang um 1,4% 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. Allergie als Eintrag 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 ist gleichgeblieben: Eine Eintrag gab es bei 13% aller Geburten (1.289 Fälle) gegenüber 13,1% aller Geburten (1.282 Fälle) im Vorjahr. Anamnestische Erkrankungen gibt es etwas häufiger: 7,5% aller Geburten (741 Fälle) gegenüber 7,2% aller Geburten (703 Fälle) im Vorjahr. Der Zustand nach zwei oder mehr Aborten ist mit 3,8% aller Geburten (377 Fälle) etwas zurückgegangen (4,3% aller Geburten (425 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

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog B	Anzahl	Gesamt-%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	154	1,6%
B52 And.Besonderheiten	93	,9%
B29 Abusus	75	,8%
B32 Blutungen < 28 SSW	63	,6%
B38 Terminunklarheit	62	,6%

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Zu den fünf häufigsten Befunden gehören *vorzeitige Wehen* in 154 Fällen oder 1,6% aller Geburten (im Jahr 2003 waren es 146 Fälle oder 1,5% aller Geburten). Es folgen *andere Besonderheiten* mit 93 Fällen oder 0,9% aller Geburten (im Jahr 2003 waren es 95 Fälle oder 1% aller Geburten), *Abusus* in 75 Fällen oder 0,8% aller Geburten (im Jahr 2003 waren es 70 Fälle oder 0,7%), *Blutungen vor der 28. Woche* in 63 Fällen oder 0,6% aller Geburten (im Jahr 2003 waren es 99 Fälle oder 1,0% aller Geburten) und die *Terminunklarheit* in 62 Fällen oder 0,6% aller Geburten (im Jahr 2003 waren es 72 Fälle oder 0,7% aller Geburten). Alle Befunde lassen per se noch nicht auf Schwierigkeiten bei der Geburt schließen. Alle weiteren, selteneren Befunde 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 2004 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 Geburtsumständen 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	859	761	92	13	1725
	Spalten-%	18,4	17,8	12,8	5,8	17,4
...wie geplant	Anzahl	3814	3515	626	212	8167
	Spalten-%	81,6	82,2	87,2	94,2	82,6
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Lediglich bei etwa jeder sechsten Geburt kommt es – im Vorjahr bei jeder fünften – zu einer Umentscheidung.

Die dokumentierten Geburten fanden zu etwa 82,6% (im Vorjahr zu etwa 82,1%) 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 18,4% aller geplanten *Hausgeburten* kam es zu einer Umentscheidung – mit dem Vorjahresergebnis von 18,2% vergleichbar. Bei 17,8% aller geplanten *Geburtshausgeburten* erfolgte eine Umentscheidung. Gegenüber dem Vorjahr mit 19,2% waren es 2004 genau 1,4% mehr Umentscheidungen. Bei den in *anderen außerklinischen Institutionen* geplanten Geburten ereignete sich in 12,8% aller dort geplanten Geburten eine Umentscheidung (gegenüber 14,6% 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	1	3764	21			4	433	4223
	Gesamt-%	,0%	38,1%	,2%			,0%	4,4%	42,7%
Geburtshaus	Anzahl	3	128	3463	1		1	649	4245
	Gesamt-%	,0%	1,3%	35,0%	,0%		,0%	6,6%	42,9%
Arztpraxis	Anzahl		1		213			8	222
	Gesamt-%		,0%		2,2%			,1%	2,2%
Entbindungsheim	Anzahl		2			181		17	200
	Gesamt-%		,0%			1,8%		,2%	2,0%
Hebammenpraxis	Anzahl		25	2	1	1	536	69	634
	Gesamt-%		,3%	,0%	,0%	,0%	5,4%	,7%	6,4%
Klinik	Anzahl	3	211	21	2	1	7	10	255
	Gesamt-%	,0%	2,1%	,2%	,0%	,0%	,1%	,1%	2,6%
noch unklar	Anzahl		89	10			3	11	113
	Gesamt-%		,9%	,1%			,0%	,1%	1,1%
Anzahl		7	4220	3517	217	183	551	1197	9892
Gesamt-%		,1%	42,7%	35,6%	2,2%	1,8%	5,6%	12,1%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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

Eine Klinikgeburt ereignete sich in 1.197 Fällen oder bei 12,1% aller Geburten, wobei 10 Geburten (oder 0,1%) bereits als Klinikgeburten geplant waren. Bei diesen 10 Frauen ist die Geburt durch ihre vertraute Hebamme „anbetreut“ worden. Die Umentscheidung von einem außerklinisch geplanten Geburtsort zur Entbindung in der Klinik ereignete sich in 1.086 Fällen – da zusätzlich zu den anbetreuten Geburten bei 11 Klinikgeburten zum Geburtszeitpunkt die Entscheidung über den angestrebten Geburtsort noch nicht gefallen war (0,1% aller Geburten).

Da die Klinikgeburt sich am stärksten von der Hausgeburt unterscheidet, sei diese Zahl hier betont: Nur 433 Geburten oder 4,4% aller Geburten waren als Hausgeburt geplant und wurden aber als Krankenhausentbindungen durchgeführt. Dies sind vergleichbar wenige wie im Vorjahr: Im Jahr 2003 gab es 1.257 Fälle von komplett durchgeführten Klinikentbindungen oder 12,8% aller Entbindungen, wovon 427 Fälle oder 4,4% aller Geburten als Hausgeburten geplant waren.

Andere Entscheidungen bei einer ursprünglich geplanten Hausgeburt kamen wesentlich seltener vor: So erlebten 21 dieser Frauen oder 0,2% der Gesamtmenge ihre Geburt in einem Geburtshaus (im Vorjahr 23 Frauen oder ebenfalls 0,2% der Gesamtmenge) und nur 4 Frauen gebären in einer Hebammenpraxis.

In 649 Fällen oder 6,6% aller Geburten war eine Geburt im Geburtshaus geplant, ereignete sich dann aber in einer Klinik (im Jahr 2003 waren dies geringfügig mehr: 661 Fälle oder 6,7% aller Geburten). Genau 128 Frauen oder 1,3% aller Frauen gingen zur Geburt nicht wie geplant in ein Geburtshaus, sondern blieben zu Hause (2003 waren es etwas mehr: 141 Frauen oder 1,4% aller Frauen).

Die sieben (im Vorjahr: drei) 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 2004 insgesamt 255 Frauen oder 2,6% der Gesamtgruppe eine Klinikgeburt geplant. Genau 245 Frauen (2,5% aller Schwangeren) haben dann doch in einer anderen Einrichtung ihr Kind zur Welt gebracht: Dies sind etwas mehr als im Vorjahr (226 Gebärende oder 2,3% aller Frauen hatten eine Klinikgeburt geplant und 221 Frauen oder 2,2% sind nicht in der Klinik entbunden worden). Diese Zahlen können evtl. nicht auf Null 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 allermeisten 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 (6,6% 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

1. Ruf bis kontinuierliche Anwesenheit

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	31	,3
Ruf nach Geb.	2	,0
Ruf zur Geb.	218	2,2
bis 1 Std.	3863	39,1
1 bis 3 Std.	2769	28,0
3 bis 5 Std.	971	9,8
5 bis 10 Std.	1060	10,7
10 bis 24 Std.	815	8,2
1 bis 2 Tage	133	1,3
mehr als 2 Tage	30	,3
Gesamt	9892	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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

In 67% 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 3.863 Geburten oder 39,1% aller Geburten (gegenüber 3.807 Geburten oder 38,8% im Jahr 2003) die Hebamme *innerhalb einer Stunde* nach dem ersten Ruf zum Geburtsbeginn bei der Schwangeren kontinuierlich anwesend war.

Bei 2.769 Geburten oder 28,0% aller Geburten (gegenüber 2.822 Geburten oder 28,8% 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 67,1% der Fälle war die Hebamme innerhalb von drei Stunden nach dem ersten Ruf zur Geburt bei der Gebärenden durchgehend anwesend. Damit ähnelt diese Zahl dem Vorjahresergebnis mit 67,6% aller Geburten.

Eine ständige Anwesenheit innerhalb von *3 bis 24 Stunden* konnte bei insgesamt 2.846 Frauen oder 28,7% aller Geburten (gegenüber 2.746 Frauen oder 28,1% 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 815 Fällen oder 8,2% (Vorjahr: 7,6%) 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 30 Fällen oder 0,3% aller Geburten (gegenüber 40 Fällen oder 0,4% im Vorjahr), war die Hebamme erst nach *mehr als zwei Tagen* kontinuierlich anwesend. Hierbei könnte es sich um Frauen handeln, die den Geburtsbeginn falsch eingeschätzt hatten, woraufhin sich die Hebamme zwei Tage bis zur kontinuierlichen Anwesenheit nur im Einzelkontakt mit der Frau befand.

In lediglich 2 Fällen (gegenüber 8 Fällen oder 0,1% aller Geburten im Vorjahr) ist die Hebamme erst *nach der Geburt* gerufen worden und bei der Frau eingetroffen, wobei es sich um ungeplante außerklinische Geburten oder um einen überraschend schnellen Verlauf der Geburt gehandelt haben könnte, so dass die Hebamme nicht rechtzeitig hinzugezogen werden konnte.

In einigen Fällen, in genau 218 Fällen oder 2,2% aller Geburten ist eine Hebamme zum *Zeitpunkt der Geburt* gerufen worden (vergleichbar mit 215 Fällen oder 2,2% 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 220 Fälle oder 2,2% aller Geburten (vergleichbar mit 223 Fälle oder 2,3% aller Geburten im Vorjahr). Die Anzahl der *fehlenden Angaben* ist mit 30 Fällen gegenüber dem Vorjahr um das Doppelte gestiegen.

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	62	,6
Eintr. nach Geb.	225	2,3
Eintr. zur Geb.	123	1,2
bis 1 Std.	1252	12,7
1 bis 3 Std.	2981	30,1
3 bis 5 Std.	1872	18,9
5 bis 10 Std.	1957	19,8
10 bis 24 Std.	1256	12,7
1 bis 2 Tage	149	1,5
mehr als 2 Tage	15	,2
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

In 83% 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 4.853 Geburten (2.981 plus 1.872 Geburten) oder 50,0% aller Geburten betrug die Zeit zwischen dem Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme und der Geburt *eine bis fünf Stunden* (Vorjahr: 4.813 Geburten oder 49,1%). In 3.213 Fällen (1.957 plus 1.256 Geburten) oder 32,5% aller Geburten (und damit etwas seltener als im Vorjahr mit 3.405 Fällen oder 34,7%) dauerte die Betreuungszeit *5 bis 24 Stunden*.

In 348 Fällen (3,5% aller Geburten) kam die Hebamme erst zur oder sogar nach der Geburt. Im Jahr 2003 wurden weniger, und zwar 242 Fälle (2,4%) dokumentiert. Das Eintreffen nach der Geburt ist im Jahr 2004 mit 225 Fällen oder 2,3% besonders gestiegen (2003: 120 Fällen oder 1,6% aller Geburten). Die Fälle, in denen die Hebamme erst zur Geburt eintreffen konnte, sind gleich geblieben: 123 Fälle oder 1,2% aller Geburten (2003: 122 Fälle oder 1,2%). In 1.252 Fällen (oder 12,7%) – und damit etwas häufiger als im Vorjahr mit 1.096 Fällen (oder 11,2% 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 (149 Fälle oder 1,5% gegenüber dem Vorjahreswert von 165 Fälle oder 1,7% aller Geburten) blieben die Hebammen ein bis zwei Tage kontinuierlich bei den Gebärenden. In 15 Fällen oder 0,2% aller Geburten (im Vorjahr: 11 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 Institutionen befanden, wo durch Schichtwechsel diese lange Betreuungszeit möglich wurde. Erfreulich ist, dass sich die Anzahl der fehlenden Angaben wieder etwas verringert hat (2004 sind es 62 fehlende Angaben, im Jahr 2003 waren es 74 fehlende Angaben).

Betreuungszeiten bis zu 24 Stunden können in der Hausgeburtshilfe 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 nächstgelegenen Klinik		Beteiligte Einrichtung				Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin	
bis 10 km	Anzahl	3182	3787	660	214	7843
	Spalten-%	68,1	88,6	91,9	95,1	79,3
11 bis 20 km	Anzahl	1106	300	41	1	1448
	Spalten-%	23,7	7,0	5,7	,4	14,6
21 bis 30 km	Anzahl	191	111	7	1	310
	Spalten-%	4,1	2,6	1,0	,4	3,1
31 bis 40 km	Anzahl	15				15
	Spalten-%	,3				,2
41 bis 50 km	Anzahl	2				2
	Spalten-%	,0				,0
mehr als 50 km	Anzahl	2				2
	Spalten-%	,0				,0
Angabe fehlt	Anzahl	175	78	10	9	272
	Spalten-%	3,7	1,8	1,4	4,0	2,7
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Bei den *Hausgeburtshebammen*, die im Bedarfsfall aus den Wohnungen ihrer Klientinnen verlegen müssen, liegen die nächsten Kliniken in 68,1% der Hausgeburten nicht weiter als 10 Kilometer (und damit vergleichbar mit 68,0% im Jahr 2003) und bei 23,7% der Hausgeburten nicht weiter als 11 bis 20 Kilometer entfernt (2003 ebenfalls 23,7%).

Nur in Einzelfällen (insgesamt 19 Fälle) hätte die Hebamme im Jahr 2004 die betreute Frau über dreißig Kilometer weit verlegen müssen. Für das Jahr 2003 waren dies 8 Fälle und damit bedeutend weniger gewesen.

Bei den *Geburtshäusern* lag in 88,6% der Geburtshausgeburten das nächstgelegene Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km (seltener als 2003 mit 90,3% aller Geburtshausgeburten). Geburten in anderen außerklinischen Institutionen hatten in 91,9% der dortigen Geburten eine Klinik innerhalb von 10 km Entfernung zur Verfügung (im Vorjahr waren es 89,4% aller Geburten in diesen Institutionen). Nur selten (bei 1,0% der Geburten in diesen Institutionen, noch seltener als 2003 mit 3,4%) 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 90 mal aufgetretenen, siehe Tabelle 21) – eiligen Verlegungsfall (2003 waren es 105 Fälle) entsprechend handeln zu können.

Es wurde gesondert abfragt, wie viele Erstgebärende und wie viele Zweit- bzw. Mehrgebärende aus den einzelnen Einrichtungen sich umentschieden hatten bzw. verlegt worden sind (siehe Tabelle 60 im Anhang).

Insgesamt haben 3.590 *Erstgebärende* eine außerklinische Geburt begonnen (im Jahr 2003 waren es 3.637 Erstgebärende). Aus dieser Gruppe haben 833 Frauen (23,2%) die Geburt in einer Klinik beendet (im Jahr 2003 waren es 877 Frauen oder 24,1% aller Erstgebärenden).

Genau 273 Frauen oder 32,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine *Hausgeburt* geplant (2003 waren es mehr: 249 Frauen oder 28,4% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden der Hausgeburtshilfe, bedeutet dies, dass nur 22,8% im Gegensatz zum Vorjahr mit 23,6% aller Erstgebärenden der Hausgeburtshilfe, klinisch entbunden wurden.

Im Ganzen hatten 493 Frauen oder 59,2% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden zuvor eine *Geburtshausgeburt* geplant (Im Vorjahr waren es mehr: 533 Frauen oder 60,8% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden in der Geburtshausgruppe bedeutet dies, dass etwa ein Viertel, 24,9% aller Erstgebärenden der Geburtshausgeburtshilfe (2003: 26,3%) klinisch entbunden wurde.

Genau 59 Frauen oder 7,1% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden hatten zuvor eine Geburt in einer *anderen außerklinischen Institution* geplant (Im Vorjahr waren es mehr: 88 Frauen oder 10% aller klinisch entbundenen Erstgebärenden). Bezogen auf alle Erstgebärenden der Geburtshilfe in anderen außerklinischen Institutionen, bedeutet dies, dass mehr als ein Fünftel, 21,3% (2003: 21% aller Erstgebärenden dieser Gruppe) klinisch entbunden wurde.

Nur 7,6% (2003: 6,8%) aller *Erstgebärenden* (die eine außerklinische Geburt geplant haben) hatten eine Hausgeburt, 13,7% (2003: 14,7%) eine Geburtshausgeburt und 1,6% (2003: 2,4%) eine Geburt in einer anderen außerklinischen Institution geplant, haben aber in der Klinik geboren. Geburtshäuser haben die größte Klientel an Erstgebärenden – entsprechend hoch ist der Anteil der Erstgebärenden, die in einer Klinik geboren haben.

Von den insgesamt 3.447 *Zweitgebärenden*, die eine außerklinische Geburt geplant hatten, wurden im Jahr 2004 genau 2,7% aus der Hausgeburtsklientel (weniger als 2003 mit 3,2%), 3,4% aus der Geburtshausklientel (mehr als 2003 mit 2,9%) und 0,2% aus der Klientel anderer außerklinischer Institutionen in einer Klinik entbunden (weniger als 2003 mit 0,9%). Da ähnlich viele Zweitgebärende auf beide Einrichtungen (Hausgeburt und Geburtshaus) verteilt sind, unterscheiden sich die Ergebnisse dieser beiden Einrichtungen nicht stark.

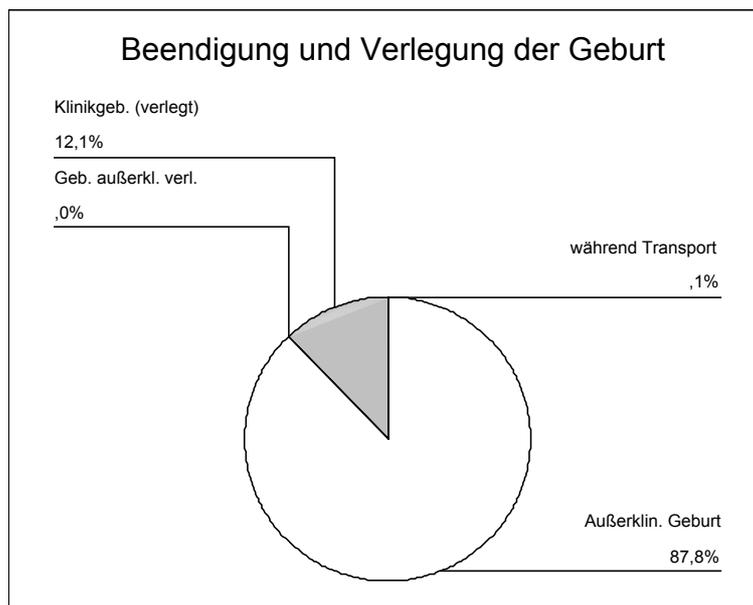
Von den insgesamt 2.490 *Dritt- und Mehrgebärenden*, die eine außerklinische Geburt geplant hatten, wurden im Jahr 2004 genau 3,5% dieser Gruppe aus der Hausgeburtsklientel (etwas mehr als im Vorjahr), 1% aus der Geburtshausklientel (etwas weniger als im Vorjahr) und 0,4% aus der Klientel anderer außerklinischer Institutionen (gleichbleibend) in einer Klinik entbunden. 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 Hausgeburtshilfe, die in einer Klinik geboren haben.

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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Prozentual mehr Gebärende (87,8%) als im Vorjahr (87,1%) 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 87,1% (im Jahr 2003) auf 87,8% (im Jahr 2004) um 0,7% leicht erhöht. Die folgenden Zahlen für diese Abbildung sind im Anhang in Tabellen 59 und 60 sowie in Abbildung 3 nachzulesen. Insgesamt sind 1.201 Frauen und damit 12,1% aller Frauen (etwas weniger als 2003: 1.259 Frauen oder 13%) unter der Geburt verlegt worden. Davon sind 1.197 Frauen (2003: 1.257 Frauen) von einem außerklinischen Geburtsort in eine Klinik und nur 4 Frauen (2003: 2 Frauen) innerhalb des außerklinischen Bereichs – etwa von zu Hause in ein Geburtshaus – verlegt worden. Sieben 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
		Angabe fehlt	in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	1	8		9
	Gesamt-%	,1	,7		,8
Privatfahrzeug	Anzahl		942	14	956
	Gesamt-%		78,7	1,2	79,9
Rettungsfahrzeug	Anzahl	1	155	76	232
	Gesamt-%	,1	12,9	6,3	19,4
Anzahl		2	1105	90	1197
Gesamt-%		,2	92,3	7,5	100,0

n= 1.197 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Im Jahr 2004 wurden 15 Frauen weniger in einer Notfallsituation verlegt als im Vorjahr.

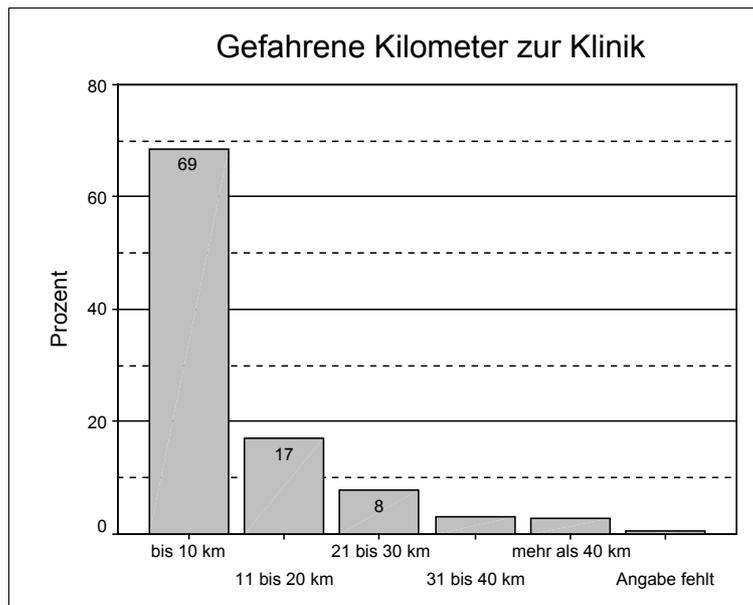
Es wurden im Jahr 2004 insgesamt 1.105 Frauen oder 92,3% aller Transporte (gegenüber 2003 mit insgesamt 1.152 Frauen oder 91,6% aller Transporte) in Ruhe und lediglich 90 Fahrten als Notfall verlegt, d.h. 7,5% aller Verlegungen (gegenüber 2003: 105 Fahrten in Not oder 8,4% aller Transporte) und gleichzeitig 0,9% aller Geburten (2003: 1,1% aller Geburten).

Damit sind die Notfallverlegungen von einem niedrigen Wert um etwa 1% aller Verlegungen zurückgegangen. Eine solche Schwankung erklärt sich durch die relativ kleinen Mengen. Diese 90 Notfallverlegungen teilen sich in Fahrten mit dem Rettungswagen (6,3% aller Verlegungen) und wenigen Notfallfahrten im Privatwagen (1,2% 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 knapp 60% der Notfallverlegungen war eine operative Geburtsbeendigung notwendig (weiteres zum Geburtsmodus der 90 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 1.197 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 1.197 erfassten Verlegungen fanden im Jahr 2004 genau 68,6% (2003: 69,1%) 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 Verlegungsdistancen über 10 km leicht erhöht, der Anteil der Verlegungen mit einer Strecke zwischen 11 km und 20 km mit 205 Fahrten oder 17,1% aller Verlegungen (2003: 193 Fahrten oder 15,4%) ebenfalls. Auch Fahrten mit einer Distanz von 21 km bis 30 Kilometern traten etwas häufiger auf: 95 Fälle oder 7,9% aller Verlegungen im Gegensatz zu 93 Fällen oder 7,4% 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 70 Verlegungen oder 5,9% aller Verlegungen mit einer weiteren Anfahrt als 30 Kilometern bis zum endgültigen Geburtsort überschritten ebenfalls den Vorjahreswert (59 Verlegungen oder 4,7% aller Verlegungen). Zu berücksichtigen ist, dass nur bei 6 Fahrten die Kilometerangabe fehlt, im Gegensatz zu 44 fehlenden Angaben im Vorjahr. Insgesamt gesehen wurden die Fahrstrecken zur nächsten Klinik kurz gehalten, doch lassen sich offensicht-

lich angesichts der Schließung kleinerer geburtshilflicher Kliniken seltener als im Jahr 2003 längere Wege 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						Gesamt
		bis 10 km	11 bis 20 km	21 bis 30 km	31 bis 40 km	mehr als 40 km	Angabe fehlt	
bis 10 km	Anzahl	804	110	52	20	23	5	1014
	Gesamt-%	67,2	9,2	4,3	1,7	1,9	,4	84,7
11 bis 20 km	Anzahl	6	93	18	7	7	1	132
	Gesamt-%	,5	7,8	1,5	,6	,6	,1	11,0
21 bis 30 km	Anzahl	1		23	8	1		33
	Gesamt-%	,1		1,9	,7	,1		2,8
31 bis 40 km	Anzahl				3			3
	Gesamt-%				,3			,3
41 bis 50 km	Anzahl					1		1
	Gesamt-%					,1		,1
mehr als 50 km	Anzahl		1					1
	Gesamt-%		,1					,1
Angabe fehlt	Anzahl	10	1	2				13
	Gesamt-%	,8	,1	,2				1,1
Anzahl		821	205	95	38	32	6	1197
Gesamt-%		68,6	17,1	7,9	3,2	2,7	,5	100,0

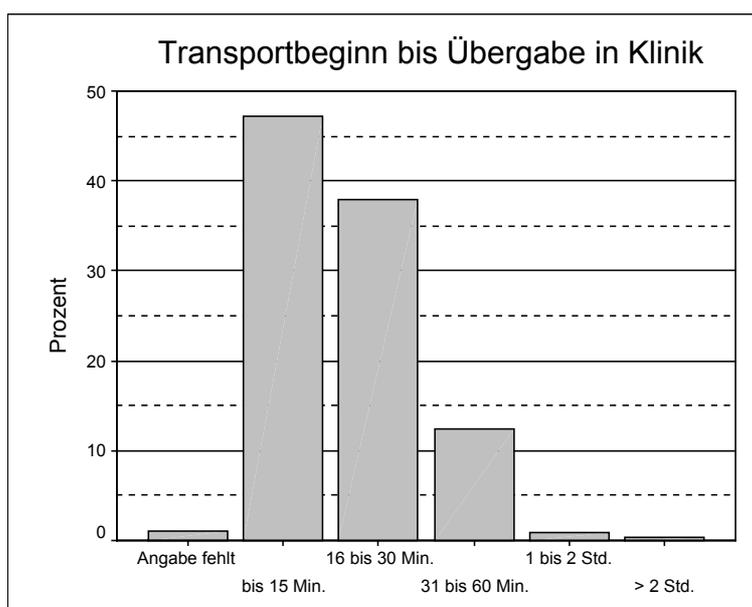
Prozentzahlen beziehen sich auf n= 1.197 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Wie erwähnt, war in 821 Fällen oder 68,6% aller Verlegungen nach höchstens 10 gefahrenen Kilometern der Geburtsort erreicht (gegenüber in 868 Fällen oder 69,1% im Jahr 2003).

Zusammengenommen wurde in 1.026 Fällen oder 85,7% (gegenüber 1.061 Fällen oder 84,5% im Jahr 2003) 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 7,9% 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 6,3% im Jahr 2003). Die Ergebnisse liegen in vertretbaren Schwankungsbreiten und zeigen zum einen das Bemühen, kurze Strecken zu wählen, andererseits auch die Schwierigkeiten, 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 1.197 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, siehe auch die genauen Angaben in Tabelle 62 im Anhang. In 85,2% aller Verlegungsfälle (2003: in 86,2% aller Verlegungen) war eine Verlegung in einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten abgeschlossen und damit wurde das gute Ergebnis vom Vorjahr um 1% verfehlt.

Innerhalb von 15 Minuten wurden 566 Frauen (47,3% aller Verlegungen) – gegenüber 646 Frauen (51,4% aller Verlegungen) im Jahr 2003 – an eine Klinik übergeben. Siehe die ganzen Zahlen im Anhang, Tabelle 62. Eine Transportdauer von 16 bis 30 Minuten ergab sich in 454 Fällen oder 37,9% aller Verlegungen – drei Prozent mehr als im Vorjahr mit 437 Fällen oder 34,8% aller Transporte.

Eine Dauer zwischen 31 Minuten bis zu 1 Stunde wurde bei 149 Verlegungen (12,4% aller Verlegungen) berechnet – gegenüber 139 Verlegungen (aber 11,1% aller Verlegungen) im Vorjahr. In 15 Fällen (1,2% aller Verlegungen) – und damit weniger als im Vorjahr mit 21 Fällen (1,7% aller Verlegungen) – war eine Transportdauer von mehr als einer Stunde angegeben. Die fehlenden Angaben liegen bei 13 Fällen oder 1,1% aller Verlegungen (2003: 14 Fälle oder ebenfalls 1,1%).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Transportzeiten nicht verkürzt. Alle 90 Notfallverlegungen werden für 2004 nochmals nach genauer Verlegungsdauer aufgelistet:

Tabelle 23
Transportdauer in Minuten bei allen Notfallverlegungen

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

	Häufigkeit	Prozent
2,00	1	1,1
3,00	2	2,2
5,00	2	2,2
6,00	3	3,3
7,00	5	5,6
8,00	5	5,6
10,00	27	30,0
11,00	1	1,1
13,00	3	3,3
14,00	1	1,1
15,00	13	14,4
17,00	1	1,1
18,00	3	3,3
19,00	2	2,2
20,00	8	8,9
23,00	1	1,1
24,00	1	1,1
25,00	4	4,4
27,00	1	1,1
28,00	1	1,1
30,00	2	2,2
40,00	1	1,1
45,00	1	1,1
55,00	1	1,1
Gesamt	90	100,0

n= 90 Verlegungen (alle Notfalltransporte im Jahr 2004)

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

Alle Notfallverlegungen waren bereits innerhalb von 55 Minuten abgeschlossen (2003: 75 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. Innerhalb von 30 Minuten waren die meisten, und zwar 87 Frauen von 90 Notfallverlegungen verlegt (2003: 94 Frauen von 105 Notfallverlegungen). Fast 71% der Gebärenden haben innerhalb von 15 Minuten den endgültigen Entbindungsort erreicht (im Vorjahr waren es fast 70%). Damit hat sich die Verlegungspraxis verbessert. Grundsätzlich 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
		Angabe fehlt	in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl		40	2	42
	Gesamt-%		3,3	,2	3,5
bis 1 Stunde	Anzahl	1	137	49	187
	Gesamt-%	,1	11,4	4,1	15,6
1 bis 6 Std.	Anzahl	1	573	31	605
	Gesamt-%	,1	47,9	2,6	50,5
6 bis 12 Std.	Anzahl		240	5	245
	Gesamt-%		20,1	,4	20,5
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl		87	2	89
	Gesamt-%		7,3	,2	7,4
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		23	1	24
	Gesamt-%		1,9	,1	2,0
über 2 Tage	Anzahl		5		5
	Gesamt-%		,4		,4
Anzahl		2	1105	90	1197
Gesamt-%		,2	92,3	7,5	100,0

n= 1.197 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 1.197 subpartal verlegten Frauen konnten – wie oben schon erwähnt – 1.105 Frauen (92,3% aller Transportierten) und damit etwas mehr als im Vorjahr (91,6%) in Ruhe verlegt werden.

Genauer zu betrachten sind die genannten 90 Fälle, die als Notfälle stattfanden: 49 dieser Frauen waren bereits innerhalb einer Stunde nach Übergabe in der Klinik entbunden. Diese Gruppe macht 4,1% aller Verlegungen aus, ebenfalls 4,1% 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 31 Frauen bzw. 2,6% aller Verlegten entbunden (gegenüber 3,3% 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.

Wie die Geburten nach einer Verlegung abgelaufen sind, deutet folgende Tabelle an, welche die Übergabezeit (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						Gesamt
		Angabe fehlt	Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl		22		2	1	17	42
	Gesamt-%		1,8		,2	,1	1,4	3,5
bis 1 Stunde	Anzahl		77	25	18	5	62	187
	Gesamt-%		6,4	2,1	1,5	,4	5,2	15,6
1 bis 6 Std.	Anzahl	1	271	38	49	8	238	605
	Gesamt-%	,1	22,6	3,2	4,1	,7	19,9	50,5
6 bis 12 Std.	Anzahl		93	14	34		104	245
	Gesamt-%		7,8	1,2	2,8		8,7	20,5
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl		38	8	9	1	33	89
	Gesamt-%		3,2	,7	,8	,1	2,8	7,4
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		10		4		10	24
	Gesamt-%		,8		,3		,8	2,0
über 2 Tage	Anzahl		3	1	1			5
	Gesamt-%		,3	,1	,1			,4
Anzahl		1	514	86	117	15	464	1197
Gesamt-%		,1	42,9	7,2	9,8	1,3	38,8	100,0

n= 1.197 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Zum Gesamtüberblick: Deutlich sticht der hohe Anteil von insgesamt 600 spontaner Geburten (2003: 635 Geburten) hervor, bestehend aus 514 Spontangeburt (2003: 521 Fälle) und 86 Spontangeburt mit Kristellerhilfe (2003: 114 Fälle). Sie machen insgesamt 50,1% der Gesamtmenge an Verlegungen aus und liegen damit etwas unter dem Vorjahresergebnis mit 50,5%. D. h., im Jahr 2004 konnte die Hälfte der verlegten Frauen noch spontan entbunden werden. Der Anteil der vaginal-operativen Entbindung mit oder ohne Kristellerhilfe ist bei 132 Frauen oder 11,1% aller verlegten Frauen angegeben (im Vorjahr waren es 162 Frauen oder 12,9%).

Bei 464 Frauen oder 38,8% aller Verlegungen wurde eine Entbindung per Sectio durchgeführt (2003: 458 Frauen oder 36,4% aller Verlegungen). Die Rate ist demnach um 2,4% gestiegen. Es lässt sich aus den Ergebnissen der letzten sechs Jahre ein Trend zur Sectio ablesen, der näherer Untersuchungen bedarf.

Entbindungen im Zeitraum bis zu einer Stunde

Bei näherer Betrachtung der 187 subpartal verlegten Frauen, die innerhalb einer Stunde nach Verlegung entbunden wurden, konnten 102 Frauen ihr Kind spontan (77 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (25 Frauen) zur Welt bringen und machen damit 8,5% aller Verlegungen aus (siehe Tabelle 25). Im Jahr 2003 konnten von 235 Frauen genau 182 Frauen innerhalb einer Stunde nach Verlegung ihr Kind spontan (97 Frauen) oder spontan mit Kristellerhilfe (27 Frauen) zur Welt bringen – sie machten damit 9,8% aller Verlegungen und über die Hälfte aller Geburten innerhalb der ersten Stunde nach der Verlegung 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 Bezug zur Übergabezeit. Von den 464 durchgeführten Sectiones des Jahres 2004 erhielten 62 Frauen (5,2% aller Verlegungen) im Zeitraum von *bis zu einer Stunde* nach Übergabe in der Klinik einen Kaiserschnitt. Im Jahr 2003 waren es von den 458 Sectiones insgesamt 82 Frauen (6,5% aller Verlegungen). Die meisten Sectiones (238 Sectiones oder 19,9% aller Verlegungen) wurden im Jahr 2004 im Zeitraum von *einer bis sechs Stunden* nach der Übergabe in der Klinik durchgeführt, im Jahr 2003 lagen die Kaiserschnitte in diesem Zeitraum bei 17,3% aller Verlegungen.

Genau 23 Frauen (1,9%) wurden im Zeitraum *bis zu einer Stunde* nach Übergabe vaginal-operativ bzw. vaginal-operativ mit Kristellerhilfe entbunden. Im Jahr 2003 belief sich diese Zahl auf 29 Frauen (2,3% aller Verlegungen). Zusammen mit den 62 übergabenahen Kaiserschnitten kann in diesen insgesamt 85 Fällen oder 7,1% aller Verlegungen (im Vorjahr waren es 111 Fälle oder 8,8% aller Verlegungen) davon ausgegangen werden, dass bei der Geburt ein eiliges Eingreifen notwendig wurde.

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 2004 wurde bei 342 Frauen (28,6% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden durchgeführt (Tabelle 25). Dagegen wurde 2003 bei 367 Frauen (29,2% aller Verlegungen) ein Kaiserschnitt innerhalb von einer bis zu 12 Stunden gemacht. 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 gravierenden 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
...dieselbe Hebamme	219	18,3
...andere Hebamme	978	81,7
Gesamt	1197	100,0

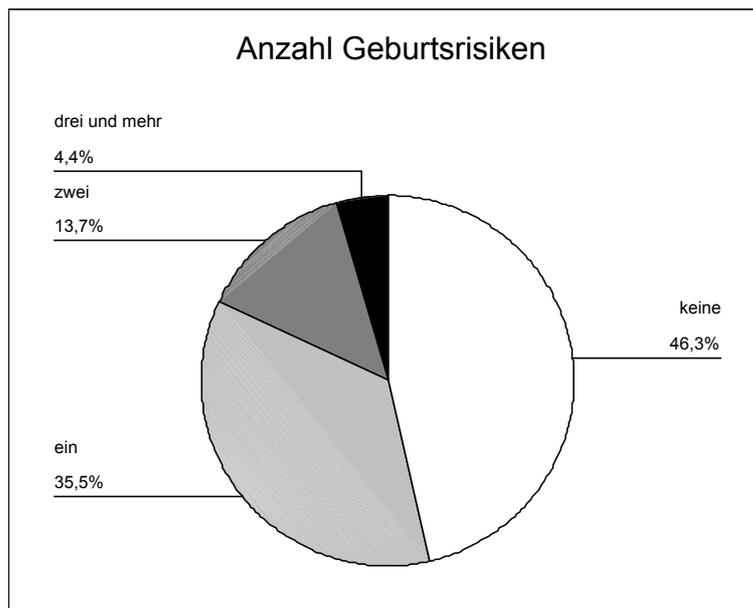
n= 1.197 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution in eine Klinik)

Von den 1.197 während der Geburt erfolgten Verlegungen ins Krankenhaus konnten die Geburten in 219 Fällen oder bei genau 18,3% aller Verlegungen von denjenigen Hebammen beendet werden, welche die Geburt außerhalb der Klinik begonnen hatten (im Jahr 2003 waren es von 1.257 Verlegungen 214 Fälle oder 17% aller Verlegungen). Die Tendenz ist ablesbar, dass freiberufliche Hebammen weiter in Klinikabläufe integriert werden. Eine kontinuierliche Betreuung über die Klinikturen hinaus ist sicher ein attraktives Angebot für Gebärende, gleichzeitig ist es begrüßenswert, wenn jederzeit ein Hebammenwechsel stattfinden kann, wenn bspw. die erste Hebamme übermüdet ist.

2.2.6 Dokumentierte Geburtsrisiken

Der außerklinische Dokumentationsbogen enthält einen Merkmalskatalog (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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Mehr als die Hälfte der Gebärenden wiesen Geburtsrisiken auf.

In 4.579 Fällen oder in 46,3% aller Geburtsverläufe – gegenüber nur 4.279 Fälle oder 43,6% aller Geburtsverläufe im Vorjahr – ist im Jahr 2004 kein Geburtsrisiko dokumentiert. Hier lässt sich – wie bereits im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verdeutlicht – zeigen, dass der Trend zur Zunahme an Pathologie aufgehalten wurde, wohl auf Grund des starken Hausgeburtsanteils im Jahr 2004. Der Bereich mit nur einem eingetragenen Risiko hat sich um 2,5% verringert, leicht erhöhte sich der Bereich zwei Risiken, der Bereich drei und mehr Risiken hat sich um fast 1% verringert, wie im Folgenden näher erläutert. Siehe Tabelle 63 im Anhang mit der Auflistung der ganzen Zahlen.

Im Jahr 2004 wurde bei 3.516 Geburten oder in 35,5% aller Geburten (gegenüber 3.726 Geburten oder 38% im Jahr 2003) ein Risiko in den Dokumentationsbogen eingetragen. Damit hatten 8.095 Frauen oder 81,8% der Gebärenden (gegenüber 8.005 Frauen oder 81,6% der Gebärenden im Vorjahr) keinen oder höchstens einen Risikoeintrag für die Zeit der Geburt.

Bei 1.360 Frauen oder bei 13,7% aller Geburten (13,1% im Vorjahr) wurden im Jahr 2004 zwei Risiken und bei 437 Frauen oder bei 4,4% (gegenüber 513 Frauen oder 5,2% im Vorjahr) drei und mehr Risiken erfasst. Es ist von einer Abnahme 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 2004 im Vergleich zum Vorjahr:

Der *vorzeitige Blasensprung C60* steht mit 2.190 Fällen oder 22,1% aller Geburten (2003: 2.167 Fälle oder 22,1%) an erster Stelle. Diese Nennung ist im Vergleich zum Vorjahr prozentual gleich geblieben.

Überschreitung des Termins C61 wurde am nächst häufigsten genannt: Dieser Punkt ist mit 2.133 Nennungen oder 21,6% aller Geburten (2003: 2.440 Nennungen oder 24,9%) um 3,3% zurückgegangen. Dabei ist anzumerken, 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	23	,2
36+0 bis 36+6	98	1,0
37+0 bis 37+6	402	4,1
38+0 bis 38+6	1211	12,2
39+0 bis 39+6	2811	28,4
40+0 bis 40+6	3346	33,8
41+0 bis 41+6	1756	17,8
42+0 bis 42+6	222	2,2
43+0 bis 43+6	12	,1
> 43. Woche	1	,0
Angabe nicht verwertbar	10	,1
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Insgesamt wurden 121 Kinder (oder 1,2% gegenüber 1,1% im Vorjahr) *vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche* geboren. *Nach der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche* sind genau 235 Kinder oder 2,3% geboren – im Vorjahr waren es 2,4%. Nur diese 235 Schwangerschaften oder 2,3% aller Geburten können als echte *Übertragungen* gelten. Damit kamen im Jahr 2004 insgesamt 96,5% aller hier erfassten Kinder nach einer tolerierbaren Schwangerschaftsdauer zur Welt (2003: ebenfalls 96,5%). Somit rangiert das Geburtsrisiko *Übertragung* im Grunde an sechster und letzter Stelle dieser Auflistung (ohne Darstellung in einer Tabelle).

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 1.017 Fällen oder 10,5% aller Geburten (704 Fälle oder 7,1% aller Geburten in der EP und 313 Fälle oder 3,2% aller Geburten in der AP) ist die Prozentanteil leicht gefallen (2003: insgesamt 1.039 Fälle oder 10,6% aller Geburten).

Grünes Fruchtwasser C78 mit 503 Nennungen oder 5,1% aller Geburten (im Vergleich zu 490 Nennungen oder 5,0% aller Geburten im Vorjahr) macht nochmals wesentlich weniger aus als der zuvor genannte Punkt, liegt aber in der Häufigkeit an vierter Stelle und ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen.

Zustand nach Sectio und anderen Uterusoperationen C69 mit 486 Fällen oder 4,9% aller Geburten (im Vergleich zu 473 Fällen oder 4,8% aller Geburten für das Jahr 2003) 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 271 Fällen oder 2,7% aller Geburten (im Gegensatz zu 371 Fällen oder 3,8% aller Geburten im Vorjahr) am sechsthäufigsten genannt und ist erfreulicherweise um einen Prozentpunkt zurückgegangen.

Alle hier aufgelisteten Risiken sind mit dem Vorjahreswerten vergleichbar.

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 704 Gebärenden wurden 512 Frauen oder 5,2% aller Geburten verlegt (2003: von 697 Gebärenden 479 oder 4,9% aller Gebärenden verlegt).

Die Tabelle zeigt weiter, dass in 146 Fällen oder bei immerhin 1,5% aller Geburten der insgesamt 271 dokumentierten Angaben von *Path. CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen C77* dieser Punkt als Hauptverlegungsgrund angegeben worden ist (2003: 204 Verlegungsfälle oder 2,1% aller Geburten). Gleichzeitig ist dieser Eintrag mit 45 dokumentierten Fällen der häufigste Hauptverlegungsgrund unter den Notfallverlegungen.

Nur in 146 Fällen oder 1,5% aller Geburten von insgesamt 313 Fällen von *verlängerter Austreibungsperiode C83* wurde verlegt (2003: in 161 Fällen oder 1,6% aller Geburten bei 342 Fällen insgesamt).

Die 503 Nennungen *grünes Fruchtwasser C78* haben nur in 41 Fällen oder 0,4% aller Geburten zu einer Verlegung geführt (2003: bei 490 Nennungen nur in 42 Fällen oder bei ebenfalls 0,4% aller Geburten). Bei den Notfallverlegungen wurde grünes Fruchtwasser nur in drei Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben.

Nur insgesamt 4 Frauen der 486 Frauen, 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 (2003: 11 Frauen oder 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 2004 wurde *Schulterdystokie C 98* in 24 Fällen registriert (erwartungsgemäß wurde keine der Frauen bei diesem Befund noch verlegt), die Zahl der *Azidosen C 79* lag bei 3 Fällen (in einem Fall wurde in Ruhe verlegt) und die *Nabelschnurvorfälle während der Geburt C 80* belaufen sich auf 7 Fälle, wobei zwei Gebärende als Notfall verlegt wurden.

Ein Anstieg in der Anzahl hat sich bei der *Rhesus-Inkompatibilität C 67* ereignet (17 Fälle im Jahr 2004, 12 Fälle im Jahr 2003). Bei 2 Frauen trat das *HELLP-Syndrom C 95* während der Geburt auf (2 Frauen waren es auch im Vorjahr) – beide wurden (in Ruhe) verlegt.

Bei 3 Frauen (5 Frauen im Vorjahr) drohte oder erfolgte eine *Drohende/erfolgte Uterusruptur C 85*, zwei Gebärende (2003: jeweils eine) wurden als Notfall verlegt. Diese Zahlen sollten im Fall einer steigenden Zahl von Kaiserschnitten beobachtet werden.

Bei 14 Ungeborenen waren *Missbildungen C 62* festgestellt worden (2003: 10 Ungeborene), in drei Fällen wurde verlegt (in Ruhe). 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 muss betont werden, dass die in einem Jahr festgestellten Häufungen bei sehr seltenen Ereignissen wie die vorzeitige Plazentalösung auch dem Zufall zuzuschreiben sind.

Tabelle 28
Geburtsrisiken mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsrisiken lt. Katalog C und E	Hauptverlegungsgründe Transport ...							
	Ja		in Ruhe		als Notfall		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
C60 Vorzeitiger Blasensprung	2190	22,1	65	0,7			65	0,7
C61 Überschreitung des Termins	2133	21,6	2	0,0			2	0,0
C62 Mißbildung	14	0,1	3	0,0			3	0,0
C63 Frühgeburt	119	1,2	4	0,0			4	0,0
C64 Mehrlingsschwangerschaft								
C65 Plazentainsuffizienz (Verd. auf)	31	0,3	2	0,0			2	0,0
C66 Gestose/Eklampsie	20	0,2	7	0,1	1	0,0	8	0,1
C67 RH-Inkompatibilität	17	0,2						
C68 Diabetes mellitus	20	0,2	1	0,0			1	0,0
C69 Zustand nach Sectio o. and. Uterusoperationen	486	4,9	4	0,0			4	0,0
C70 Plazenta praevia	1	0,0						
C71 Vorzeitige Plazentalösung	12	0,1	2	0,0	5	0,1	7	0,1
C72 Sonstige uterine Blutungen	20	0,2	4	0,0	3	0,0	7	0,1
C73 Amnion-Infektionssyndrom (V. a.)	22	0,2	7	0,1			7	0,1
C74 Fieber unter der Geburt	12	0,1	2	0,0			2	0,0
C75 Mütterliche Erkrankung	21	0,2	1	0,0			1	0,0
C76 Mangelnde Kooperation d.Mutter	37	0,4	14	0,1			14	0,1
C77 Path. CTG oder ausk. schlechte kindliche Herztöne	271	2,7	101	1,0	45	0,5	146	1,5
C78 Grünes Fruchtwasser	503	5,1	38	0,4	3	0,0	41	0,4
C79 Azidose während der Geburt	3	0,0	1	0,0			1	0,0
C80 Nabelschnurvorfal	7	0,1			2	0,0	2	0,0
C81 Verdacht auf sonst. Nabelschnurkomplikationen	68	0,7	1	0,0	1	0,0	2	0,0
C82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. EP	704	7,1	505	5,1	7	0,1	512	5,2
C83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. AP	313	3,2	135	1,4	11	0,1	146	1,5
C84 Absolutes o. rel. Mißverhältnis	48	0,5	24	0,2	2	0,0	26	0,3
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	3	0,0			2	0,0	2	0,0
C86 Querlage/Schräglage	6	0,1	3	0,0	1	0,0	4	0,0
C87 Beckenendlage	49	0,5	14	0,1	1	0,0	15	0,2
C88 Hintere Hinterhauptslage	153	1,5	3	0,0			3	0,0
C89 Vorderhauptslage	80	0,8	7	0,1			7	0,1
C90 Gesichtslage/Stirnlage	22	0,2	7	0,1	2	0,0	9	0,1
C91 Tiefer Querstand	13	0,1						
C92 Hoher Geradstand	102	1,0	50	0,5	2	0,0	52	0,5
C93 Sonstige regelwidrige Schädelagen	60	0,6	16	0,2	1	0,0	17	0,2
C94 Sonstiges	59	0,6	15	0,2			15	0,2
C95 HELLP	2	0,0	2	0,0			2	0,0
C96 Intrauteriner Fruchttod	9	0,1	1	0,0			1	0,0
C97 Pathologischer Dopplerbefund	2	0,0						
C98 Schulterdystokie	24	0,2						
E100 Auf Wunsch der Mutter			62	0,6	1	0,0	63	0,6

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen jeweils bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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 (2004: 63 Nennungen, 2003: 64 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 – wie erwähnt – im Jahr 2004 mit 45 Nennungen – wie im vorangegangenen Jahr mit 60 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 (wie im vorangegangenen Jahr), 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 mit 512 Nennungen 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 146 oder 1,5% 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 146 Fällen oder 1,5% 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 (204 Fälle oder 2,1% aller Geburten). In diesen Fällen 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 Senkung des Verlegungsgrundes auch in der reinen Hausgeburtshilfe widerspiegelt.

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

Vorzeitiger Blasensprung

	Häufigkeit	Prozent
nein	7133	72,1
ja, innerhalb 24 Stunden	2646	26,7
ja, größer 24 Stunden	113	1,1
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge beträgt im Gesamtkollektiv 27,8%, unabhängig vom Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs (2003: vergleichbare 27,6% aller Geburten). In 2.646 Fällen oder 26,7% aller Geburten haben die Frauen einen vorzeitigen Blasensprung gehabt, der maximal bis zu 24 Stunden vor der eigentlichen Geburt lag. Nur in 113 Fällen oder 1,1% lag der vorzeitige Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt. Damit ist die Rate des vorzeitigen Blasensprungs als „echtes“ Geburtsrisiko gering und hat sich zum Vorjahr um 0,1% leicht erhöht. 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 22 Fällen und damit bei 0,2% aller Geburten (2003 waren es noch 14 Fälle oder 0,1%) und *Fieber unter der Geburt C74* mit 12 Fällen (0,1% aller Geburten wie im Jahr 2003) dokumentiert, wobei Überschneidungen bei diesen zwei Nennungen möglich sind. Ob diese Fälle tatsächlich im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Blasenprung standen, wird aufgrund der geringen Fallzahlen hier nicht näher betrachtet.

Hoher Geradstand, absolutes oder relatives Missverhältnis

Der Fall eines *hohen Geradstandes C 92* führte in 52 Fällen zur Verlegung. Ein absolutes oder *relatives Missverhältnis C 84* wurde im Jahr 2004 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 41 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 8 Fällen als Hauptverlegungsgrund angegeben wurde (2003: 5 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

49 Kinder oder 0,5% aller Kinder wurden im Jahr 2004 aus *Beckenendlage C 87* entbunden, bei 15 wurde Beckenendlage als Hauptverlegungsgrund angegeben und von diesen wurde eine als Notfall verlegt. Im Jahr 2003 wurden 47 Beckenendlagen oder ebenfalls 0,5% aller Geburten in der außerklinischen Geburtshilfe dokumentiert, bei 17 Verlegungsfällen (davon 2 als Notfall). Die Zahl und auch der prozentuale Anteil der Geburten aus Beckenendlage ist in etwa gleich geblieben. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass aus der Sicht der Hebammenverbände diese Entbindungen eher in enger Klinikanbindung oder mit ärztlicher Hilfe 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	4214	4677	8891
	Gesamt-%	42,6	47,3	89,9
ja	Anzahl	365	636	1001
	Gesamt-%	3,7	6,4	10,1
Anzahl		4579	5313	9892
Gesamt-%		46,3	53,7	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

10,1% aller Frauen hatten bereits Komplikationen in der Schwangerschaft. Etwa Zweidrittel von ihnen hatten auch Probleme bei der Geburt (6,4% aller Frauen).

Wie bereits erwähnt, hatten im Jahr 2004 weniger Gebärende als im Vorjahr Risiken in der Schwangerschaft und für die Zeit der Geburt eingetragen: Von den 8.891 Gebärenden ohne befundetes Schwangerschaftsrisiko hatten 4.214 Frauen (42,6% aller Gebärenden) gegenüber 39,9% im Vorjahr auch kein Geburtsrisiko nach Katalog C aufzuweisen. Diese Zahl stieg damit erfreulicherweise an.

In den restlichen 4.677 Verläufen (47,3% 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 lagen mit 4.839 Fällen oder 49,3% aller Gebärenden im Vorjahr um 2% höher. Hier ist der höhere Anteil der eher risikoarmen Hausgeburten an der Gesamtmenge zu bedenken.

Genau 636 Frauen (6,4% aller Gebärenden) wurden betreut, bei denen sowohl in der Schwangerschaft als auch für die Geburt Befunde eingetragen wurden – diese Zahl lag mit 688 Frauen oder 7% im Jahr 2003 um 0,6% höher.

Von insgesamt 1.001 Geburten oder 10,1% aller Geburten mit bereits vorhandenen Komplikationen (2003: 10,8%) entwickelten sich etwa Zweidrittel auch zu Problemfällen bei der Geburt (6,4% aller Geburten, 7,0% im Vorjahr).

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	2054	1818	277	65	4214
	Spalten-%	44,0	42,5	38,6	28,9	42,6
nur lt. Kat. B	Anzahl	227	117	14	7	365
	Spalten-%	4,9	2,7	1,9	3,1	3,7
nur lt. Kat. C	Anzahl	2032	2119	401	125	4677
	Spalten-%	43,5	49,6	55,8	55,6	47,3
lt. Kat. B u. C	Anzahl	360	222	26	28	636
	Spalten-%	7,7	5,2	3,6	12,4	6,4
Anzahl		4673	4276	718	225	9892
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

In der Hausgeburtsilfe sollten die Gebärenden mit Risikoeinträgen am seltensten zu finden sein: Tatsächlich weist auch die Betreuung durch eine Hausgeburtshebamme im Jahr 2004 mit 2.054 Frauen oder 44,0% aller geplanten Hausgeburten das größte Kollektiv risikofreier Frauen auf (im Jahr 2003 waren es weniger: 1.762 Frauen oder 40,7% aller geplanten Hausgeburten). In der Gruppe der Geburtshausgeburten wurden in 1.818 Fällen und damit bei 42,5% aller geplanten Geburtshausgeburten keine Risiken dokumentiert (im Jahr 2003 waren es ebenfalls weniger: 1.751 Frauen oder 41,6% aller geplanten Geburtshausgeburten). Es findet sich bei den Einträgen „nur laut Katalog B“ mit 227 Fällen oder 4,9% aller geplanten Hausgeburten eine höhere Anzahl als in den übrigen Gruppen (im Vorjahr: 207 Fälle oder 4,8% aller geplanten Hausgeburten). 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 gesunken und beläuft sich auf 2.032 Einträge oder 43,5% aller geplanten Hausgeburten (im Jahr 2003 waren es 3% mehr: 2.010 Frauen oder 46,5% 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. Die Einträge in dieser Kategorie blieben bei den anderen außerklinischen Institutionen gleich (von 55,5% aller Geburten in diesen Einrichtungen (2003) auf 55,6% im Jahr 2004).

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 360 Fällen oder in 7,7% aller geplanten Hausgeburten (2003: 345 Geburten oder 8%). Ein leichter Rückgang in der Gruppe der Frauen, die in der Schwangerschaft derartige Probleme hatten, dass sich auch leichter bei der Geburt Komplikationen einstellten, ist zu verzeichnen. Der Prozentsatz für die Hausgeburtsguppe liegt um fast 2,5 Prozent niedriger als bei der Einrichtung Geburtshaus. Die anderen außerklinischen Institutionen übertreffen ihn mit 28 Fällen oder 12,4% der begonnenen Geburten in diesen Institutionen. Dieses Ergebnis kann 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	168	1,7
Familie	9424	95,6
Freunde	629	6,4
andere	748	7,6

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf Gesamtgeburtenszahl n= 9.892

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

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 5.652 Fällen (57,1% aller Geburten) wurden im Jahr 2004 eine 2. Hebamme und/oder eine Ärztin/ein Arzt gerufen, im Gegensatz dazu waren es im Jahr 2003 nur 5.834 Fälle (59,5% aller Geburten). D.h. in 4.240 Fällen (42,9% aller Geburten) hat die betreuende Hebamme ohne weitere medizinische Hilfe die Geburt begleitet (2003: in 3.972 Fällen (40,5% 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 normalen Geburt	wegen Komplikationen	
nicht gerufen	Anzahl	4240			4240
	Gesamt-%	42,9			42,9
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	11	4041	373	4425
	Gesamt-%	,1	40,9	3,8	44,7
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	2	310	94	406
	Gesamt-%	,0	3,1	1,0	4,1
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	6	656	159	821
	Gesamt-%	,1	6,6	1,6	8,3
Anzahl		4259	5007	626	9892
Gesamt-%		43,1	50,6	6,3	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Bei 57% der Geburten in der außerklinischen Geburthilfe ist eine weitere fachliche Hilfe anwesend.

Im Jahr 2004 war bei 4.425 Geburten (bei 44,7% aller Geburten) – und damit etwas häufiger als im Vorjahr – (bei 4.266 Geburten oder 43,5% aller Geburten im Jahr 2003) eine zweite Hebamme anwesend, ohne dass zusätzlich ärztliche Hilfe zugegen war. 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 406 Geburten oder 4,1% aller Geburten kamen ein Arzt oder eine Ärztin hinzu (2003: 704 Geburten oder 7,2% aller Geburten), wie Tabelle 33 zeigt. Dieser Anteil war vom Jahr 2002 (mit 5,5%) zum Jahr 2003 (mit 7,2%) enorm gestiegen und rührte vermutlich aus den vermehrten Geburten in anderen außerklinischen Institutionen her. So lässt sich die niedrigere Zahl im Jahr 2004 mit dem hohen Anteil an Hausgeburten erklären.

Eine zweite Hebamme *und* ärztliche Hilfe waren bei insgesamt 821 Geburten oder 8,3% aller Geburten zugegen (2003: 864 Geburten oder 8,8% aller Geburten). Hier ist ein leichter Rückgang zu erkennen.

Damit war ärztliche Hilfe insgesamt mit 12,4% aller Geburten im Jahr 2004 seltener vertreten als im Jahr 2003 mit 16,7% aller Geburten. Es sanken in dieser Gruppe besonders die Fälle, in denen ärztliche Hilfe allein eingetroffen ist. Der Anteil der Geburten, der mit Hilfe einer zweiten Hebamme ohne Anwesenheit eines Arztes stattfand, stieg leicht.

Der Tabelle 33 ist weiter zu entnehmen: Von den insgesamt 4.425 Fällen, in denen ausschließlich eine zweite Hebamme anfordert wurde, geschahen 4.041 Rufe (40,9% aller Geburten) zu einer normalen Geburt (im Jahr 2003 waren dies nur 39,3%). In 310 Fällen oder 3,1% aller Geburten ist ausschließlich ärztliche Hilfe zur Unterstützung einer normalen Geburt hinzugekommen (im Jahr 2003 waren dies 2,5% mehr, d.h. 5,6%). Beide Fachpersonen wurden zu normalen Geburten in 656 Fällen oder bei 6,6% aller Geburten gerufen (im Jahr 2003 waren dies noch 6,7%). Ein leichter Trend ist erkennbar, zur normalen Geburt nur Hilfe aus einer der beiden Fachrichtungen hinzuzuziehen.

Bei nur 6,3% 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 4.677 dokumentierten Geburten mit Risikoeinträgen nur nach Katalog C, d.h. in den Fällen, in denen während der Geburt Probleme zum Tragen kamen, wurde im Jahr 2004 bei 2.719 Geburten zusätzliche Hilfe hinzugezogen, hierbei handelte es sich zumeist um eine zweite Hebamme (20,9% aller Geburten, 2003: bei 20,7% aller Geburten) oder um ein Team aus Arzt/Ärztin und Hebamme (bei 4,5% aller Geburten, 2003: bei 4,8% aller Geburten). In der Rubrik „nicht gerufen“ befinden sich auch die Fälle, in denen gleich sub partu verlegt wurde ohne zunächst zusätzliche Hilfe zu rufen.

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	1803	180	1958	299	4240
	Gesamt-%	18,2	1,8	19,8	3,0	42,9
2. Hebamme eingetroffen	Anzahl	1960	151	2070	244	4425
	Gesamt-%	19,8	1,5	20,9	2,5	44,7
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	147	17	207	35	406
	Gesamt-%	1,5	,2	2,1	,4	4,1
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	304	17	442	58	821
	Gesamt-%	3,1	,2	4,5	,6	8,3
Anzahl		4214	365	4677	636	9892
Gesamt-%		42,6	3,7	47,3	6,4	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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 1.227 Fällen, in denen entweder nur ärztliche Hilfe oder diese in Kombination mit Hebammenhilfe gerufen wurde, endeten nur 95 Geburten in der Klinik (2003: 143 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

2. Hebamme und/oder Ärztin/Arzt zur Geburt eingetroffen		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	362	44	406
	Zeilen-%	89,2%	10,8%	100,0%
	Spalten-%	32,0%	46,3%	33,1%
	Gesamt-%	29,5%	3,6%	33,1%
2. Hebamme u. Ärztin/Arzt eingetroffen	Anzahl	770	51	821
	Zeilen-%	93,8%	6,2%	100,0%
	Spalten-%	68,0%	53,7%	66,9%
	Gesamt-%	62,8%	4,2%	66,9%
Gesamt	Anzahl	1132	95	1227
	Zeilen-%	92,3%	7,7%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	92,3%	7,7%	100,0%

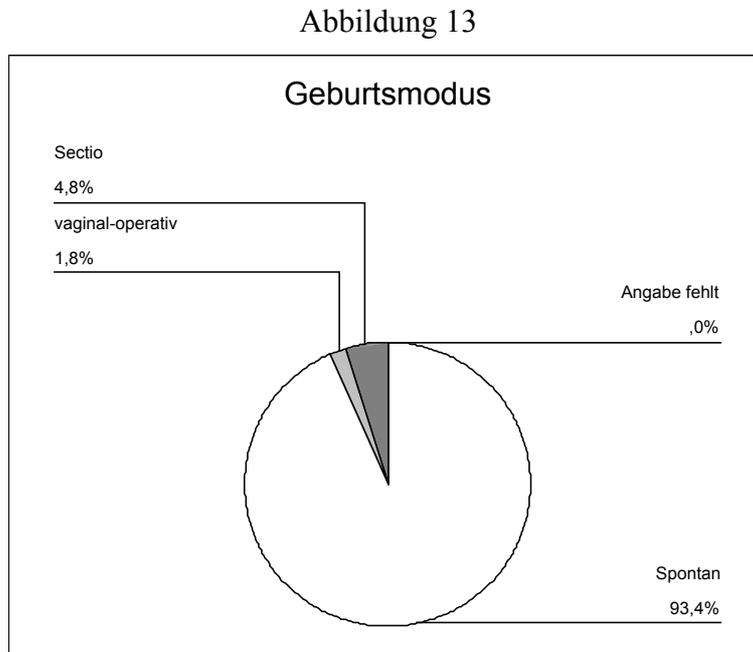
n = 1.227 (alle Geburten, zu denen ärztliche Hilfe allein oder zusätzlich eine 2. Hebamme hinzugezogen wurden)

Von 1.227 Geburten mit ärztlicher Hilfe wurden 95 Gebärende in die Klinik verlegt.

In 44 Fällen oder genau 10,8% aller Rufe nach alleiniger ärztlicher Hilfe erfolgte die Verlegung in die Klinik (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 11,9% aller Rufe dieser Kategorie). Hier ist ein Abfall um 1% zu verzeichnen. In 51 Fällen oder genau 6,2% aller Rufe nach ärztlicher und Hebammenhilfe erfolgte eine Verlegung (im Vorjahr lag die Prozentzahl bei 6,8% 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:



Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Abbildung 13 zeigt, dass der Anteil der spontanen Geburten mit 93,4% aller Geburten (9.240 Geburten) wie im Vorjahr (mit 92,8%) erwartungsgemäß hoch ist. Er ist erstmals seit den letzten Auswertungen leicht gestiegen. Die ganzen Zahlen siehe Tabelle 64 im Anhang.

Eine vaginal-operative Entbindung war bei 179 Frauen oder 1,8% aller Frauen erforderlich (2003 deutlich mehr: 2,5%). Genau 471 Gebärende oder 4,8% aller Frauen erhielten einen Kaiserschnitt, vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis (2003: 4,7%).

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 1.686 Frauen (17,0%, im Jahr 2003: 14,6% 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	102	1,0
0 bis 3 Std.	1686	17,0
3 bis 5 Std.	2128	21,5
5 bis 10 Std.	3396	34,3
10 bis 24 Std.	2210	22,3
1 bis 2 Tage	333	3,4
mehr als 2 Tage	37	,4
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Es zeigen sich ähnliche Längen der Wehendauer wie im Vorjahr.

Nur 333 Schwangere (3,4%; 3,3% aller Gebärenden im Vorjahr) waren einer Wehendauer von ein bis zwei Tagen ausgesetzt. Eine Minderheit von 37 Frauen oder 0,4% (0,3% aller Gebärenden im Vorjahr) befand mehr als zwei Tage in den Wehen. Damit sind diese eher ungünstigen Werte in etwa gleich geblieben.

Die Wehendauer lag im Jahr 2004 bei 73,8% der Geburten in einem Zeitraum von bis zu 10 Stunden, im Jahr 2003 lag der Wert bei 71,1%. Bei 95% der Geburten war nach höchstens 24 Stunden das Kind im Vorjahr geboren, im Jahr 2004 war dies ebenfalls bei 95% aller Geburten der Fall.

Damit ist die durchschnittliche Wehendauer mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar, wobei in dem Zeitabschnitt unter drei Stunden im Jahr 2004 prozentual mehr Geburten beendet waren (17,0% versus 14,6% aller Geburten). Bei 5.544 Gebärenden oder 55,8% aller Gebärenden betrug die Wehendauer drei bis zehn Stunden (5.544 Gebärende oder 56,5% 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

Dauer des aktiven Mitschiebens			
		Häufigkeit	Prozent
	Angabe fehlt	727	7,3
	< 15 Min.	5304	53,6
	15 - 60 Min.	3094	31,3
	> 60 Min.	767	7,8
	Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die Dauer des aktiven Mitschiebens hat sich stärker zu einem kürzeren Zeitraum (von bis zu 15 Minuten) hin verlagert.

Bei 5.304 Gebärenden oder 53,6% betrug die Dauer des aktiven Mitschiebens im Jahr 2004 weniger als 15 Minuten (2,6% weniger Gebärende waren es im Vorjahr mit 5.005 Frauen oder 51% 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 3.094 Frauen oder 31,3% aller Geburten – ihr Anteil hat sich im Vergleich mit dem Vorjahresergebnis gesunken (3.287 Frauen oder 33,5% aller Gebärenden). Es erhöhte sich leicht der Anteil der Frauen, die aktives Mitschieben von mehr als 60 Minuten leisteten (2004: 767 Frauen oder 7,8% aller Gebärenden gegenüber 731 Frauen oder 7,5% 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		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angabe fehlt	Anzahl	1	1	2
	Spalten-%	,0%	,1%	,0%
Spontan	Anzahl	8464	514	8978
	Spalten-%	97,3%	42,9%	90,8%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	176	86	262
	Spalten-%	2,0%	7,2%	2,6%
vaginal-operativ	Anzahl	36	117	153
	Spalten-%	,4%	9,8%	1,5%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	11	15	26
	Spalten-%	,1%	1,3%	,3%
Sectio	Anzahl	7	464	471
	Spalten-%	,1%	38,8%	4,8%
Anzahl		8695	1197	9892
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die genaue Betrachtung der Geburtsmodi nach Geburtsort ergibt, dass 514 Frauen oder 42,9% aller in die Klinik verlegten Frauen ihr Kind spontan zur Welt gebracht haben (im Vorjahr waren es 41,4%). Siehe auch die Erläuterungen zu Tabelle 25 weiter vorne. Zusammen mit den Geburten, die spontan mit Kristellerhilfe abliefen (86 Frauen oder 7,2% aller Klinikgeburten, im Vorjahr 9,1%), beträgt die Anzahl 600 Frauen oder 50,1% aller in der Klinik entbundenen Frauen (im Vorjahr waren es 50,5%). 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 2004 genau 8.640 Frauen oder 99,3% aller Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung die Geburt beendeten, ihr Kind zur Welt bringen (sieben zusätzliche spontane Geburten fanden während des Transports statt). Im Vorjahr waren dies vergleichbar viele Frauen: 8.460 Frauen oder 99% aller Frauen mit außerklinischem Geburtsort (drei zusätzliche spontane Geburten fanden während des Transports statt).

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

Tabelle 39
Beendigung der Geburt nach Risikoeinträgen und tatsächlichem Geburtsort

Geburtsort		Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
		keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
außerklinisch	Anzahl	4192	362	3643	498	8695
	Zeilen-%	48,2%	4,2%	41,9%	5,7%	100,0%
	Gesamt-%	42,4%	3,7%	36,8%	5,0%	87,9%
klinisch	Anzahl	22	3	1034	138	1197
	Zeilen-%	1,8%	,3%	86,4%	11,5%	100,0%
	Gesamt-%	,2%	,0%	10,5%	1,4%	12,1%
Anzahl		4214	365	4677	636	9892
Zeilen-%		42,6%	3,7%	47,3%	6,4%	100,0%
Gesamt-%		42,6%	3,7%	47,3%	6,4%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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

Genau 48,2% aller außerklinisch entbundenen Frauen hatten kein Risiko aufzuweisen (2003 waren es lediglich 45,5% und damit 2,7% weniger), demgegenüber traf dies nur auf 1,8% aller klinisch entbundenen Frauen zu (2003: 1,6%). In der Gruppe der Frauen, die ihr Kind in einer außerklinischen Einrichtung zur Welt brachten, hatten 41,8% einen Befund im Katalog C (2003: 50,2%), während dies auf 97,9% aller klinisch entbundenen Frauen zutraf (2003: 98,3%), siehe die Spalten „nur lt. Kat. C“ und „lt. Kat. B u.C“.

Lediglich in 3 Fällen (0,3% aller Klinikgeburten) hatte ein Risiko nur für die Schwangerschaft (Katalog B) bestanden (2003 waren es 2 Fälle oder 0,2%). Dies traf bei den Frauen, die in einer außerklinischen Einrichtung geboren haben, auf 4,2% zu (2003: 4,3%). Auch die Kombination der Einträge bei Katalog B und C traf erwartungsgemäß auf mehr Geburten bei den klinisch entbundenen Frauen zu (138 Frauen oder 11,5%; 2003: 173 Frauen oder 13,8% aller Klinikgeburten) als auf außerklinisch entbundene Frauen (498 Frauen oder 5,7%; 2003: 514 Frauen oder 6% aller außerklinisch entbundenen Frauen). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, 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 2004 für 4.923 Frauen oder 49,8% aller betreuten Frauen dokumentiert und haben damit im Vergleich zum Vorjahreswert von 49,6% aller betreuter Frauen um 0,2% zugenommen. Tabellen 67–72 im Anhang geben einen Überblick, wobei Tabelle 67 das Vorhandensein eines Risses oder Schnittes darstellt und Tabellen 68–72 auflisten, 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 1.883 Geburten oder 19,0% aller Geburten (im Vorjahr ebenfalls 19,0%) dokumentiert und ist gleich geblieben. Der *Dammriss zweiten Grades* wurde in 1.577 Fällen oder 15,9% aller Geburten (gegenüber 2003 mit 15,4%) genannt und hat damit um 0,5% zugenommen. Ein *Dammriss dritten oder vierten Grades* ist mit 98 Rissen oder 1,0% aller Geburten verzeichnet (gegenüber 2003 mit 0,7%) und ist um 0,3% gestiegen. Andere nahtpflichtige Risse sind in 1058 Fällen oder 10,7% aller Geburten dokumentiert (gegenüber 2003 mit 10,1%) und liegen damit um 0,6% höher.

Eine differenzierte Analyse der Dammrisse nach Parität (nicht in einer Tabelle dargestellt) zeigt, dass die Rate an schweren Dammrissen mit zunehmendem Geburtenrang abnimmt: Die 98 erfassten Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich in erster Linie auf Erstgebärende (56 Frauen oder 0,6% aller Geburten, 2003: 39 Frauen oder 0,4% aller Geburten), ereigneten sich bei Zweitgebärenden genau 36 mal oder bei 0,4% aller Geburten (2003: 28 mal oder bei 0,3% aller Geburten) und wurden bei Dritt- und Mehrgebärenden 6 mal oder bei 0,1% aller Geburten (2003: 3 mal oder bei 0,03% aller Geburten) vermerkt. Bei allen drei Gruppen ist ein leichter Anstieg zu vermerken.

Episiotomien

Episiotomien wurden in 605 Fällen oder bei 6,1% aller betreuter Frauen vorgenommen (gegenüber 2003 mit 653 Dammschnitten oder 6,7% 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	3177	413	3590
	Zeilen%	88,5%	11,5%	100,0%
	Spalten%	34,2%	68,3%	36,3%
	Tabellen%	32,1%	4,2%	36,3%
Zweitgebärende	Anzahl	3528	153	3681
	Zeilen%	95,8%	4,2%	100,0%
	Spalten%	38,0%	25,3%	37,2%
	Tabellen%	35,7%	1,5%	37,2%
Drittgebärende und mehr	Anzahl	2580	39	2619
	Zeilen%	98,5%	1,5%	100,0%
	Spalten%	27,8%	6,4%	26,5%
	Tabellen%	26,1%	,4%	26,5%
Angabe fehlt	Anzahl	2		2
	Zeilen%	100,0%		100,0%
	Spalten%	,0%		,0%
	Tabellen%	,0%		,0%
Anzahl		9287	605	9892
Zeilen%		93,9%	6,1%	100,0%
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%
Tabellen%		93,9%	6,1%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Von 605 durchgeführten Episiotomien entfallen 413 oder 4,2% der Gesamtgeburtenszahl auf Erstgebärende, 153 Episiotomien oder 1,5% aller Geburten auf Zweitgebärende und 39 Episiotomien oder 0,4% aller Geburten auf Dritt- und Vielgebärende. Im Jahr 2003 lagen die Raten insgesamt gleich: 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. Durch die größere Zahl an Zweit- und Mehrgebärenden sank für das Jahr 2004 die Episiotomierate.

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		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	1		1
	Gesamt-%	,0%		,0%
Spontan	Anzahl	8116	348	8464
	Gesamt-%	93,3%	4,0%	97,3%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	116	60	176
	Gesamt-%	1,3%	,7%	2,0%
vaginal-operativ	Anzahl	19	17	36
	Gesamt-%	,2%	,2%	,4%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	6	5	11
	Gesamt-%	,1%	,1%	,1%
Sectio	Anzahl	7		7
	Gesamt-%	,1%		,1%
Anzahl		8265	430	8695
Gesamt-%		95,1%	4,9%	100,0%

n= 8.695 (alle Geburten mit außerklinischem Geburtsort)

Eine Episiotomie für die tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten ist bei 430 Frauen oder 4,9% aller außerklinisch beendeten Geburten (2003: 478 Frauen oder 5,6%) und damit um 0,7% seltener als im Vorjahr durchgeführt worden.

Bei 348 Spontangeburt und bei 60 Geburten „Spontan mit Kristellerhilfe“ erfolgte eine Episiotomie, das sind 4,7% aller außerklinisch beendeter Geburten – im Gegensatz zu 5% im Vorjahr. Bei 22 vaginal-operativen Entbindungen mit oder ohne Kristellerhilfe wurde eine Episiotomie vorgenommen, dies sind 0,3% aller außerklinisch beendeten Geburten. Die sieben außerklinischen Kaiserschnitte sind – wie im Vorjahr – als Ausnahmeerscheinung anzusehen: Sechs wurden von der betreuenden Hebamme in einer außerklinischen Einrichtung (Arztpraxis auf dem Klinikgelände) bestätigt und ein Kaiserschnitt wurde aus einem Geburtshaus gemeldet.

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 vorgestellt und mit den Vorjahresergebnissen verglichen werden.

Tabelle 42
Geburtsmodus (klinische Geburten nach Verlegung) mit Episiotomierate

Geburtsmodus klinisch		Episiotomie		Gesamt
		Nein	Ja	
Angabe fehlt	Anzahl	1		1
	Gesamt-%	,1%		,1%
Spontan	Anzahl	441	73	514
	Gesamt-%	36,8%	6,1%	42,9%
Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	54	32	86
	Gesamt-%	4,5%	2,7%	7,2%
vaginal-operativ	Anzahl	56	61	117
	Gesamt-%	4,7%	5,1%	9,8%
Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	6	9	15
	Gesamt-%	,5%	,8%	1,3%
Sectio	Anzahl	464		464
	Gesamt-%	38,8%		38,8%
Anzahl		1022	175	1197
Gesamt-%		85,4%	14,6%	100,0%

n= 1.197 (alle Geburten mit klinischem Geburtsort)

Eine Episiotomie war im Jahr 2004 bei 175 Frauen, die in eine Klinik verlegt wurden, und damit bei 14,6% aller Verlegungen, erforderlich. Die Prozentzahl liegt um 0,7% höher als im Vorjahr (13,9%), die Anzahl ist jedoch identisch. Die Sectiorate ist um 2,4% gestiegen (von 36,4% im Jahr 2003 auf 38,8% aller klinischen Geburten). Doch in Zahlen ausgedrückt liegt lediglich eine Steigerung um 6 Kaiserschnitte vor.

Auffallend ist, dass mehr verlegte Frauen bei einer Spontangeburt ohne Kristellerhilfe einen Dammschnitt erhielten (6,1% aller Verlegungen, 2003: 4,7%). Gleichbleibend ist die Rate der Episiotomien für die Spontangeburt mit Kristellerhilfe (2,7% aller Verlegungen, 2003: 3%).

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 Spontangeburtten 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*
8.998 Frauen = 90,96 % von allen Geburten
und alle begleitenden Maßnahmen mit nein
3.510 Fälle 35,5% von allen Geburten

invasionsarm: *Homöopathie mit nein*
4.964 Fälle oder 50,2% von allen Geburten
und Analgetika mit nein
8.990 Fälle oder 90,9% von allen Geburten
und sonstige Maßnahmen mit nein
8.992 Fälle oder 90,9% von allen Geburten
und Amniotomie (länger als 30 Minuten vor der Geburt) mit nein
8.471 Fälle oder 85,6% von allen Geburten
und Episiotomie mit nein
9.287 Fälle oder 93,9% von allen Geburten
aber Naturheilkunde mit ja
1.040 Fälle oder 10,5% von allen Geburten
oder Massagen mit ja
3.112 Fälle oder 31,7% von allen Geburten
oder Akupunktur/-pressur mit ja
1.173 Fälle oder 11,9% von allen Geburten

invasiv: *Amniotomie (länger als 30 Minuten vor der Geburt) mit ja*
844 Fälle oder 8,5% von allen Geburten
und/oder begleitende Maßnahmen mit ja
6.377 Fälle oder 64,5% von allen Geburten
Homöopathie mit ja
4.928 Fälle oder 49,8% von allen Geburten
oder Analgetika/Spasmolytika mit ja
902 Fälle oder 9,1% von allen Geburten
Episiotomie mit ja
605 Fälle oder 6,1% von allen Geburten
oder sonstige Maßnahmen mit ja
1.107 Fälle oder 11,2% von allen Geburten

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

Tabelle 43
Maßnahmen während der Geburtsbegleitung

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	11	,1
nicht invasiv	3036	30,7
invasionsarm	759	7,7
invasiv	6086	61,5
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die obige Tabelle zeigt, dass bei der vorgenommenen Klassifizierung 6.086 Frauen oder 61,5% aller Frauen – und damit 2,3% weniger Frauen als im Vorjahr (63,8%) – *invasiv* betreut wurden. Die hohe Invasionsrate erklärt sich u.a. durch die häufige Gabe von Homöopathika. Von den 6.377 Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, wurden im Jahr 2004 bei 4.928 Frauen Homöopathika eingesetzt (77,3% aller Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben). Im Jahr 2003 nutzten 75,8% aller Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, Homöopathika. 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 der vergangenen Jahre 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

Zeit Blasensprengung bis Geburt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben nicht verwertbar	Anzahl	43	7	50
	Spalten-%	3,2%	4,2%	3,3%
bis 30 min.	Anzahl	585	16	601
	Spalten-%	44,1%	9,6%	40,2%
30 min - 3 Std.	Anzahl	564	46	610
	Spalten-%	42,5%	27,5%	40,8%
>3 Std.	Anzahl	136	98	234
	Spalten-%	10,2%	58,7%	15,7%
Gesamt	Anzahl	1328	167	1495
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 1.620 (alle Geburten mit Eröffnung der Fruchtblase)

Eine Amniotomie wurde unabhängig vom Geburtsort im Jahr 2004 bei 1.495 Geburten, damit bei 15,1% aller Geburten und um 1% seltener als im Vorjahr (16,1%) vorgenommen – beide Prozentzahlen sind nicht in einer Tabelle dargestellt.

In der außerklinischen Geburtshilfe wurde in 136 Fällen länger als drei Stunden vor der Geburt die Fruchtblase geöffnet (10,2% aller Amniotomien bei einem außerklinischen Geburtsort im Gegensatz zu 152 Fällen oder 10,7% im Vorjahr). Damit wurden die Situationen, in denen es zu einer Infektion während der Geburt kommen könnte, etwas seltener. Von den insgesamt nur 167 Fällen, in denen die Fruchtblase geöffnet und das Kind in einer Klinik entbunden wurde, wurde die Amniotomie bei 52 Frauen in einer Zeitspanne bis zu drei Stunden vor der eigentlichen Geburt durchgeführt (37,1% aller Amniotomien bei der Klinikgeburt im Gegensatz zu 79 Frauen oder 40,1% im Vorjahr). Auf Grund der kleinen Zahlen ist die Reduktion um 3% zum einen nicht besonders 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 gleichbleibend niedrige Tendenz von lange eröffneten Fruchtblasen ist erkennbar: Im Jahr 2004 wurden insgesamt 234 Fruchtblasen (15,7% aller Amniotomien) länger als 3 Stunden vor der Geburt eröffnet, im Vorjahr waren es 255 Blasensprengungen und damit ebenfalls 15,7% aller Amniotomien. Allerdings sind immer noch relativ viele Angaben nicht verwertbar: 2004 sind es 3,3% aller Angaben und im Jahr 2003 waren es 2,3% der Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten.

Bevor auf die dokumentierten Verlegungsgründe 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 9.892 begleiteten Frauen sind im Jahr 2004 insgesamt 287 Frauen oder 2,9% aller Frauen (2003: 276 Frauen oder 2,8%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verlegt worden (siehe auch weiter oben Abbildung 4). Im Vergleich zu 2003 mussten im Jahr 2004 geringfügig mehr Frauen nach der Geburt verlegt werden.

Im Jahr 2004 sind 214 Kinder oder 2,2% aller Kinder in einer Zeit von sieben Tagen nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt worden (im Vorjahr waren es 2,5% aller Geburten).

Genau 125 Kinder oder 1,3% aller Geburten wurden nach einer außerklinisch beendeter Geburt verlegt (2003 waren es etwas mehr: 148 Kinder oder 1,5% aller Geburten). Genau 89 Kinder oder 0,9% aller Geburten mussten nach einer klinischen Entbindung verlegt werden (2003: 94 Kinder oder 1,0% aller Geburten), siehe dazu auch Abbildung 3 und 4.

Alle Verlegungsraten sind zu den Vorjahresdaten leicht rückläufig.

2.3.1.1 Postpartale Verlegungen der Mütter

Nach einer außerklinischen Geburt im Jahr 2004 fanden 277 Verlegungen von Müttern innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes statt und damit 96,5% aller Verlegungen (2003: 263 Mütter oder 99,2% aller Verlegungen). Innerhalb der ersten 7 Tage wurden 9 Wöchnerinnen verlegt (2003: 11 Wöchnerinnen). Siehe Tabelle 45.

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*
- *Auf Wunsch der Mutter*

Alle 287 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...			Gesamt
		Angabe fehlt	24 Stunden	7 Tagen	
E100 Auf Wunsch der Mutter	Anzahl		7	1	8
	Zeilen-%		87,5%	12,5%	100,0%
	Spalten-%		2,5%	11,1%	2,8%
E101 Blutungen >1000ml	Anzahl		25		25
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		9,0%		8,7%
E102 Placentalösungsstörungen/ unvollst. Placenta	Anzahl		119	2	121
	Zeilen-%		98,3%	1,7%	100,0%
	Spalten-%		43,0%	22,2%	42,2%
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	Anzahl		27		27
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		9,7%		9,4%
E104 Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen	Anzahl		52		52
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		18,8%		18,1%
E105 Sonstiges	Anzahl		47	6	53
	Zeilen-%		88,7%	11,3%	100,0%
	Spalten-%		17,0%	66,7%	18,5%
Angabe fehlt	Anzahl	1			1
	Zeilen-%	100,0%			100,0%
	Spalten-%	100,0%			,3%
Gesamt	Anzahl	1	277	9	287
	Zeilen-%	,3%	96,5%	3,1%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

n= 287 (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 119 Fällen 43,0% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (im Vorjahr waren es 109 Fälle und 41,1%). Im weiten Abstand folgt der Grund *Nahtversorgung von Episiotomie/-Dammrissen E 104* mit 52 Fällen oder in 18,8% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 53 Fällen oder 20,0% im Vorjahr). An dritter Stelle steht erstmals die Angabe *Sonstiges* (47 Eintragungen oder 17,0% aller Verlegungen

innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes – 11,7% im Vorjahr). Dann folgt die Meldung *komplizierten Geburtsverletzungen E 103* mit 27 Fällen oder 9,7% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 24 Fällen oder 9,1% im Vorjahr). Der Eintrag *Blutung über 1.000ml E 101* in 25 Fällen oder 9,0% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes (gegenüber 40 Fälle oder 15,1% im Vorjahr) steht erfreulicherweise erst an fünfter Stelle. Die verbleibenden Fälle sind *Auf Wunsch der Mutter* mit 7 Fällen oder 2,5% aller Verlegungen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Geburt des Kindes zuzuordnen (7 Fälle oder 2,6 im Vorjahr).

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die *gesamten* Verlegungen wegen *Placentalösungsstörungen* wieder etwas erhöht (von 39,5 *aller* Verlegungsgründe im Jahr 2003 auf 42,2% im Jahr 2004). Wegen *Nachtversorgungen* wurden insgesamt weniger Verlegungen vorgenommen (von 19,2% *aller* Verlegungsgründe im Jahr 2003 auf 18,1% im Jahr 2004). Drastisch um mehr als 6% haben sich alle Verlegungen wegen *Blutung über 1.000ml* (von 14,9% *aller* Verlegungsgründe im Jahr 2003 auf 8,7% im Jahr 2004) reduziert. Bei allen Schwankungen sind jedoch die geringen Fallzahlen zu berücksichtigen.

Wie im Vorjahr ist keine Frau im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit im Jahr 2004 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	14	0,1	10	0,1	10	0,1
1 – 2	32	0,3	7	0,1	6	0,1
3 – 4	55	0,6	14	0,1	1	0,0
5 – 6	165	1,7	31	0,3	13	0,1
7 – 8	1383	14,0	248	2,5	69	0,7
9 – 10	8117	82,1	9519	96,2	9752	98,6
keine Angabe	126	1,3	63	0,6	41	0,4
Gesamt	9892	100	9892	100	9892	100

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

In den Ergebnissen für 2004 zeigt sich, dass 96,1% (in etwa wie im Vorjahr mit 96,2%) aller Kinder nach *einer* Minute einen *Apgar-Wert zwischen sieben und zehn* hatten und damit in einem lebensfrischen Zustand waren: Genau 1.383 Kinder oder 14,0% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 7 und 8 (2003: 15,2%), genau 8.117 Kinder oder 82,1% hatten nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen 9 und 10 (2003: 81%).

Nach *fünf* Minuten wiesen im Jahr 2004 bereits 98,7% (im Vorjahr 98,9%) und nach *zehn* Minuten 99,3 % (im Vorjahr 99,4%) 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 2004 einen *Apgar von unter sieben* genau 266 Kinder oder 2,7% aller Kinder (wie im Vorjahr 268 Kinder oder ebenfalls 2,7% aller Kinder), nach *fünf* Minuten noch genau 62 Kinder oder 0,6% der Kinder (im Vorjahr waren es 64 Kinder oder ebenfalls 0,6% der Kinder) und nach *zehn* Minuten genau 30 Kinder oder 0,3% der Kinder (im Vorjahr: 32 Kinder oder ebenfalls 0,3% der Kinder). Hierin sind die Kinder enthalten, die im Zusammenhang mit der Geburt verstorben sind.

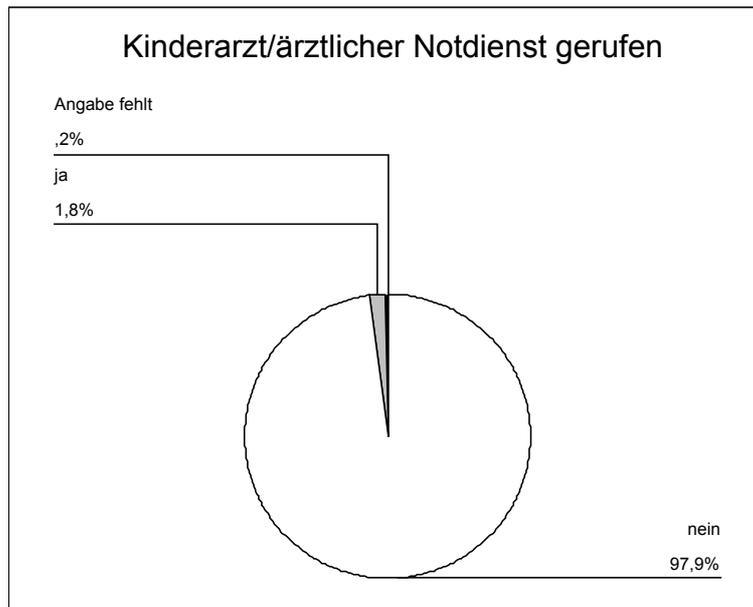
Von den 9.892 erfassten Geburten sind im Jahr 2004 sechs Kinder (2003: ebenfalls sechs Kinder) antepartal verstorben, zwei Kinder (2003: zwei Kinder) subpartal verstorben und sieben Kinder (2003: 12 Kinder) postpartal verstorben – (2004: zwei dieser Kinder sind nach dem 7. Lebenstag verstorben, im Jahr 2003: drei Kinder).

Insgesamt fallen für das Jahr 2004 genau 14 Kinder oder 0,14% der Geborenen (2003: 17 Kinder oder genau 0,17% der Geborenen) unter die Rubrik der perinatalen Mortalität. Die Anzahl der perinatal verstorbenen Kinder liegt um 3 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 4,1% 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 159 Kindern oder 1,8% aller Geburten mit außerklinischem Geburtsort wurde 2004 post-artal kinderärztliche Hilfe oder ein ärztlicher Notdienst gerufen (2003: zu 163 Kindern oder 1,9%). Siehe Tabelle 66 im Anhang. Damit sind die Anforderungen von (kinder)-ärztlichem Dienst zum Vorjahr nahezu gleich geblieben.

Im Folgenden wurden die 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 41 und 83 Fällen schon recht klein sind (siehe Tabelle 48).

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

Tabelle 47
Die fünf häufigsten Morbiditäten

Morbiditäten	Anzahl	Gesamt-%
D01 Unreife/Mangelgeburt	83	,8%
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	58	,6%
D19 Zur Beobachtung	49	,5%
D04 andere Atemstörungen	46	,5%
D20 Sonstiges	41	,4%

Prozente beziehen sich auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Mit den meisten Meldungen als im Vorjahr rangiert *Unreife/Mangelgeburt D01* wieder an erster Stelle, mit 83 Nennungen und 0,8% aller Geburten (im Vorjahr 85 Nennungen oder 0,9%). Hier ist eine gleichbleibende Erhöhung an Befunden im Vergleich zu 2002 zu verzeichnen.

Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02 wurde 2004 am zweithäufigsten genannt: 58 Nennungen (0,6% aller Geburten). Im Jahr 2003 kam es zu 61 Eintragungen, d. h. bei ebenfalls 0,6% aller Geburten lag diese Morbidität auch an zweiter Stelle.

Zur Beobachtung D19 wurde in 49 Fällen oder bei 0,5% aller Geburten (2003: in 36 Fällen oder ebenfalls bei 0,4% aller Geburten) als Morbidität eingetragen.

Die viertstärkste Gruppe ist im Jahr 2004 mit 46 Nennungen oder 0,5% aller Geburten die Sparte *Andere Atemstörungen D04*, im Vorjahr waren es 60 Eintragungen oder 0,6% aller Geburten.

Die Eintragung *Sonstiges D20* stieg von 13 Nennungen im Jahr 2003 (oder 0,1% aller Geburten) auf 41 Eintragungen oder 0,4% aller Geburten im Jahr 2004.

Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit D03 wurde in 16 Fällen oder bei 0,2% aller Geburten (2003: in 25 Fällen oder ebenfalls bei 0,3% aller Geburten) als Morbidität eingetragen. Alle weiteren Rubriken bleiben im Rahmen von 13 Nennungen oder weit darunter, wie folgende Tabelle zeigt.

Gemessen an den Verlegungsgründen hat sich das Spektrum an Befunden für die Neugeborenen nicht wesentlich verändert, sondern hat sein niedriges Niveau halten können. Die Tabelle 48 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage.

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

Tabelle 48
Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage

	Morbidität		Verlegungsgrund	
	Anzahl	%	Anzahl	%
D01 Unreife/Mangelgeburt	83	0,8	8	0,1
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	58	0,6	38	0,4
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	16	0,2	17	0,2
D04 andere Atemstörungen	46	0,5	46	0,5
D05 Schockzustand	13	0,1	5	0,1
D06 Ikterus	5	0,1	16	0,2
D07 Hämolytische Krankheit	1	0,0	3	0,0
D08 Hämatologische Störungen			1	0,0
D09 Stoffwechselstörung	2	0,0	4	0,0
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte	2	0,0	2	0,0
D11 Schilddrüsenstörungen				
D12 Blutungskrankheiten			1	0,0
D13 intrakranielle Blutungen			2	0,0
D14 Krämpfe, Encephalopathie	2	0,0	3	0,0
D15 gastrointestinale Störungen	1	0,0	4	0,0
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	7	0,1	3	0,0
D17 generalisierte Infektion	11	0,1	22	0,2
D18 umschriebene Infektion	3	0,0		
D19 Zur Beobachtung	49	0,5	36	0,4
D20 Sonstiges	41	0,4	12	0,1
D25 Chromosomenanomalie	12	0,1	7	0,1
D26 and. multiple Mißbildungen				
D27 Aneenzephalus				
D28 Neuralrohrdefekt	1	0,0	1	0,0
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie	1	0,0		
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals				
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	3	0,0	3	0,0
D32 Anomalie Respirationstrakt				
D33 Gaumen- und Lippenpalten	5	0,1		
D34 Anomalie Ösophagus/Magen			1	0,0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	2	0,0	3	0,0
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	1	0,0	1	0,0
D37 Anomalie Genitalorgane	1	0,0		
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	6	0,1	5	0,1
D39 Zwerchfellmißbildung				
D40 Gastroschisis/Omphalozele	1	0,0	2	0,0
D41 Anomalie Körperdecke	3	0,0		
D42 Hernien				
D43 biomechanische Verformung	2	0,0		
D44 andere Anomalie	1	0,0	3	0,0

Mehrfachnennungen waren möglich

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

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

Prozente beziehen sich auf alle 9.892 Geburten, sowohl bei „Morbidität“ als auch bei „Verlegungsgrund“.

Auffällig ist, dass *Asphyxie/Hypoxie/Zyanose D02* insgesamt 38 mal als Verlegungsgrund dokumentiert wurde (0,4% aller Geburten), im Gegensatz zu 49 Verlegungen im Vorjahr (0,5% aller Geburten).

Einen leichten Rückgang hat es auch bei *Ikterus D06* gegeben: waren es noch 2003 insgesamt 26 Verlegungsfälle (oder 0,2% aller Geburten), wurden im Jahr 2004 genau 16 Fälle gezählt (aber ebenfalls 0,2% aller Geburten).

Generalisierte Infektion D17 wurde in 22 Fällen als Verlegungsgrund genannt und ist mit 0,2% aller Geburten leicht zurückgegangen.

Reanimationsmaßnahmen (nicht in einer Tabelle dargestellt) wurden im Jahr 2004 bei 405 Kindern oder 4,1% aller Neugeborenen und damit seltener als im Vorjahr durchgeführt (2003: 480 Kindern oder 4,9% aller Neugeborenen).

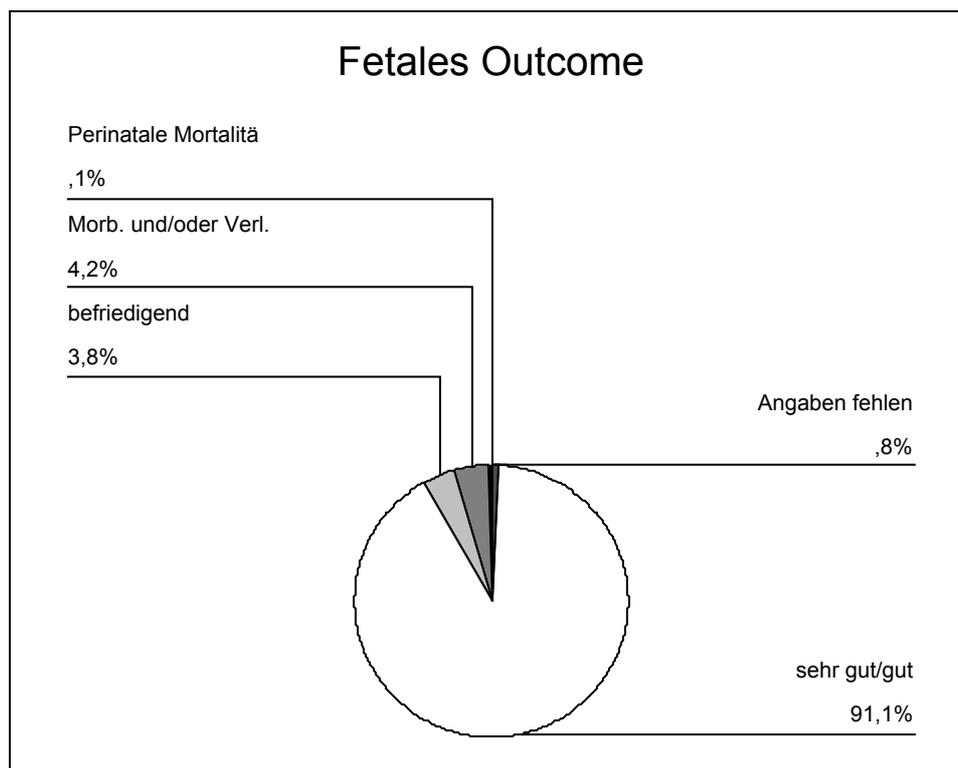
2.3.2.2 Outcome

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= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Die obige Grafik zeigt, dass 91,1% aller Kinder – und damit etwas mehr als im Vorjahr (2003: 91,0% aller Geburten) – in einem *guten bis sehr guten Zustand* geboren wurden, bei etwas gestiegenem Anteil fehlender Angaben (0,8% aller Geburten). Für die Beurteilung dieser Kinder wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Guter bis sehr guter Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 9.876 Kinder oder 99,8% aller Geburten)
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik (gilt für 9.878 Kinder oder 97,8% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.557 Kinder oder 96,6% aller Geburten)
- keine Reanimationsmaßnahmen (gilt für 9.483 Kinder oder 95,9% aller Geburten)
- gemäß Tragzeit reif geboren (gilt für 9.695 Kinder oder 98,0% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8 (gilt für 9.695 Kinder oder 98,0% aller Geburten)

Insgesamt 3,8% aller Kinder (im Vorjahr 4,1%) hatten einen *befriedigenden Zustand* nach der Geburt. Dieser Wert ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,3% gesunken.

Für diese Beurteilung wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Befriedigender Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 9.876 Kinder oder 99,8% aller Geburten)
- keine Verlegung des Kindes in eine Kinderklinik (gilt für 9.878 Kinder oder 97,8% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.557 Kinder oder 96,6% aller Geburten)

und mindestens *eine* dieser Angaben:

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt (gilt für 405 Kindern oder 4,1% aller Neugeborenen)
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren (gilt für 187 Kinder oder 1,9% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8 (gilt für 131 Kinder oder 1,3% aller Geburten)

In die Gruppe mit *Morbiditäten und/oder Verlegungen* in eine Kinderklinik wurden 4,2% aller Kinder (4,3% im Vorjahr) eingestuft. In dieser Gruppe wurden lediglich Kinder mit Angaben zur kindlichen Morbidität (mindestens ein Eintrag in Katalog D, dies gilt für 335 Kinder oder 3,4% aller Geburten im Jahr 2004) oder mit Verlegung in eine Kinderklinik (dies gilt für 214 Kinder oder 2,2% aller Geburten im Jahr 2004) berücksichtigt.

Perinatale Mortalität im Gesamtkollektiv des Jahres 2004 trifft – wie bereits dargestellt – auf 14 Kinder oder genau 0,14% aller Geburten zu (2003: 17 Kinder oder genau 0,17% 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
		außerklinisch	klinisch	
Angaben fehlen	Anzahl	60	16	76
	Zeilen-%	78,9%	21,1%	100,0%
	Spalten-%	,7%	1,3%	,8%
	Gesamt-%	,6%	,2%	,8%
sehr gut/gut	Anzahl	8062	950	9012
	Zeilen-%	89,5%	10,5%	100,0%
	Spalten-%	92,7%	79,4%	91,1%
	Gesamt-%	81,5%	9,6%	91,1%
befriedigend	Anzahl	291	84	375
	Zeilen-%	77,6%	22,4%	100,0%
	Spalten-%	3,3%	7,0%	3,8%
	Gesamt-%	2,9%	,8%	3,8%
Morb. und/oder Verl.	Anzahl	271	144	415
	Zeilen-%	65,3%	34,7%	100,0%
	Spalten-%	3,1%	12,0%	4,2%
	Gesamt-%	2,7%	1,5%	4,2%
Perinatale Mortalität	Anzahl	11	3	14
	Zeilen-%	78,6%	21,4%	100,0%
	Spalten-%	,1%	,3%	,1%
	Gesamt-%	,1%	,0%	,1%
Anzahl		8695	1197	9892
Zeilen-%		87,9%	12,1%	100,0%
Spalten-%		100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt-%		87,9%	12,1%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

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“ (3,3% des außerklinischen Kollektivs im Jahr 2004; 3,5% im Vorjahr) und „Morb. und/oder Verl.“ fallen (2004: 3,1% des außerklinischen Kollektivs; 3,3% im Jahr 2003). Die Anzahl der nicht verwertbaren Angaben könnte noch stärker sinken. Aus der Tabelle lässt sich weiterhin ersehen, dass 11 der 14 verstorbenen Kinder in einer außerklinischen Einrichtung geboren und dort verstorben sind (2003: 12 der insgesamt 17 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 in der Spalte „außerklinisch“ von 3,1% 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 431 Mütter oder 4,4% aller Geburten)
- Verlegung postpartal (außer zur Nahtversorgung) (gilt für 287 Mütter oder 2,4% aller Geburten)

Unauffällige Mutter

- die oben beschriebenen Parameter treffen nicht zu (gilt für 9.400 Mütter oder 95,0% aller Geburten)

Auffälliges Neugeborenes

- in eine Klinik verlegt (gilt für 214 Kinder oder 2,2% aller Geburten)
- Morbiditäten vorhanden (gilt für 335 Kinder oder 3,4% aller Geburten)
- Verstorbenes Kind (gilt für 16 Kinder (2 dieser Kinder sind nach dem 7. Lebenstag verstorben, werden hier jedoch mitgezählt) oder 0,1% aller Geburten)

Unauffälliges Kind

- die genannten Parameter treffen nicht zu (dies gilt für 9.461 Kinder oder 95,6% aller Geburten)

Tabelle 50
Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

			Zustand der Mutter p.p.		Gesamt
			unauffällig	auffällig	
Zustand des Neugeborenen	unauffällig	Anzahl	9014	447	9461
		Gesamt-%	91,1%	4,5%	95,6%
	auffällig	Anzahl	386	45	431
		Gesamt-%	3,9%	,5%	4,4%
Gesamt	Anzahl		9400	492	9892
	Gesamt-%		95,0%	5,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Insgesamt befanden sich 9.014 Mütter mit ihrem Kind oder 91,1% aller Geburten – und damit 0,3% mehr als im Vorjahr (90,8% aller Geburten) – nach der Geburt in einem unauffälligen, d. h. guten Gesundheitszustand. Bei 45 der betreuten Geburten (0,5% aller Geburten gegenüber ebenfalls 45 der betreuten Geburten oder 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 (447 Fälle oder 4,5% zu 4,7% im Jahr 2003), als der umgekehrte Fall (auffälliges Kind und gesunde Mutter: (386 Fälle oder 3,9% im Jahr 2004 zu 4,0% im Jahr 2003). Beide Prozentsätze sind mit den Vorjahreswerten vergleichbar.

Die Rate der – nach obiger Definition – auffälligen Kinder beträgt 4,4% (n=431) gegenüber 4,5% im Vorjahr. Hier sind auch alle diejenigen Kinder enthalten, die lediglich zur Beobachtung verlegt wurden. Zur Rate der auffälligen Mütter von 5,0% aller Gebärenden (492 Gebärende; gegenüber 5,2% aller Gebärenden im Vorjahr) zählt auch der Verlegungsgrund „Sonstiges“ (53 mal genannt, 2003: 39 mal). In der Regel werden unter „Sonstiges“ kleinere Verletzungen wie Schürfungen oder Blutungen zwischen 500 und 1000 ml dokumentiert. Beide Raten sind im Vergleich leicht zurückgegangen.

Zusammenfassung für die Geburtssituation:

Für die außerklinische Geburt insgesamt liegen sehr gute Ergebnisse vor. Es lässt sich nicht wie im Vorjahr der Trend zur Vermehrung der Risikoeinträge in der Schwangerschaft ausmachen.

Auch sind die Einträge von Befunden bei der Geburt weniger geworden. Beide Tendenzen stehen mit der gestiegenen Zahl an Hausgeburten in Beziehung.

Insgesamt hatten 41,8% aller Frauen, die nicht in der Klinik entbunden wurden, Befunde laut Katalog C aufzuweisen, während dies im Jahr 2003 auf 46,2% der Frauen zutraf (siehe Tabelle 39). Hier mag der Eintrag „Übertragung ab errechnetem Geburtstermin“ zur Senkung beigetragen haben, der als solcher noch kein Risiko angibt. Er wurde 307 mal weniger eingetragen. Somit ist es verständlich, dass sich keine vergleichbar starke Verbesserung in der Rubrik fetales Outcome aller Kinder mit „sehr gut/gut“ erkennen lässt (2004: 91,1% aller Geburten gegenüber 91,0% im Jahr 2003).

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 2004 gab es 10 dokumentierte Geminigeburten mit 20 Kindern, gegenüber dem Vorjahr mit 20 betreuten Geminigeburten mit 40 Kindern.

Von 14 geplanten Hausgeburtskindern wurden neun zu Hause geboren. Von sechs geplanten Geburtshauskindern wurden drei im Geburtshaus geboren. Insgesamt acht Kinder wurden in der Klinik geboren. Bei insgesamt vier Zwillingsgeburten ereignete sich der Fall, dass nach der Geburt des ersten Zwillings zur Geburt des zweiten Zwillings in die Klinik verlegt wurde. Die Verlegungsgründe wurden 2 mal mit C83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand in der AP, 1 mal mit C77 pathologisches CTG und ebenfalls 1 mal mit C86 Querlage angegeben. Diese Geburten sollten in einer Einzelauswertung genauer betrachtet werden.

Bei der Geburt von 17 der insgesamt 20 Kinder war eine zweite Hebamme anwesend. Zur Geburt von einem Kind wurde zusätzlich ein Arzt/ eine Ärztin gerufen. Damit hatten zwei Kinder keine zusätzliche Hilfe bei der Geburt.

Von den zehn Schwangeren im Jahr 2004 waren drei Frauen Erstgebärende, drei Frauen Zweitgebärende und vier Frauen Dritt- und Mehrgebärende. Alle drei Erstgebärenden hatten die Hausgeburt gewählt. Dagegen die Zahlen vom Jahr 2003: Von den 20 Schwangeren waren sechs Frauen Erstgebärende, fünf Frauen Zweitgebärende und neun Frauen Dritt- und Mehrgebärende. Vier der sechs Erstgebärenden hatten die Hausgeburt gewählt.

Folgende Befunde zur Morbidität in der Schwangerschaft und in der Geburtsphase sind bei den 10 Frauen aufgetreten (Mehrfachnennungen waren möglich): Vier Schwangere waren *älter als 35 Jahre (A 14)*. Für eine Frau ist *Familiäre Belastung A01*, einmal wurde ebenfalls *Anamnestiche Erkrankung A02*, *Besondere psychische Belastung A06*, *Diabetes mellitus A09* sowie *Zustand nach mehr als 2 Aborten/Abbrüchen A19* und *Andere Besonderheiten (anamnestisch) A26* eingetragen. Zweimal wurde *Allergie A04* angegeben. Nach Katalog B gab es in der Gruppe außer zur bestehenden *Mehrlingsschwangerschaft B35* einen Eintrag zur *Blutungen vor der 28. Schwangerschaftswoche B32*. Zur Geburt der insgesamt 20 Kinder wurden nach Katalog C – außer der bestehenden Mehrlingsschwangerschaft – folgende Befunde erhoben (Mehrfachnennungen waren möglich): *Vorzeitiger Blasensprung C60* in 6 Fällen, *Überschreitung des Termins C61* bei 2 Ungeborenen, *Diabetes mellitus C68* bei 2 Kindern (eine Gebärende), *Vorzeitige Plazentalösung C71* in einem Fall, *Amnion-Infektionssyndrom C73* in zwei Fällen, *Fieber unter der Geburt C74* in zwei Fällen, *Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte Herztöne C77* in drei Fällen, *Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C82* bei 3 Ungeborenen, *Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode C83* bei 5 Ungeborenen, *Querlage/-Schräglage C86* in einem Fall, *Beckenendlage C87* bei 3 Kindern, *Hintere Hinterhauptslage C88* bei einem Kind sowie *Vorderhauptslage C89* in zwei Fällen.

Zwei der insgesamt 20 Kinder wogen 2.220g bzw. 2.250g. Alle anderen Kinder wogen zwischen 2.600g und 4.170g.

Sechs Kinder wurden in der 37. Schwangerschaftswoche geboren. Alle anderen Kinder kamen zwischen der 38. und der 42. 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 4, bei einem weiteren bei 5, zwei Kinder hatten einen Wert von 7 und in weiteren 15 Fällen von 9 bzw. 10. Eine fehlende Angabe ist zu verzeichnen. Keines der Kinder verstarb nach der Geburt, doch sollten die Geburten mit den niedrigen Apgar-Werten genauer analysiert werden.

Bei vier Kindern wurde nach einer klinischen Geburt wegen *Unreife D01*, *Asphyxie D02*, *Atemnotsyndrom D03*, *Andere Atemstörungen* bzw. *Schockzustand D05* eine Verlegung vorgenommen.

In keinem Fall traten bei den Frauen nach der Geburt Probleme auf.

Es ist anzuraten, die Geburt der Schwangeren mit *Diabetes mellitus* genauer zu betrachten.

3 Abschließende Diskussion

3.1 Zusammenfassende Bemerkung zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 9.892 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2004 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 – die überall etwas besseren Werte im Vergleich zum Vorjahr liegt an der höheren Rate der (risikoärmeren) Hausgeburtsklientel. So ist auch im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Erhöhung 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 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 zwei Fällen von insgesamt acht vorgeburtlichen Todesfällen lagen gravierende Missbildungen des Kindes vor. Im einzigen subpartalen Todesfall wurden mit Verlegung und Kaiserschnitt die richtigen Maßnahmen getroffen. Bei zwei der fünf nach der Geburt gestorbene Kinder lagen Missbildungen vor, für ein Kind ist dokumentiert, dass die Eltern bewusst den außerklinischen Ort für die Sterbebegleitung gewählt hatten.

Die Frage, war die Geburt zum Zeitpunkt des tatsächlichen Geburtsbeginns (bspw. bei den 23 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. Zu diesem Zweck wurde in Sitzungen der QUAG e.V. mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats ein Zusatzbogen für im Mutterleib oder nach der Geburt verstorbene Kinder entwickelt, der ab dem 1.1.2006 allen teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung steht. So werden diese sentinel events noch besser verstehbar und zum Lernen verfügbar gemacht.

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 bei der Geburt von Einlingen 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 über 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 vieler Hinsicht hat sich die Geburtshilfe gegenüber den ausgesprochen positiven Vorjahresergebnissen noch verbessert. Die Rate der als invasive Geburtshilfe bezeichnete Betreuungsart hat sich um etwa 2% reduzieren lassen. Es wurden auch bspw. weniger Blutungen über 1000 ml bei der Mutter, weniger Fälle von Atemstörungen beim Kind und mehr Kinder nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen neun und zehn dokumentiert. Ein strengerer Indikator ist das gleichbleibend gute Outcome bei Mutter und Kind, wie es Tabelle 50 darstellt.

Wenige Ergebnisse haben sich im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen verändert, ohne eindeutig bewertet werden zu können, wie 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). Weiterhin hat sich die Verlegungsrate wegen Plazentalösungsstörungen etwas erhöht. Zu fragen an die Adresse der Kliniken ist, inwieweit die wieder leicht steigende Zahl der durchgeführten Kaiserschnitte gerechtfertigt ist.

Für die Betreuung nach der Geburt können für das Jahr 2004 positive Ergebnisse bescheinigt werden. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die postpartalen Verlegungen nach einer außerklinischen Geburt leicht zurückgegangen sind.

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 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 Homöopathika 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 2004 genau 61,5% eingestuft (im Vorjahr lag der Wert bei 63,8%). Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zum Vorjahr demnach um 2,3% gefallen. Die Rate könnte weiter fallen, wenn in Hebammenkreisen darüber ein Konsens hergestellt wird, dass Homöopathika in ähnlich strengen Grenzen wie allopathische Mittel eingesetzt werden sollten. Derzeit erhalten knapp die Hälfte aller Gebärenden Homöopathika als begleitende Maßnahmen und fallen damit in die Rubrik „invasiv“. 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 91,1% aller Kinder des Jahres 2004 nach der Geburt (im Vergleich zu dem schon guten Ergebnis von 91,0% 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 weitere quantitative Studien und Ansätze für qualitative Studien geliefert.

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

Das Qualitätssicherungsverfahren in der außerklinischen Geburtshilfe trägt als ein wesentlicher Bestandteil zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind bei. Die Veröffentlichungen zu diesem Thema werden 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 2003 und 2004 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 Beteiligten ist es erst selten gekommen. Mit der Veröffentlichung dieser hebammeneigenen Ergebnisse ist ein Schritt in diese Richtung getan.

Pläne für die Zukunft

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

So gilt es die Zusammenarbeit an den „Schnittstellen“ der Betreuung außerklinischer Geburten weiter zu intensivieren (z.B. bei der Übergabe in 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. Dem Bundesschülerinnenrat werden die Ergebnisse regelmäßig zur Verfügung gestellt.

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 480 Personen im Jahr 2003 auf 578 Mitglieder im Jahr 2005 weiter gestiegen ist, können die Hebammenverbände zuversichtlich sein, dass das Engagement der außerklinisch tätigen Hebammen weiter zunehmen wird.

Ein Auswertung der vergangenen Jahrgänge mit folgenden Fragestellungen ist für 2006 vorgesehen:

Zur Schwangerschaft:

Wie oft kommt der erste Kontakt zur Hebamme bis zur 30. Schwangerschaftswoche zustande?

Wie oft ist der Hebammenerstkontakt mindestens eine Woche vor der Geburt hergestellt und hat mindestens drei persönliche Kontakte vor der Geburt ermöglicht?

Wie viele Schwangere gehören einem nachweislichen Risikoklientel an?

Die Definition von Risiko ist zu diskutieren:

Ist das Alter über 35 Jahre als Risikofaktor anzusehen?

Ist der Zustand nach zwei Aborten ein nachweisliches Risiko?

Wird eine großzügige Verlegungspraxis der Frauen, die rechnerisch mehr als 14 Tage über dem Entbindungstermin sind, ausgeübt?

Zur Geburt:

Wie viel Zeit der gesamten Geburtsdauer ist die Hebamme kontinuierlich anwesend?

Wie viele Frauen mit vorzeitigem Blasensprung sind über mehr als 12 Stunden ohne Wehen?

Wie viele Verlegungen im Zusammenhang mit C 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase kommen vor?

Wie viele geplante außerklinische Geburten ereignen sich ohne weitere anwesende Personen (Familie, Arzt oder zweite Hebamme), wenn die Hebamme zwei Stunden und länger vor der Geburt eingetroffen ist?

Wie viele Maßnahmen (besonders: Analgetika/Spasmolytika-Gaben) werden durchgeführt?

Bei wie vielen Gebärenden mit pathologischen kindlichen Herztönen werden geeignete Maßnahmen ergriffen, z.B. weitere Betreuungspersonen hinzugezogen oder Reanimationsmaßnahmen bzw. Verlegungen eingeleitet?

Wie viele Geburten werden ungeplant außerklinisch beendet?

Zur Situation der Mutter:

Wie viele Erstgebärende haben nach der Geburt intakte Dämme?

Wie viele DR III oder IV (sowohl mit als auch ohne Epi) ereignen sich am außerklinischen Geburtsort?

Wie viel mütterliche Problematik p.p. gibt es, differenziert nach Parität (I und > I-Para), Einrichtung und Geburtsort?

Wie viele mütterliche Verlegungen gibt es p.p. nur zur Naht der Episiotomie?

Zur Situation des Kindes:

Wie viele Todesfälle unter oder 1-2 Tage nach der Geburt gibt es bei Kindern am Termin mit einer normalen Gewichtsklasse, mit Einträgen nach Katalog D (wie 02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose, 03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit, 04 andere Atemstörungen oder 05 Schockzustand) ohne Hinweise auf eine Missbildung nach Katalog D?

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 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 methodische-wissenschaftliche Betreuung. Die Datenhoheit liegt bei den Hebammenverbänden.

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

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

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

Veröffentlichung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Nutzen für die Öffentlichkeit

Die Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse erfolgt auf folgenden Wegen:

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

Der wissenschaftliche Beirat, welcher sich im Frühjahr 2004 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.

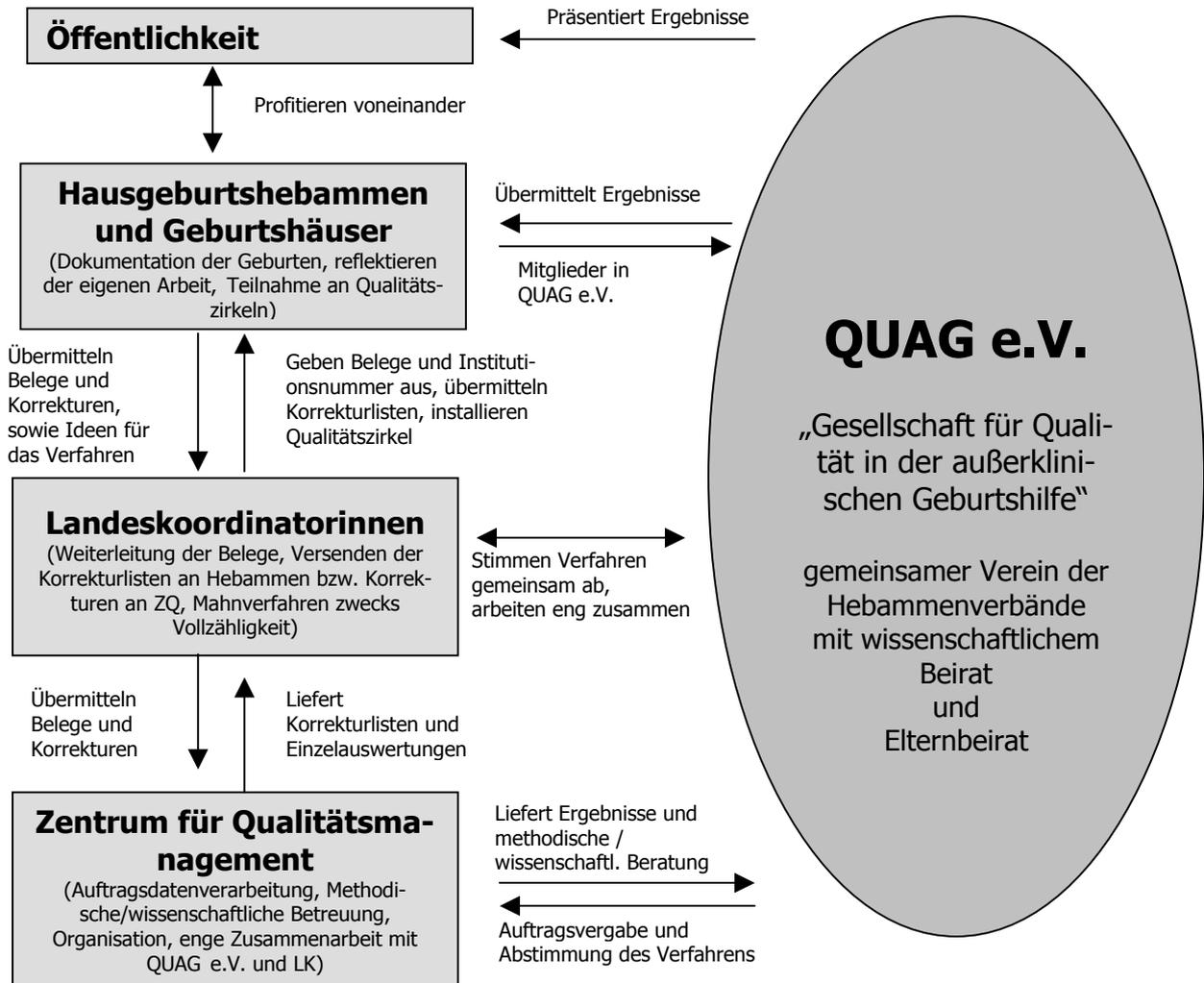
Das Einbeziehen von Eltern in den Beirat ist wichtige Zukunftsarbeit. Die Eltern sollen als Ziel ernst genommen und in die Arbeit eingebunden werden, damit der Blickwinkel, die Sprache und die Außenwirkung von Hebammen entsprechend überdacht und ggf. geändert werden kann. Um den eher inhaltlich wissenschaftlich 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. 17.000 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.

⁷ Siehe dazu die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes.

Für 2003 bedeutet die Differenz von 9.625 Geburten zwischen Klinikgeburten und allen Geburten in Deutschland, dass die Hebammenverbände mit 9.846 dokumentierten Fällen in außerklinischer Geburtshilfe (inkl. Gemini und der in eine Klinik weitergeleiteten Geburten) und mit 8.586 tatsächlich stattgefundenen außerklinischen Geburten (inkl. 40 Geminikinder) ca. 82% aller außerklinisch erfolgten Geburten erfasst haben. Die fehlenden Angaben für das Jahr 2004 zu den Geburtenzahlen in deutschen Krankenhäusern lagen zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht vor.

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

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

Ungeplante außerklinische Geburten ohne Hebammenbeteiligung, die bspw. während der Geburt oder nach der Geburt mit einem Rettungswagen in eine Klinik verlegt werden, werden hier nicht erfasst. Schätzungsweise liegt diese Zahl 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	699.795	9.625 = 1,36%	8.586 = 88,8%
2004	708.350			8.715

(Quelle für Spalte 2 und 3: Statistisches Bundesamt, Quelle für Spalte 5: Datenerhebung QUAG e.V., die Zahlen der klinischen Geburten für 2004 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	4673	47,2
Geburtshaus	4276	43,2
and. außerkl. Inst.	718	7,3
Arzt/Ärztin	225	2,3
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004) „Hebamme“ bezieht sich auf Hausgeburtshebamme

Tabelle 52: Anzahl Geburten der einzelnen Einrichtungen

Institution		
	Häufigkeit	Prozent
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1646	16,6
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2263	22,9
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	764	7,7
Geburtshaus	4276	43,2
and. außerkl. Einr.	718	7,3
Arzt/Ärztin	225	2,3
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004). „Hebamme“ bezieht sich auf Hausgeburtshebamme

Tabelle 53: Alter und Parität

Alter der Gebärenden		Parität				Gesamt
		Erstgebärende	Zweitgebärende	Drittgebärende und mehr	Angabe fehlt	
< 18 Jahre	Anzahl	7				7
	Gesamt-%	,1%				,1%
18 - 29 Jahre	Anzahl	1615	983	358		2956
	Gesamt-%	16,3%	9,9%	3,6%		29,9%
30 - 34 Jahre	Anzahl	1208	1440	811	1	3460
	Gesamt-%	12,2%	14,6%	8,2%	,0%	35,0%
35 - 39 Jahre	Anzahl	627	1068	1106		2801
	Gesamt-%	6,3%	10,8%	11,2%		28,3%
über 39 Jahre	Anzahl	132	186	338	1	657
	Gesamt-%	1,3%	1,9%	3,4%	,0%	6,6%
Angabe fehlt	Anzahl	1	4	6		11
	Gesamt-%	,0%	,0%	,1%		,1%
Gesamt	Anzahl	3590	3681	2619	2	9892
	Gesamt-%	36,3%	37,2%	26,5%	,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 54: Hebammenerstkontakt

Hebammenerstkontakt in SSW * Parität

Hebammenerstkontakt in SSW		Parität			Gesamt
		Erstgebärende	Mehrgebärende	keine Angabe	
bis 8. SSW	Anzahl	225	822		1047
	Zeilen-%	21,5%	78,5%		100,0%
	Spalten-%	6,3%	13,0%		10,6%
	Gesamt-%	2,3%	8,3%		10,6%
9.-12. SSW	Anzahl	368	991		1359
	Zeilen-%	27,1%	72,9%		100,0%
	Spalten-%	10,3%	15,7%		13,7%
	Gesamt-%	3,7%	10,0%		13,7%
13.-16. SSW	Anzahl	456	1028		1484
	Zeilen-%	30,7%	69,3%		100,0%
	Spalten-%	12,7%	16,3%		15,0%
	Gesamt-%	4,6%	10,4%		15,0%
17.-20. SSW	Anzahl	699	1106		1805
	Zeilen-%	38,7%	61,3%		100,0%
	Spalten-%	19,5%	17,6%		18,2%
	Gesamt-%	7,1%	11,2%		18,2%
21.-24. SSW	Anzahl	564	708		1272
	Zeilen-%	44,3%	55,7%		100,0%
	Spalten-%	15,7%	11,2%		12,9%
	Gesamt-%	5,7%	7,2%		12,9%
25.-28. SSW	Anzahl	613	709	2	1324
	Zeilen-%	46,3%	53,5%	,2%	100,0%
	Spalten-%	17,1%	11,3%	100,0%	13,4%
	Gesamt-%	6,2%	7,2%	,0%	13,4%
29.-32. SSW	Anzahl	392	541		933
	Zeilen-%	42,0%	58,0%		100,0%
	Spalten-%	10,9%	8,6%		9,4%
	Gesamt-%	4,0%	5,5%		9,4%
nach 32. SSW	Anzahl	270	386		656
	Zeilen-%	41,2%	58,8%		100,0%
	Spalten-%	7,5%	6,1%		6,6%
	Gesamt-%	2,7%	3,9%		6,6%
Angabe fehlt	Anzahl	3	9		12
	Zeilen-%	25,0%	75,0%		100,0%
	Spalten-%	,1%	,1%		,1%
	Gesamt-%	,0%	,1%		,1%
Gesamt	Anzahl	3590	6300	2	9892
	Zeilen-%	36,3%	63,7%	,0%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	36,3%	63,7%	,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 55: Arzt/Ärztin gerufen und eingetroffen

Arzt gerufen * Arzt eingetroffen

Arzt gerufen		Arzt eingetroffen			Gesamt
		nein	ja	keine Angabe	
Nein	Anzahl	8638	1	1	8640
	Zeilen-%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Spalten-%	99,7%	,1%	25,0%	87,3%
	Gesamt-%	87,3%	,0%	,0%	87,3%
Ja	Anzahl	22	1225		1247
	Zeilen-%	1,8%	98,2%		100,0%
	Spalten-%	,3%	99,8%		12,6%
	Gesamt-%	,2%	12,4%		12,6%
Keine Angabe	Anzahl	1	1	3	5
	Zeilen-%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
	Spalten-%	,0%	,1%	75,0%	,1%
	Gesamt-%	,0%	,0%	,0%	,1%
Gesamt	Anzahl	8661	1227	4	9892
	Zeilen-%	87,6%	12,4%	,0%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	87,6%	12,4%	,0%	100,0%

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 56: Schwangerschaftsbefunden nach Katalog A und/oder B

Schwangerschaftsrisiken nach Katalog A/B

	Häufigkeit	Prozent
keine Risiken dokumentiert	4119	41,6
nur anamnestische Risiken	4772	48,2
nur befundete Risiken	361	3,6
anamnestische u. befundete Risiken	640	6,5
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 57: Alle Schwangerschaftsbefunde nach Kat A

	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
A01 Fam. Belastung	8603	87,0%	1289	13,0%	9892	100,0%
A02 Anamn. Erkrankung	9151	92,5%	741	7,5%	9892	100,0%
A03 Blutung,Thrombose	9764	98,7%	128	1,3%	9892	100,0%
A04 Allergie	8166	82,6%	1726	17,4%	9892	100,0%
A05 Frühere Bluttransfusionen	9822	99,3%	70	,7%	9892	100,0%
A06 Bes. psych. Belastung	9575	96,8%	317	3,2%	9892	100,0%
A07 Bes. soz. Belastung	9747	98,5%	145	1,5%	9892	100,0%
A08 Rhesus-Inkompatibilität.	9870	99,8%	22	,2%	9892	100,0%
A09 Diabetes mellitus	9874	99,8%	18	,2%	9892	100,0%
A10 Adipositas	9728	98,3%	164	1,7%	9892	100,0%
A11 Kleinwuchs	9876	99,8%	16	,2%	9892	100,0%
A12 Skelettanomalien	9719	98,3%	173	1,7%	9892	100,0%
A13 Schwangere <18 Jahre	9873	99,8%	19	,2%	9892	100,0%
A14 Schwangere >35 Jahre	7466	75,5%	2426	24,5%	9892	100,0%
A15 Vielgebärende	9774	98,8%	118	1,2%	9892	100,0%
A16 Zustand n. Steri.-behandlung	9813	99,2%	79	,8%	9892	100,0%
A17 Zustand n. Frühgeburt(<37 SSW)	9764	98,7%	128	1,3%	9892	100,0%
A18 Zustand n. Mangelgeburt	9861	99,7%	31	,3%	9892	100,0%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	9515	96,2%	377	3,8%	9892	100,0%
A20 Totesgeschäd. Kind in Anamnese	9712	98,2%	180	1,8%	9892	100,0%
A21 Komplik. vorausgeg. Entbind.	9623	97,3%	269	2,7%	9892	100,0%
A22 Komplikationen post partum	9786	98,9%	106	1,1%	9892	100,0%
A23 Zustand nach Sectio	9541	96,5%	351	3,5%	9892	100,0%
A24 Zustand n. and. Uterus-Operationen	9754	98,6%	138	1,4%	9892	100,0%
A25 Rasche SS-Folge (< 1 Jahr)	9692	98,0%	200	2,0%	9892	100,0%
A26 And. Besonderheiten (anamn.)	9661	97,7%	231	2,3%	9892	100,0%
A54 Zustand nach HELLP	9891	100,0%	1	,0%	9892	100,0%
A55 Zustand nach Eklampsie	9891	100,0%	1	,0%	9892	100,0%
A56 Zustand nach Hypertonie	9885	99,9%	7	,1%	9892	100,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 58: Alle Schwangerschaftsbefunde nach Kat B

Schwangerschaftsbefunde lt. Katalog B	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
B27 Behndl. Allgemeinerkrankungen	9851	99,6%	41	,4%	9892	100,0%
B28 Dauermedikation	9867	99,7%	25	,3%	9892	100,0%
B29 Abusus	9817	99,2%	75	,8%	9892	100,0%
B30 Bes. psych. Belastung	9841	99,5%	51	,5%	9892	100,0%
B31 Bes. soz. Belastung	9872	99,8%	20	,2%	9892	100,0%
B32 Blutungen < 28 SSW	9829	99,4%	63	,6%	9892	100,0%
B33 Blutungen > 28 SSW	9887	99,9%	5	,1%	9892	100,0%
B34 Placenta praevia	9884	99,9%	8	,1%	9892	100,0%
B35 Mehrlings-Schwangerschaft	9892	100,0%			9892	100,0%
B36 Hydramnion	9884	99,9%	8	,1%	9892	100,0%
B37 Oligohydramnie	9875	99,8%	17	,2%	9892	100,0%
B38 Terminunklarheit	9830	99,4%	62	,6%	9892	100,0%
B39 Placenta-Insuffizienz	9873	99,8%	19	,2%	9892	100,0%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	9853	99,6%	39	,4%	9892	100,0%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	9738	98,4%	154	1,6%	9892	100,0%
B42 Anämie	9853	99,6%	39	,4%	9892	100,0%
B43 Harnwegsinfektion	9871	99,8%	21	,2%	9892	100,0%
B44 Indirekter Coombstest positiv	9887	99,9%	5	,1%	9892	100,0%
B45 Risiko aus and. serolog. Befunden	9864	99,7%	28	,3%	9892	100,0%
B46 Hypertonie (> 140,90)	9854	99,6%	38	,4%	9892	100,0%
B47 Eiweißausscheidung >1 Promille	9889	100,0%	3	,0%	9892	100,0%
B48 Mittelgr.-schwere Ödeme	9862	99,7%	30	,3%	9892	100,0%
B49 Hypotonie	9889	100,0%	3	,0%	9892	100,0%
B50 Gestationsdiabetes	9844	99,5%	48	,5%	9892	100,0%
B51 Lageanomalie	9866	99,7%	26	,3%	9892	100,0%
B52 And.Besonderheiten	9799	99,1%	93	,9%	9892	100,0%
B53 Hyperemesis	9879	99,9%	13	,1%	9892	100,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Prozentzahlen bezogen auf n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 59: Beendigung / Verlegung der Geburt

Verlegungen sub partu

	Häufigkeit	Prozent
während Transport	7	,1
Außerkl. Geburt ohne s.p. Verlegung	8684	87,8
Außerkl. Geburt nach s.p. Verlegung	4	,0
Klinikgeburt nach Verlegung	1197	12,1
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 60: Verlegungen differenziert nach Parität und beteiligter Einrichtung

				Geburtsort außerklinisch/klinisch * Beteiligte Einrichtung * Parität					
Parität				Beteiligte Einrichtung				Gesamt	
				Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	Arzt/Ärztin		
Erst- gebärende	Geburtsort	außerklinisch	Anzahl	926	1488	218	125	2757	
			Zeilen-%	33,6%	54,0%	7,9%	4,5%	100,0%	
			Spalten-%	77,2%	75,1%	78,7%	94,0%	76,8%	
			Gesamt-%	25,8%	41,4%	6,1%	3,5%	76,8%	
	klinisch	Anzahl	273	493	59	8	833		
		Zeilen-%	32,8%	59,2%	7,1%	1,0%	100,0%		
		Spalten-%	22,8%	24,9%	21,3%	6,0%	23,2%		
		Gesamt-%	7,6%	13,7%	1,6%	,2%	23,2%		
	Gesamt			Anzahl	1199	1981	277	133	3590
				Zeilen-%	33,4%	55,2%	7,7%	3,7%	100,0%
				Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				Gesamt-%	33,4%	55,2%	7,7%	3,7%	100,0%
Zweit- gebärende	Geburtsort	außerklinisch	Anzahl	1630	1459	280	78	3447	
			Zeilen-%	47,3%	42,3%	8,1%	2,3%	100,0%	
			Spalten-%	94,2%	92,2%	97,2%	98,7%	93,6%	
			Gesamt-%	44,3%	39,6%	7,6%	2,1%	93,6%	
	klinisch	Anzahl	101	124	8	1	234		
		Zeilen-%	43,2%	53,0%	3,4%	,4%	100,0%		
		Spalten-%	5,8%	7,8%	2,8%	1,3%	6,4%		
		Gesamt-%	2,7%	3,4%	,2%	,0%	6,4%		
	Gesamt			Anzahl	1731	1583	288	79	3681
				Zeilen-%	47,0%	43,0%	7,8%	2,1%	100,0%
				Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				Gesamt-%	47,0%	43,0%	7,8%	2,1%	100,0%
Dritt- gebärende und mehr	Geburtsort	außerklinisch	Anzahl	1649	686	142	13	2490	
			Zeilen-%	66,2%	27,6%	5,7%	,5%	100,0%	
			Spalten-%	94,7%	96,3%	92,8%	100,0%	95,1%	
			Gesamt-%	63,0%	26,2%	5,4%	,5%	95,1%	
	klinisch	Anzahl	92	26	11		129		
		Zeilen-%	71,3%	20,2%	8,5%		100,0%		
		Spalten-%	5,3%	3,7%	7,2%		4,9%		
		Gesamt-%	3,5%	1,0%	,4%		4,9%		
	Gesamt			Anzahl	1741	712	153	13	2619
				Zeilen-%	66,5%	27,2%	5,8%	,5%	100,0%
				Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				Gesamt-%	66,5%	27,2%	5,8%	,5%	100,0%
Angabe fehlt	Geburtsort	außerklinisch	Anzahl	1				1	
			Zeilen-%	100,0%				100,0%	
			Spalten-%	50,0%				50,0%	
			Gesamt-%	50,0%				50,0%	
	klinisch	Anzahl	1				1		
		Zeilen-%	100,0%				100,0%		
		Spalten-%	50,0%				50,0%		
		Gesamt-%	50,0%				50,0%		
	Gesamt			Anzahl	2			2	
				Zeilen-%	100,0%			100,0%	
				Spalten-%	100,0%			100,0%	
				Gesamt-%	100,0%			100,0%	

Gesamtkollektiv: n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 61: Gefahrene Kilometer zur Klinik

Gefahrene Kilometer zur Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
bis 10 km	821	68,6
11 bis 20 km	205	17,1
21 bis 30 km	95	7,9
31 bis 40 km	38	3,2
mehr als 40 km	32	2,7
Angabe fehlt	6	,5
Gesamt	1197	100,0

n= 1.197 Transporte (alle Verlegungen in eine Klinik)

Tabelle 62: Zeit zwischen Transport und Übergabe

Transportbeginn bis Übergabe in Klinik		
	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	13	1,1
bis 15 Min.	566	47,3
16 bis 30 Min.	454	37,9
31 bis 60 Min.	149	12,4
1 bis 2 Std.	11	,9
> 2 Std.	4	,3
Gesamt	1197	100,0

n= 1.197 Transporte (alle Verlegungen in eine Klinik)

Tabelle 63: Anzahl Geburtsrisiken

Geburtsrisiken: Anzahl		
	Häufigkeit	Prozent
keine	4579	46,3
ein	3516	35,5
zwei	1360	13,7
drei und mehr	437	4,4
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 64: Geburtsmodus (4 Ausprägungen)

Geburtsmodus			
		Häufigkeit	Prozent
	Angabe fehlt	2	,0
	Spontan	9240	93,4
	vaginal-operativ	179	1,8
	Sectio	471	4,8
	Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 65: Geburtsmodus der 90 Notfallverlegungen

Übergabe in Klinik bis Geburt		Geburtsmodus			Gesamt
		Spontan	vaginal-operativ	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl	1	1		2
	Zeilen-%	50,0%	50,0%		100,0%
	Spalten-%	2,6%	9,1%		2,2%
	Gesamt-%	1,1%	1,1%		2,2%
bis 1 Stunde	Anzahl	19	6	24	49
	Zeilen-%	38,8%	12,2%	49,0%	100,0%
	Spalten-%	48,7%	54,5%	60,0%	54,4%
	Gesamt-%	21,1%	6,7%	26,7%	54,4%
1 bis 6 Std.	Anzahl	15	1	15	31
	Zeilen-%	48,4%	3,2%	48,4%	100,0%
	Spalten-%	38,5%	9,1%	37,5%	34,4%
	Gesamt-%	16,7%	1,1%	16,7%	34,4%
6 bis 12 Std.	Anzahl	1	3	1	5
	Zeilen-%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	Spalten-%	2,6%	27,3%	2,5%	5,6%
	Gesamt-%	1,1%	3,3%	1,1%	5,6%
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	2			2
	Zeilen-%	100,0%			100,0%
	Spalten-%	5,1%			2,2%
	Gesamt-%	2,2%			2,2%
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl	1			1
	Zeilen-%	100,0%			100,0%
	Spalten-%	2,6%			1,1%
	Gesamt-%	1,1%			1,1%
Gesamt	Anzahl	39	11	40	90
	Zeilen-%	43,3%	12,2%	44,4%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	43,3%	12,2%	44,4%	100,0%

n= 90 Geburten (alle Notfallverlegungen)

Tabelle 66: Kinderarzt / ärztl. Notdienst gerufen

Kinderarzt/ärztlicher Notdienst gerufen		
	Häufigkeit	Prozent
nein	8515	97,9
ja	159	1,8
Angabe fehlt	21	,2
Gesamt	8695	100,0

n= 8.695 Geburten (alle außerklinisch beendeten Geburten)

Tabelle 67: Geburtsverletzungen

Geburtsverletzungen Ja/Nein		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	4969	50,2
Ja	4923	49,8
Gesamt	9892	100,0

n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)

Tabelle 68: Dammriss ersten Grades

Dammriss I°		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	8009	81,0
Ja	1883	19,0
Gesamt	9892	100,0

Tabelle 69: Dammriss zweiten Grades

Dammriss II°		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	8315	84,1
Ja	1577	15,9
Gesamt	9892	100,0

Tabelle 70: Dammriss dritten und vierten Grades

Dammriss III°-IV°		
	Häufigkeit	Prozent
Nein	9794	99,0
Ja	98	1,0
Gesamt	9892	100,0

Tabelle 71: Episiotomie

Episiotomie			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	9287	93,9
	Ja	605	6,1
	Gesamt	9892	100,0

Tabelle 72: andere nahtpflichtige Dammrisse

and. nahtpflichtige Risse			
		Häufigkeit	Prozent
	Nein	8834	89,3
	Ja	1058	10,7
	Gesamt	9892	100,0

Für Tabelle 68–72 gilt: n= 9.892 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2004)