

Qualitätsbericht

2009

Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland



Qualitätsbericht 2009

Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland

Herausgeber:

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

Autorin:

Christine Loytved

Ansprechpartner für das Verfahren:

Geschäftsstelle QUAG e.V., Anke Wiemer
Telefon: (033678) 41 276
Telefax: (033678) 41 276
Email: geschaeftsstelle@quag.de
Internet: www.quag.de

Druck und Verarbeitung:

Verlag Wissenschaftliche Scripten
Kaiserstraße 32, 08209 Auerbach/V.
Telefon: (03744) 22 41 97
Telefax: (03744) 22 41 98
E-Mail: info@verlag-wiss-scripten.de

1. Auflage 2010

ISBN: 978-3-942267-06-9

Qualitätsbericht 2009

**Außerklinische
Geburtshilfe in
Deutschland**

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

Inhalt

1	EINLEITUNG	3
1.1	Erfasste Geburten.....	3
1.2	Zur Frage der Vollständigkeit	4
1.3	Der Dokumentationsbogen	6
2	DATENÜBERBLICK 2009	9
2.1	Die Geburten aus 2008 im Überblick.....	11
3	BETEILIGTE EINRICHTUNGEN UND GEBURTENZAHLEN	13
3.1	Beteiligte Hebammen und Einrichtungen.....	13
3.2	Geburtenzahlen nach Einrichtung.....	13
3.3	Gruppierte Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	14
3.4	Geburtenzahlen nach Einrichtung und Bundesland	15
3.5	Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots.....	16
4	ANGABEN ZU DEN BETREUTEN FRAUEN	17
4.1	Geburtenrang und Alter der Frauen.....	17
4.2	Motivation der Frauen.....	18
4.3	Berufstätigkeit in der Schwangerschaft	19
5	BETREUUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT	20
5.1	Kontakt zur Hebamme	20
5.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	21
5.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft.....	24

6	GEBURT	28
6.1	Geburtsort wie geplant?.....	28
6.2	Hebammenbetreuung	29
6.2.1	<i>Betreuungszeit (Zeitintervall vom Eintreffen der Hebamme bis zur Geburt des Kindes).....</i>	<i>29</i>
6.2.2	<i>Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung.....</i>	<i>30</i>
6.2.3	<i>Verlegungen während der Geburt</i>	<i>30</i>
6.2.3.1	<i>Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall</i>	<i>31</i>
6.2.3.2	<i>Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik</i>	<i>32</i>
6.2.3.3	<i>Restliche Geburtsdauer nach Verlegung in Ruhe oder in Not.....</i>	<i>33</i>
6.2.4	<i>Betreuungskontinuität nach der Verlegung.....</i>	<i>35</i>
6.3	Dokumentierte Geburtsbefunde.....	35
6.3.1	<i>Hauptverlegungsgründe und Geburtsbefunde nach Katalog C.....</i>	<i>37</i>
6.4	Geburtsspezifische Ergebnisse	40
6.4.1	<i>Geburtsmodus und -dauer.....</i>	<i>40</i>
6.4.2	<i>Gebärpositionen</i>	<i>42</i>
6.4.3	<i>Geburtsverletzungen</i>	<i>42</i>
6.4.4	<i>Begleitende Maßnahmen.....</i>	<i>44</i>
6.4.5	<i>Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt</i>	<i>46</i>
6.5	Nach der Geburt des Kindes	48
6.5.1	<i>Gesundheit der Mutter.....</i>	<i>48</i>
6.5.2	<i>Postpartale Verlegungen von Müttern</i>	<i>49</i>
6.5.3	<i>Gesundheit der Kinder nach der Geburt.....</i>	<i>50</i>
6.5.3.1	<i>Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen</i>	<i>51</i>
6.5.3.2	<i>Zusammenfassung – Outcome der Kinder.....</i>	<i>55</i>
6.5.4	<i>Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal</i>	<i>56</i>
6.6	Kurzdarstellung der Geminigeburten.....	58
7	ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN.....	59
8	STUDIEN ZUR AUßERKLINISCHEN GEBURTSHILFE	60
	<i>SchwerpunkttHEMA zur 5-Jahres Studie „Außerklinische Geburt in Deutschland 2000 – 2004</i>	

1 Einleitung

In regelmäßiger Folge werden die Ergebnisse der bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Hebammengeleiteten Einrichtungen¹ und in Arztpraxen vorgestellt. Neu für diesen Bericht ist die Auswahl an relevanten Studien zu diesem Thema im Anhang. Die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung ist unter www.quag.de nachzulesen.

1.1 Erfasste Geburten

Die Erfassung möglichst aller geplanten außerklinischen Geburten steht bei dieser Erhebung an erster Stelle. Die vorliegende Untersuchung stellt mit den außerklinisch begonnenen und dokumentierten Geburten von insgesamt 9.756 Kindern (inklusive Zwillinge) ein weiteres umfangreiches Zahlenmaterial für außerklinische Geburtshilfe vor. Dieser Fundus, begonnen 1999, beläuft sich damit derzeit auf außerklinisch begonnene Geburten von insgesamt 94.774 Kindern und wird sich im Laufe der nächsten Jahre noch vergrößern. Die Erhebung ist – in Anlehnung an die klinische Perinatalerhebung – auf Dauer angelegt.

Tabelle 1 Bisher in die Dauererhebung eingegangene Geburten (1999 bis 2007)

Kinder mit außerklinisch begonnener Geburt (incl. Zwillinge)			
Jahr	Gesamt	davon in der Klinik geborene Kinder	davon außerklinisch geborene Kinder
1999	8.578	1.145	7.433
2000	8.800	1.156	7.644
2001	9.483	1.217	8.266
2002	9.412	1.174	8.238
2003	9.846	1.260	8.586
2004	9.912	1.197	8.715
2005	10.021	1.381	8.640
2006	9.524	1.173	8.351
2007	9.442	1.221	8.221
2008	9.756	1.429	8.327
2009	10.382	1.613	8.769
Gesamt	105.156	13.966	91.190

In der vorliegenden Auswertung sind die Geburten von insgesamt 10.382 Kindern – darunter 4 Zwillingspaare (2008: 10 Zwillingspaare) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten in der außerklinischen Geburtshilfe eine

¹ Unter diesem Begriff sind Geburtshäuser, Hebammenpraxen und Entbindungsheime unter Hebammenleitung zusammengefasst, die außerklinische Geburten in ihrer Einrichtung durchgeführt haben.

Ausnahme darstellt² und zudem die Mütter doppelt erfasst wären, werden die Daten dieser 8 Kinder und 4 Mütter aus der Gesamtmenge herausgenommen und unter Punkt 6.6 separat dargestellt. Somit beläuft sich die berücksichtigte Menge auf genau **10.374 außerklinisch begonnene Geburten** (2008: 9.736 Geburten). Die Repräsentativität der Daten veranschaulicht die folgende Tabelle.

1.2 Zur Frage der Vollständigkeit

Amtliche Angaben über die genaue Anzahl von Geburten außerhalb von Kliniken liegen seit 1982 nicht mehr vor. Der Erfassungsgrad wird auf Grund folgender Rechnung geschätzt: Gesamtzahl der Geburten minus der in Kliniken erfolgten Geburten (siehe folgende Tabelle). Zu berücksichtigen ist, dass in der Krankenhausstatistik nicht alle Klinikgeburten erfasst werden. Daher ist es durchaus möglich, dass die Anzahl von Geburten außerhalb von Krankenhäusern zu hoch eingeschätzt wird. Zudem sind in der Differenz auch ungeplante außerklinische Geburten *ohne* Hebammenbeteiligung, die nicht Gegenstand dieses Berichts sind, enthalten.

Tabelle 2 In Deutschland geborene Kinder – klinisch und außerklinisch seit 1999

Jahr	geborene Kinder in Deutschland	davon in Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3	dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet)	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Krankenhausstatistik gemeldet)	(Einzige Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	incl. Zwillinge und Totgeburten Prozent bezogen auf die vermutete Anzahl aller in Deutschland außerklinisch geborenen Kinder (eigene Datenquelle)
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	695.885	12.465 = 1,79%	8.715 = 69,9%
2005	688.282	675.688	12.594 = 1,83%	8.640 = 68,6%
2006	675.144	663.979	11.165 = 1,65%	8.351 = 74,8%
2007	687.233	675.892	11.341 = 1,65%	8.221 = 72,5%
2008	684.926	674.751	10.175 = 1,48%	8.327 = 81,8%

Annäherung an den Erfassungsgrad der QUAG-Erhebung 1999 bis 2008. Die Daten der Krankenhausgeburten 2009 lagen bei Drucklegung noch nicht vor.

² Die vom Bund Deutscher Hebammen (jetzt Deutscher Hebammenverband) 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., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. und Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e.V. 2002 Hebammengeleitete Geburtshilfe, Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes. Karlsruhe).

Es gibt in Deutschland ca. 17.000 Hebammen, von denen der größte Anteil als angestellte Hebammen in Kliniken arbeitet. Zurzeit sind rund 14.500 Hebammen im Deutschen Hebammenverband (DHV, vormals BDH) und rund 800 im Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) organisiert. Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband ist allerdings keine Pflicht. Daher gibt es keine zuverlässigen Zahlen darüber, wie viele Hebammen Hausgeburtschilfe 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/ der Amtsärztin ihres Wohnkreises zu melden, diese Angaben werden jedoch nicht ständig aktualisiert.

Auch über statistische Bundeserhebungen gelingt es nicht, korrekte Angaben zur Anzahl der in Deutschland freiberuflich arbeitenden Hebammen zu erhalten, da das Statistische Bundesamt Freiberuflichkeit bei Hebammen seit 1987 nicht mehr ausweist. Die bis dahin rechtliche Grundlage für diese Zählung war mit dem Wegfall der Niederlassungserlaubnis für Hebammen nicht mehr gegeben. Ein Konzept für einen besseren Informationsfluss zwischen Hebammen und Amtsarzt/ Amtsärztin steht aus.

Ein gangbarer Weg, die außerklinischen Geburten vollständig zu erheben, ist es, die Qualitätssicherung in diesem Bereich als Pflicht in die Hebammenberufsordnungen der Länder aufzunehmen (wie bereits in einigen Bundesländern geschehen). Auf der Grundlage des Hebammengesetzes und der Berufsordnungen der Länder, in denen Hebammen zur Dokumentation ihrer Arbeit verpflichtet sind, hat sich somit die Möglichkeit der Erfassung der außerklinischen Geburten ergeben. Die Nutzung der sogenannten Sollzahlen für Klinikgeburten aus den Berichten der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) und ihrer Nachfolgeorganisation AQUA wird geprüft.

Eine Chance, die tatsächliche Anzahl der außerklinisch beendeten Geburten zu erhalten, liegt auch bei den Standesämtern. Wenn die durchaus vorliegenden Angaben zum Geburtsort in Zukunft kategorisiert erfasst und weitergegeben werden könnten, ergäben sie eine korrekte Zahl – zumindest der außerklinisch beendeten Geburten.

Es lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der Beteiligung von Hebammen an der Erhebung erkennen. Im Rahmen des Qualitätsmanagement-Projektes ist das angestrebte, langfristige Ziel die vollzählige Erfassung der Grundgesamtheit, um ein Abbild der tatsächlichen Verhältnisse zu schaffen.

Die Hebammen und Geburtshäuser, die bislang an der Datenerhebung teilnehmen, lieferten vollständig ausgefüllte Bögen aller durchgeführten Geburten. Die Vollzähligkeit wurde an Hand der laufenden Geburtennummern überprüft. Fehlerhaft ausgefüllte Bögen gingen zur Korrektur an die außerklinischen Einrichtungen zurück. Bei der Online-Erfassung ist die Plausibilitätsprüfung bereits hinterlegt, so dass nur korrekt und vollständig ausgefüllte Bögen in die Erfassung einfließen. Die Anzahl der fehlenden Angaben ist weiter gesunken und das Verfahren wurde sehr gut angenommen.

Mit den genannten Einschränkungen können die hier vorgelegten Ergebnisse als repräsentativ für den Bereich der außerklinischen Geburtshilfe angesehen werden – zumindest für diejenigen Abfragen, die mit genügend großen Zahlen operieren.

1.3 Der Dokumentationsbogen

Der seit dem Jahr 2005 gültige Erhebungsbogen fragt nicht nur fachliche, sondern auch darüber hinausgehende Aspekte der außerklinischen Geburtshilfe ab. Mit den Belegen über bestimmte soziodemographische Merkmale und Kategorien zu Informationsquellen und Motivationslagen der Frauen sollen vor allem Aspekte des Risikomanagements in der außerklinischen Geburtshilfe darstellbar werden. Die zentralen geburtsmedizinischen Merkmale des klinischen Perinatalbogens wurden in den außerklinischen Dokumentationsbogen übernommen. Dazu gehören auch die medizinischen Befundkataloge A bis D. Darüber hinaus ist der Befundkatalog E eingefügt und 2005 modifiziert worden, welcher der besonderen Situation sub- und postpartaler Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung trägt.

Eine Angleichung der bisherigen Befundkataloge A bis D an den ICD-10-Katalog wird angestrebt, sobald die Papiererfassung ausgelaufen ist und nur noch die Online-Erfassung stattfindet.

Mit dem neuen Erfassungsbeleg wurde eine elektronische Lösung für die Erfassung der Geburten erarbeitet und ab dem 1.1.2005 eingeführt. Dadurch sind die Fehleinträge stark zurückgegangen, auch einzelne Probleme wie die genaue Institutionszugehörigkeit wurden für 2009 gelöst.

Der Befund-Katalog

<p>Katalog A (zu Zeile 15) Anamnese und allgemeine Befunde (identisch mit Mutterpass)</p> <p>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-/Thromboseeignung 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 voraus gegangene 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. SSW) 18 Zustand nach Mangelgeburt 19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr. 20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entb. 22 Komplikationen post partum 23 Zustand nach Sectio (654.2) 24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2) 25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr) 26 Andere Besonderheiten 54 Zustand nach HELLP 55 Zustand nach Eklampsie 56 Zustand nach Hypertonie</p> <p>Katalog B (zu Zeile 15) Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (identisch mit Mutterpass)</p> <p>27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-) 28 Dauermedikation 29 Abusus (648.-) 30 Besondere psychische Belastung (648.4) 31 Besondere soziale Belastung (648.9) 32 Blutungen vor der 28. SSW(640.-) 33 Blutungen nach der 28. SSW (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‰ (entspr. 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</p>	<p>Katalog C (zu Zeilen 20, 34, 45 und 56) Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken (identisch mit Perinatalbogen in Klinik (ICD-10 Schlüssel))</p> <p>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 (Vd. auf) (658.4) 74 Fieber unter der Geburt (659.2) 75 Mütterliche Erkrankung (648.-) 76 Mangelnde Kooperation der Mutter 77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herzöne (656.3) 78 Grünes Fruchtwasser (656.3) 79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) (656.3) 80 Nabelschnurvorfall (663.0) 81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen (663.9) 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (662.0) 83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (662.2) 84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. 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/Stirnslage (652.4) 91 Tiefer Querstand (660.3) 92 Hoher Geradstand (652.5) 93 Sonstige regelwidrige Schädelagen (652.8) 94 Sonstiges 95 HELLP 96 intrauteriner Fruchttod (656.4) 97 pathologischer Dopplerbefund 98 Schulterdystokie</p> <p>Katalog D (zu Zeilen 50, 53, 56) post partale Krankheiten/Störungen, Verlegungsgründe der Neugeborenen und Diagnose bei verstorbenen Kindern</p> <p>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 Stoffwechselfstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775) 10 hereditäre Stoffwechselfdefekte (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)</p>	<p>19 zur Beobachtung 20 Sonstiges</p> <p>25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.) (758) 26 (andere) multiple Mißbildungen (759) 27 Anenzephalus (740) 28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741) 29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742) 30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744) 31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747) 32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748) 33 Gaumen- und Lippenpalten (749) 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750) 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751) 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753) 37 Anomalie Genitalorgane (752) 38 Anomalie Knochen,Gelenke,Muskeln(755,756) 39 Zwerchfellmißbildung (7566) 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671) 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757) 42 Hernien (550-553) 43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüftdysplasie, Hüftluxation) (754) 44 andere Anomalie</p> <p>Katalog E (zu Zeilen 34, 42) Verlegung der Mutter sub partu 100 Auf Wunsch der Mutter</p> <p>Verlegung der Mutter post partum 101 Blutungen >1000ml 102 Placentalösungsstörg. / unvollst. Placenta 103 Komplizierte Geburtsverletzungen 104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen 105 Gestose / Eklampsie 106 HELLP 107 Sepsis 108 Verdacht auf Embolie 109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage 110 zum normalen Wochenbett 111 zur Begleitung des verlegten Kindes 112 Sonstiges</p> <p>Katalog F (zu Zeile 57) Länderschlüssel für den tatsächlichen Geburtsort des Kindes</p> <p>01 Baden – Württemberg 02 Bayern 03 Berlin 04 Brandenburg 05 Bremen 06 Hamburg 07 Hessen 08 Mecklenburg - Vorpommern 09 Niedersachsen 10 NRW 11 Rheinland - Pfalz 12 Saarland 13 Sachsen - Anhalt 14 Sachsen 15 Schleswig - Holstein 16 Thüringen</p> <p>20 Dänemark 21 Niederlande 22 Belgien 23 Luxemburg 24 Frankreich 25 Schweiz 26 Österreich 27 Tschechien 28 Polen</p>
--	---	--

2 Datenüberblick 2009

Datenbasis

Auf der Basis einer Geburtenzahl von 10.374 *Einlingen* lassen sich aussagekräftige Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland darstellen. Insgesamt haben 622 Hebammen bzw. Institutionen aus ganz Deutschland teilgenommen. Die als Hausgeburten begonnenen Geburten umfassen 3.587 Geburten oder 34,6% aller Geburten (2008 noch 37,1% mit 3.615 Hausgeburten). Die meisten Hausgeburten sowie Geburten aus hebammengeleiteten Einrichtungen wurden wie in den Jahren zuvor in Bayern dokumentiert.

Betreuung

Insgesamt 84,5% (2008: 85,3%) aller Geburten wurden an dem Ort beendet, an dem sie begonnen wurden. Die subpartale Verlegungsrate beträgt 15,5% (2008: 14,7%). Eine Verlegung der entbundenen Frau nach der Geburt wurde in 3,2% (2008: 3,3%) aller Geburten vorgenommen. Genau 2,3% (2008: ebenfalls 2,3%) aller Neugeborenen wurden – unabhängig vom jeweiligen Geburtsort – in eine Kinderklinik verlegt.

Klientel

Im Jahr 2009 lag der Anteil der Erstgebärenden bei 38,5% (2008: 37,3%). Der Anteil der betreuten Frauen im Alter über 35 Jahren betrug 33,2% (2008: 34,7%) aller Gebärenden.

Information und Motivation

Die vertraute Hebamme (mit 75,1%) (2008: 74,1%) sowie Selbstbestimmung (72,4%) (2008: 70,3%) aller Schwangeren waren die entscheidenden Motivationen der Schwangeren für eine außerklinische Geburt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Schwangerschaft

Die meisten Schwangeren (84,9%) (2008 84,6%) kontaktierten ihre Hebamme vor 28 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen. Vorsorgeuntersuchungen wurden häufiger als in den Vorjahren bei Hebammen wahrgenommen (92,1%) (2008: 91,6%). Fast alle Schwangeren (99,8%) (2008: 99,6%) gingen zur Vorsorgeuntersuchung (sei sie ärztlich oder von Hebammen durchgeführt), und nur geringfügig weniger Frauen (98,6%) (2008: 98,3%) ließen auch mindestens eine Ultraschalluntersuchung durchführen. Knapp 66,1% (2008: 64%) aller Frauen waren in der Schwangerschaft berufstätig.

Knapp 90,4% (2008: 89%) der Schwangeren konnten im Jahr 2009 von ihren Voraussetzungen (keine Befunde nach Katalog B) mit einer normalen Geburt rechnen. Alle einzelnen Einträge, die auf eine problematische Geburt schließen lassen könnten, lagen – bis auf „Andere Besonderheiten“ mit 1,8% (2008: 2%) und vorzeitige Wehentätigkeit mit 1,4% (2008: 1,5%) – jeweils unter 1% aller Geburten.

Geburtssituation

Insgesamt hatten 67,6% (2008: 67,9%) aller Frauen, die nicht in der Klinik geboren haben, Befunde laut Katalog C aufzuweisen. Von allen außerklinisch begonnenen Geburten konnten 91,3% (2008: 91,4%) als Spontangeburt beendet werden.

Genau 69% (2008: knapp 65%) aller Gebärenden erlebten eine Geburtsdauer von bis zu 10 Stunden. Insgesamt 54% (2008: ebenfalls 54%) aller Gebärenden mit vaginaler Geburt haben eine Zeitspanne des aktiven Mitschiebens von bis zu 15 Minuten nicht überschritten. Die bevorzugte Gebärhaltung aller Frauen mit vaginalen Geburten war mit 26,7% (2008: 27%) hockend, sitzend oder auf dem Gebärhocker.

Knapp 44,2% (2008: 45%) aller Gebärenden mit vaginaler Geburt hatte keine Geburtsverletzung.

Bei genau 6% (2008: ebenfalls 6%) der Gebärenden mit vaginaler Geburt wurde ein Dammschnitt nötig, dies betraf vor allem Erstgebärende. Die Rate der Dammsrisse Grad III oder IV liegt bei genau einem Prozent (wie im Jahr 2008).

Genau 70% (2008: genau 69%) aller Frauen und damit etwas mehr als im Vorjahr haben während der Geburt irgendeine Art der Intervention erfahren (wie recht frühe Blasensprengung, Medikamentengaben inklusive Homöopathie oder Dammschnitt).

Bei 88,1% (2008: 89,1%) aller 1.611 Verlegungen wurde während der Geburt ein kurzer Transportweg von bis zu 10 km zurückgelegt. Insgesamt 85,8% (2008: 83,4%) aller Verlegungen wurden innerhalb einer halben Stunde abgeschlossen.

Insgesamt haben 94,9% (2008: 92,4%) der verlegten Frauen innerhalb einer Stunde nach Ankunft in der Klinik entbunden. Die Rate an sekundären Sectiones (nach Verlegung) beträgt 6,0% aller Geburten mit n=623 (2008: 6,0% mit n=588) oder 38,7% von allen 1.611 verlegten Frauen (2008: 41,2% von 1.428). Damit erlebten rund 61% (2008: 59%) aller Verlegten eine vaginale Geburt.

Nach der Geburt

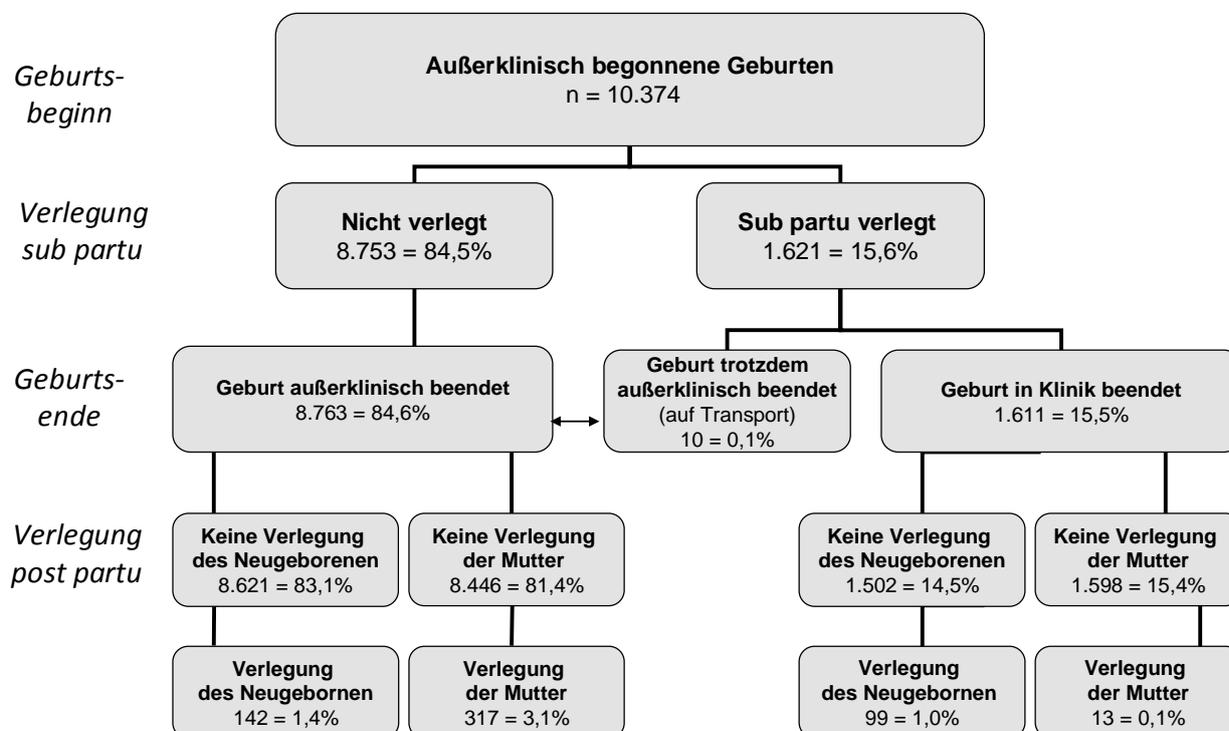
Insgesamt 94,8% (2008: 94,9%) aller Entbundenen hatten direkt nach der Geburt keine Probleme. Von den auftretenden Komplikationen wurden Plazentalösungsstörungen mit 2,0% (2008: 1,9%) am häufigsten genannt. Insgesamt 330 Wöchnerinnen (3,2%) (2008: 3,3%) aller Frauen wurden nach der Geburt verlegt, auch hier sind die Plazentalösungsstörungen als Verlegungsgrund mit 1,4% aller Geburten (2008 1,2%) am häufigsten.

Von allen 10.365 Lebendgeborenen hatten 99,4% (2008: 99,3%) einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber. Die perinatale Todesrate ist im Jahr 2009 mit 24 verstorbenen Kindern (2008: 18 Kinder) ähnlich hoch wie in den vorausgegangenen Erhebungsjahren und liegt bei 0,23% (im Vorjahr: 0,18%). Atemstörungen waren mit 204 Nennungen und 1,97% aller Kinder die häufigste Morbidität (2008: n=171 und 1,76%), während Verlegung zur Beobachtung mit 56 Nennungen (0,54%) der häufigste Verlegungsgrund war (2008: n=55 und 0,56%). Für 93,8% (2008: 92,8%) aller Kinder – und damit für ein Prozent mehr als im Vorjahr – kann der Zustand als gut bzw. sehr gut bezeichnet werden.

Aussagen zum weiteren Wochenbettverlauf der Mutter werden nicht erhoben, jedoch kann für 2009 wiederum festgestellt werden, dass keine Mutter im Zusammenhang mit der Geburt verstorben ist.

2.1 Die Geburten aus 2009 im Überblick

Abbildung 1 Überblick über die ausgewerteten Geburten 2009



Prozentzahlen bezogen auf n=10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009). Prozentbezüge, die mehr als 100,0% ergeben, sind Folge der Ab- und Aufrundung.

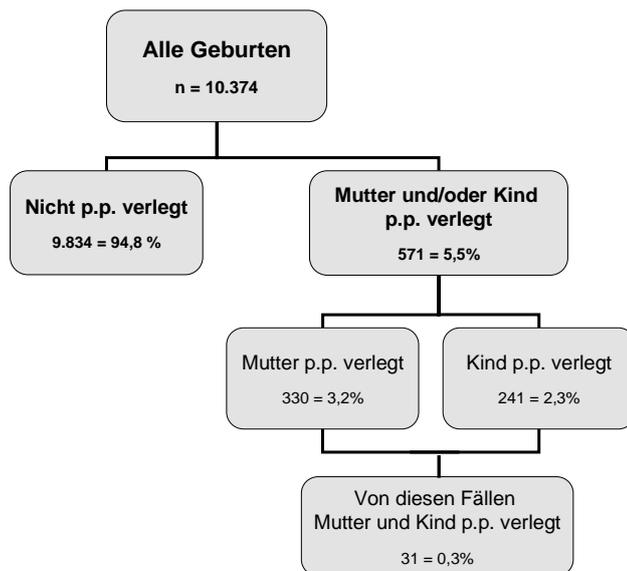
Von den 10.374 Geburten außerklinisch begonnenen Geburten endeten 8.773 oder 84,6% aller Geburten und damit weniger als im Vorjahr (2008: 85,2%) an ein- und demselben Ort. Hier ist über die Jahre eine absteigende Tendenz zu erkennen.

In 1.621 Fällen oder 15,6% aller Geburten wurde die Geburt in eine Klinik verlegt (2008: 14,8%). Von diesen ereigneten sich zehn Geburten während des Transports und somit ebenfalls noch außerklinisch (2008 waren es sieben Fälle). Im weiteren Bericht wird deshalb auf 1.611 Geburten (15,5%) als in die Klinik verlegt und dort beendet eingegangen.

Zur postpartalen Verlegung

Die postpartale Verlegungsrate der Kinder beläuft sich auf 2,3% aller Geburten (2008: ebenfalls 2,3%) und die der Mütter auf 3,2% aller Geburten (2008: 3,3%), wie aus folgendem Diagramm hervorgeht:

Abbildung 2 Gesamte postpartale Verlegungen



Prozentzahlen bezogen auf n=10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009)

3 Beteiligte Einrichtungen und Geburtenzahlen

3.1 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

Tabelle 3 Einrichtungen in den Erhebungen / Jahr

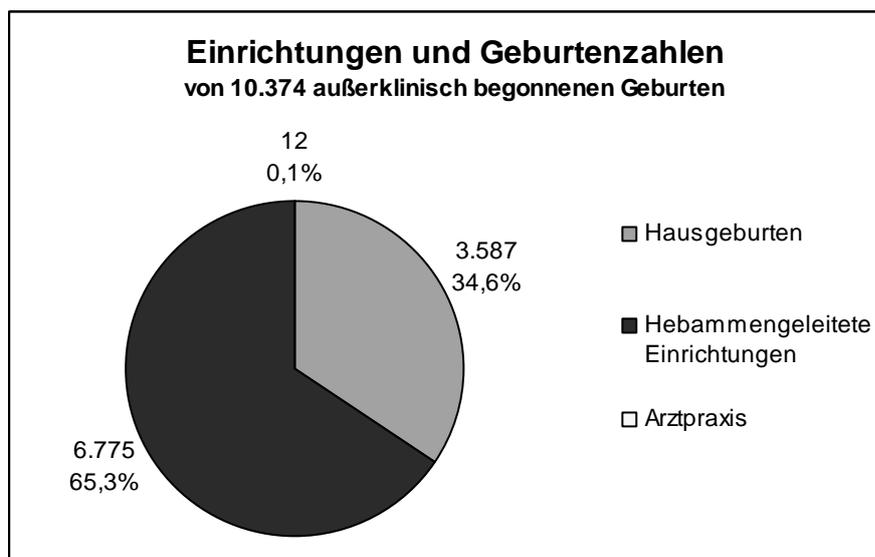
Einrichtungen im Verfahren	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammen (in der Hausgeburtshilfe)	488	78,5	480	79,6
Hebammengeleitete Einrichtungen	133	21,4	122	20,2
Ärztlichgeleitete außerklinische Institution (Arztpraxis)	1	0,2	1	0,2
Gesamt	622	100,0	603	100,0

Prozentangaben bezogen auf jeweilige Anzahl aller Einrichtungen des jeweiligen Jahrgangs

Die Angaben und die Herleitung der Einrichtungen unter den Einrichtungsnummern wurde bis 2006 immer in Verbindung mit der Frage nach dem tatsächlichen Geburtsort vorgenommen, liefert jedoch ungenaue Angaben. Für 2007 und 2008 wurden die Angaben nach der Institutionsnummer gewählt, welche auch fehlerbehaftet sein können. Für den Jahrgang 2009 wurde die Zuordnung nach korrigierter Einrichtungsnummer vorgenommen und wird in den Folgejahren beibehalten.

3.2 Geburtenzahlen nach Einrichtung

Abbildung 3



3.3 Gruppierte Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

Hebammen in der Hausgeburtsilfe gruppiert nach Geburtenzahlen

Tabelle 4 Hebammen in der Hausgeburtsilfe nach Anzahl der zu Hause beendeten Geburten / Jahr

Hebammen mit Anzahl Hausgeburten/ Jahr	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 Geburten	425	79,7	368	79,3
11-20 Geburten	86	16,1	73	16,8
21-30 Geburten	18	3,4	34	2,9
31-40 Geburten	4	0,8	5	1,0
41-50 Geburten	0	0,0	0	0,0
51 und mehr Geburten	0	0,0	0	0,0
Gesamt	533	100,0	480	100,0

Prozentzahlen beziehen sich auf alle Hebammen des jeweiligen Jahrgangs, die zu Hause beendete Geburten gemeldet haben.

Anzumerken ist, dass Hebammen, die in der Hausgeburtsilfe Geburten dokumentieren, durchaus zusätzlich noch Geburten in anderen Einrichtungen (Geburtshaus, Kreißaal in einem Belegkrankenhaus) begleiten können.

Hebammengeleitete Einrichtungen gruppiert nach Geburtenzahlen

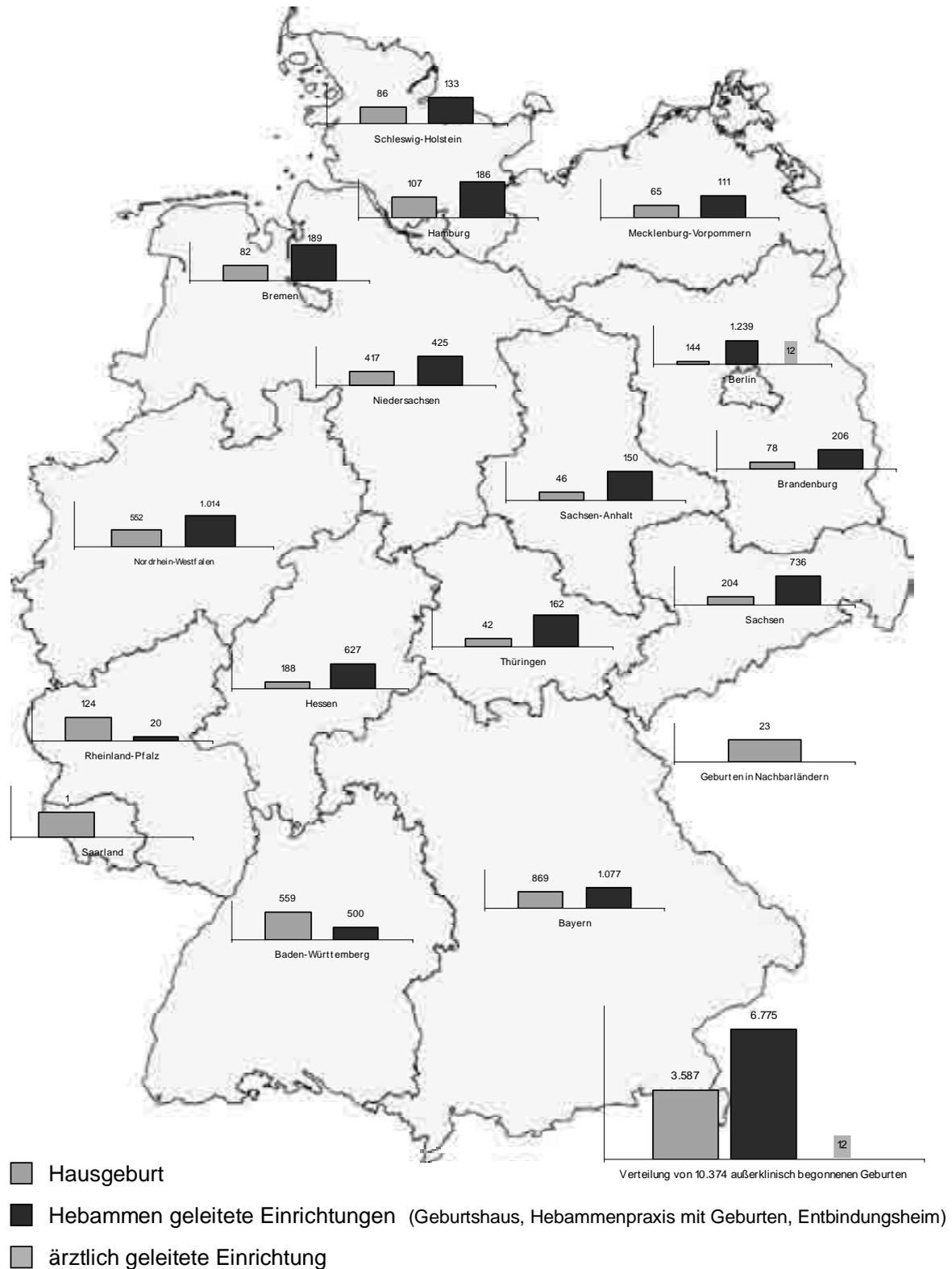
Tabelle 5 Hebammengeleitete Einrichtungen Geburtshäuser nach Anzahl der im Geburtshaus beendeten Geburten / Jahr

Hebammengeleitete Einrichtungen mit Anzahl Geburten/ Jahr	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 50 Geburten	79	59,4	77	63,1
51-100 Geburten	40	30,1	34	27,9
101-150 Geburten	8	6,0	6	4,9
151-200 Geburten	3	2,3	1	0,8
201 und mehr Geburten	3	2,3	4	3,3
Gesamt	133	100,0	122	100,0

Prozentangaben beziehen sich auf alle hebammengeleitete Einrichtungen (Geburtshäuser, Hebammenpraxen mit Geburtshilfe und Entbindungsheime) des jeweiligen Jahrgangs, die im Geburtshaus beendete Geburten gemeldet haben

3.4 Geburtenzahlen nach Einrichtung und Bundesland

Abbildung 4



Angaben beziehen sich auf die Anzahl der in der jeweiligen Einrichtung begonnenen Geburten im Jahr 2009

3.5 Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots

Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern

Tabelle 6 Verteilung der außerklinisch begonnenen Geburten auf die außerklinischen Einrichtungen in den Bundesländern in den Jahren 2009 und 2008

Anzahl der Geburten nach Einrichtungsnummern	Hausgeburten (HG)	Hebammen-geleitete Einrichtung = HgE (Geburtshaus, Hebammenpraxis mit Geburtshilfe, Entbindungsheim)	GH oder Praxis mit ärztlicher Leitung (AP)	Gesamt Jahr 2009 (Anzahl)	Gesamt Jahr 2009 (Prozent)	Gesamt Jahr 2008 (Anzahl)	Gesamt Jahr 2008 (Prozent)
Bundesland							
01-Baden-Württembg.	559	500	0	1.059	10,2	966	9,9
02-Bayern	869	1.077	0	1.946	18,8	1.899	19,5
03-Berlin	144	1.239	12	1.395	13,4	1.292	13,3
04-Brandenburg	78	206	0	284	2,7	354	3,6
05-Bremen	82	189	0	271	2,6	279	2,9
06-Hamburg	107	186	0	293	2,8	290	3,0
07-Hessen	188	627	0	815	7,9	791	8,1
08-Mecklenburg-Vorp.	65	111	0	176	1,7	173	1,8
09-Niedersachsen	417	425	0	842	8,1	662	6,8
10-Nordrhein-Westf.	552	1.014	0	1.566	15,1	1.440	14,8
11-Rheinland-Pfalz	124	20	0	144	1,4	153	1,6
12-Saarland	1	0	0	1	0,0	1	0,0
13-Sachsen-Anhalt	46	150	0	196	1,9	157	1,6
14-Sachsen	204	736	0	940	9,1	811	8,3
15-Schleswig-Holstein	86	133	0	219	2,1	234	2,4
16-Thüringen	42	162	0	204	2,0	216	2,2
Geburten in Nachbarländern							
21-Niederlande				0	0,0	2	0,0
22-Belgien	1			1			
24-Frankreich	8			8	0,1	2	0,0
25-Schweiz	1			1	0,0	1	0,0
26-Österreich	13			13	0,1	12	0,1
28-Polen				0	0,0	1	0,0
Gesamt	3.587	6.775	12	10.374	100,0	9.736	100,0

Anzahl der Geburten (Aufteilung nach Hausgeburten, Hebammengeleiteten Einrichtungen und Arztpraxis) nach Bundesländern und Grenzgebieten. Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtgeburtenszahlen des jeweiligen Jahrgangs.

Aufgelistet werden auch Geburten, die als Hausgeburten in Nachbarländern stattfanden und von den an der Erfassung teilnehmenden Hebammen betreut wurden.

4 Angaben zu den betreuten Frauen

4.1 Geburtenrang und Alter der Frauen

Tabelle 7 Geburtenrang der Frauen / Jahr

Parität	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	3.999	38,5	3.630	36,8
Zweitgebärende	3.816	36,8	3.569	37,1
Dritt- und Mehrgebärende	2.559	24,7	2.537	26,1
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

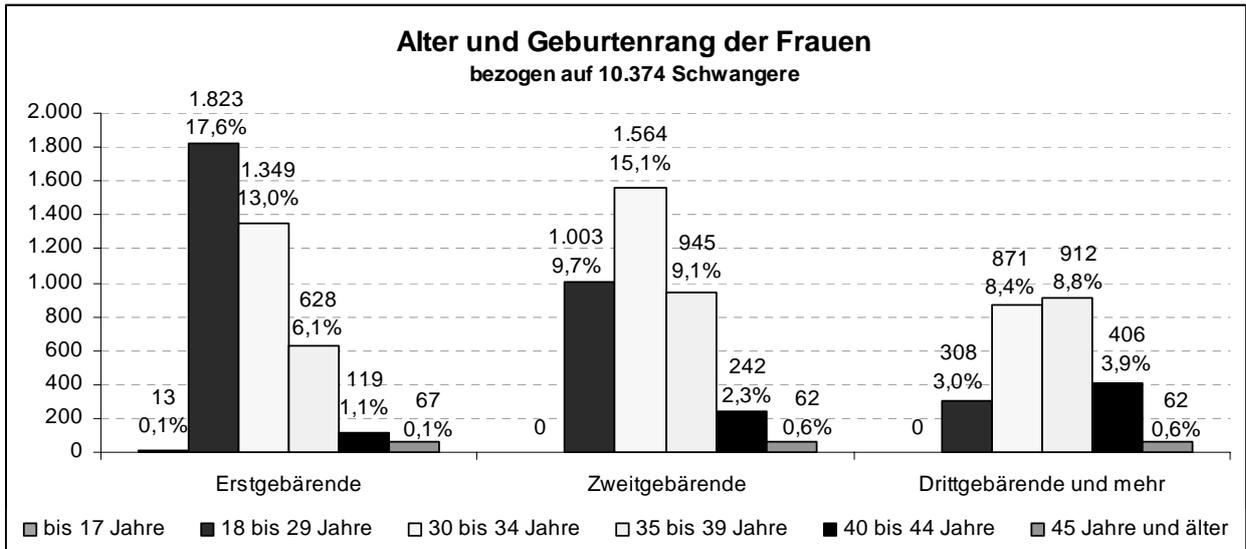
Prozentangaben bezogen auf Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 8 Geburtenrang der Frauen nach Einrichtung

Parität	Hausgeburt		Hebammen-geleitete Einrichtung		Arztpraxis	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	889	24,8	3.103	45,8	7	58,3
Zweitgebärende	1.352	37,7	2.460	36,3	4	33,3
Dritt- und Mehrgebärende	1.346	37,5	1.212	17,9	1	8,3
Gesamt	3.587	100,0	6.775	100,0	12	100,0

n= 10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2009). Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge der jeweiligen Einrichtungen

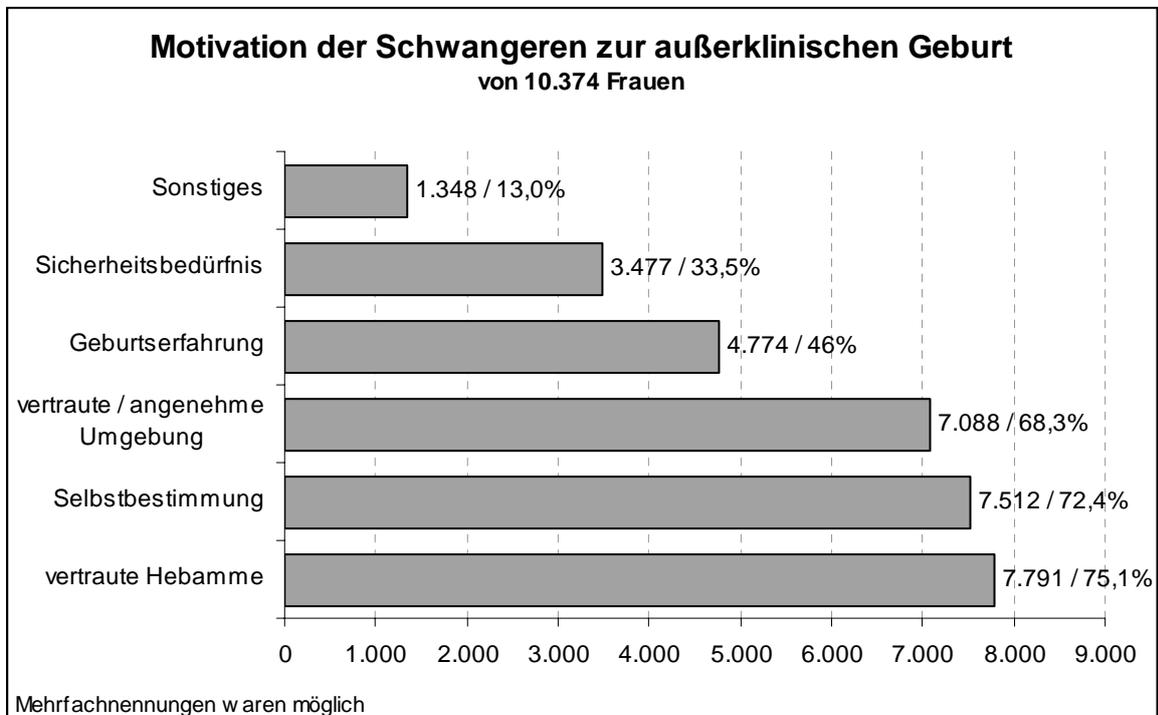
Abbildung 5 Alter und Parität der Schwangeren



Die Altersverteilung in den drei Paritätsgruppen ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar.

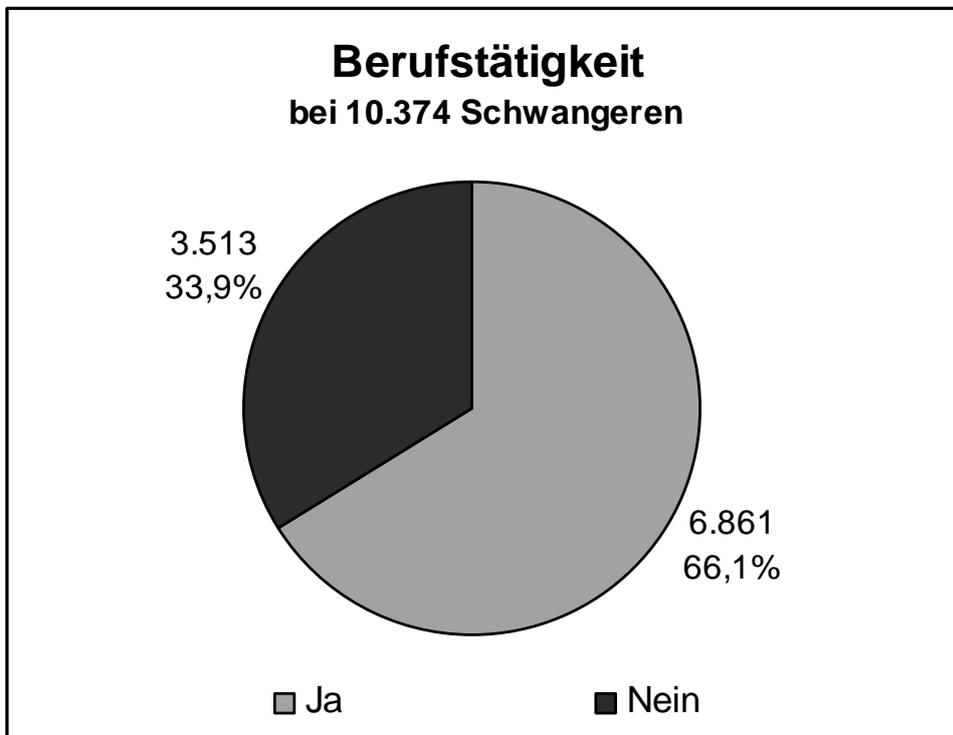
4.2 Motivation der Frauen

Abbildung 6



4.3 Berufstätigkeit in der Schwangerschaft

Abbildung 7

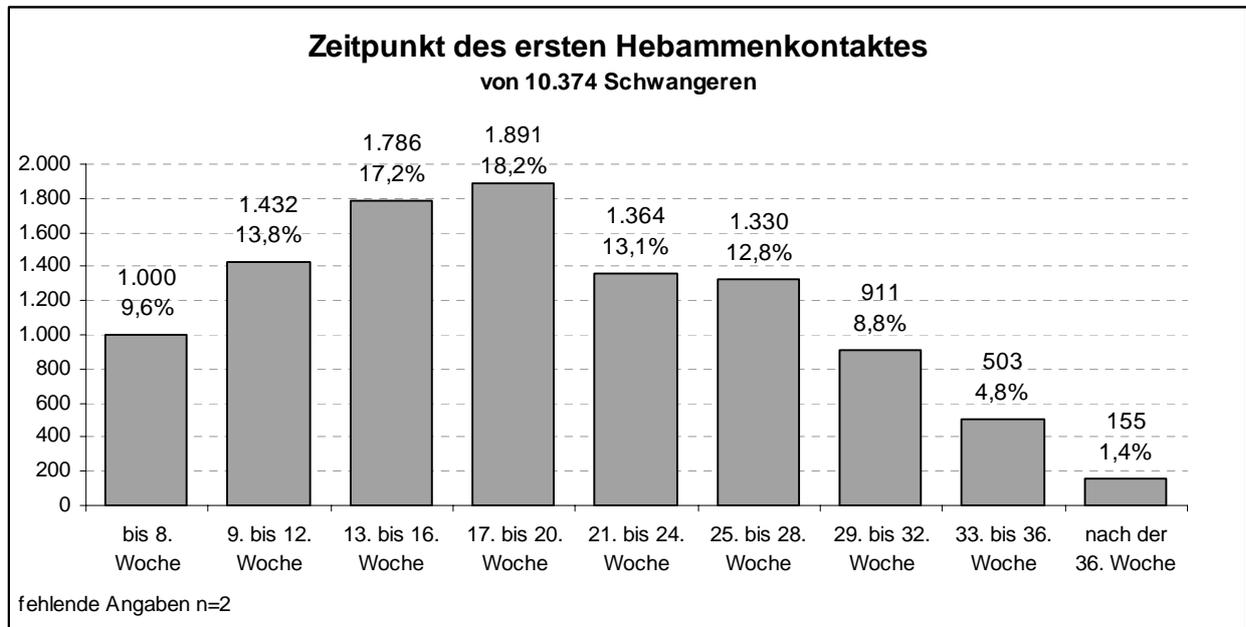


5 Betreuung in der Schwangerschaft

5.1 Kontakt zur Hebamme

Erstkontakt

Abbildung 8



85% aller Schwangeren haben bereits nach Abschluss von 28 Schwangerschaftswochen eine Hebamme kontaktiert – und damit etwas mehr als im Vorjahr (84,6%).

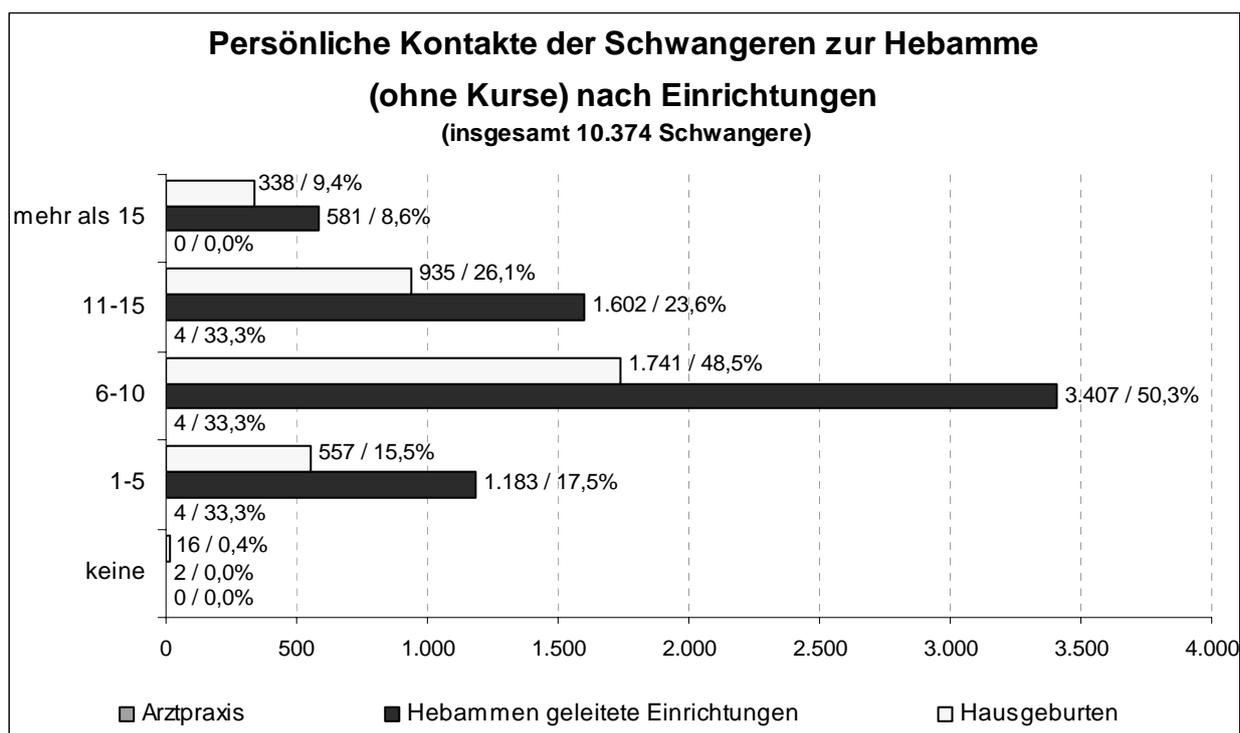
Anzahl persönlicher Kontakte (ohne Kurse und Telefonate)

Tabelle 9 Anzahl persönlicher Kontakte zwischen der Schwangeren und der Hebamme / Jahr

Anzahl der persönlichen Kontakte	2009		2008	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent
keine	18	0,2	30	0,3
1-5	1.744	16,8	1.777	18,3
6-10	5.152	49,7	4.808	49,4
11-15	2.541	24,5	2.244	23,0
mehr als 15	919	8,9	872	9,0
Keine Angaben	0	0,0	5	0,1
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentangaben bezogen auf Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 9



5.2 Rat und Hilfe in der Schwangerschaft

Tabelle 10 Schwangere mit Vorsorgeuntersuchungen insgesamt / Jahr

Anzahl der Schwangeren mit Vorsorgeuntersuchungen (inklusive ärztlicher Untersuchungen)	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Vorsorge	10.352	99,8	9.695	99,6
Keine Vorsorge	22	0,2	41	0,4
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentangaben bezogen auf Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 10

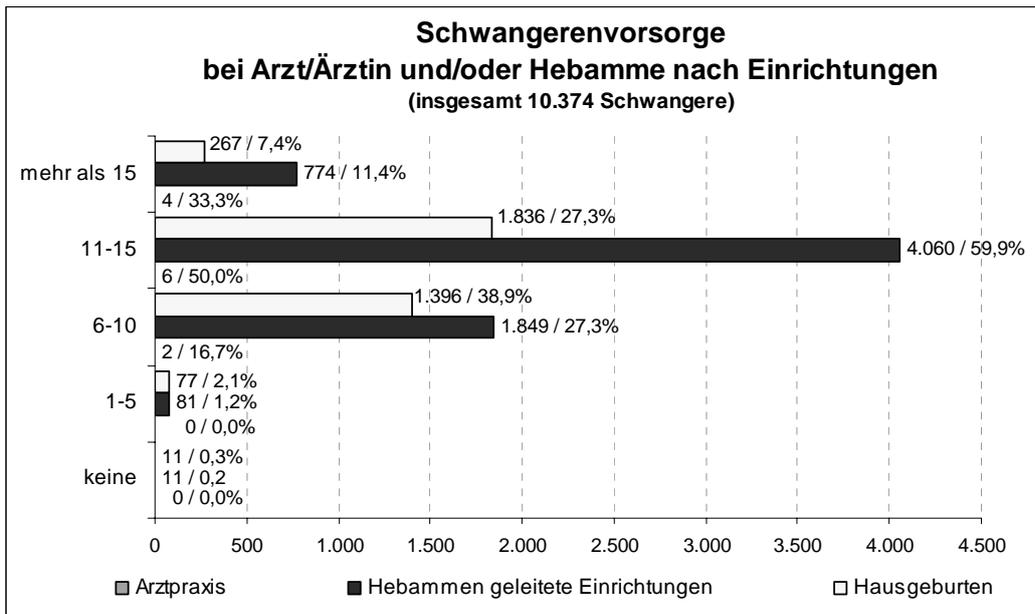


Tabelle 11 Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme / Jahr

Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammenvorsorge - Ja	9.550	92,1	8.915	91,6
Hebammenvorsorge - Nein	824	7,9	821	8,4
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 11



Tabelle 12 Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft / Jahr

Ultraschalluntersuchung erfolgt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	10.231	98,6	9.568	98,3
Nein	143	1,4	168	1,7
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 12



5.3 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft

Abbildung 13

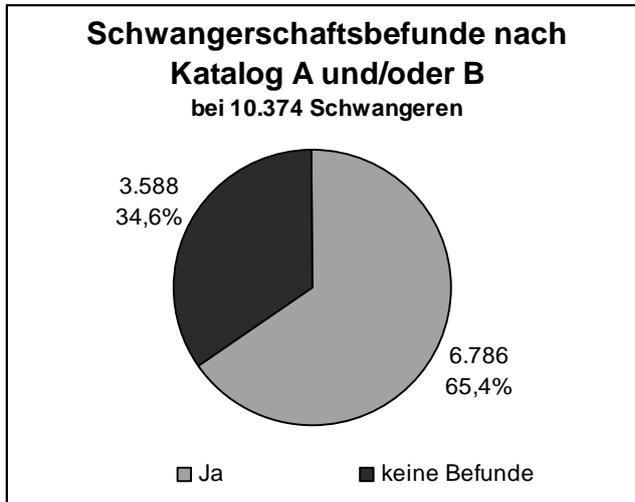


Tabelle 13 Schwangerschaftsbefunde / Jahr

Schwangerschaftsbefunde	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Befunde	3.588	34,6	3.396	34,9
Nur nach Katalog A	5.787	55,8	5.306	54,5
Nur nach Katalog B	343	3,3	319	3,3
nach Katalog A und B	656	6,3	715	7,3
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 14

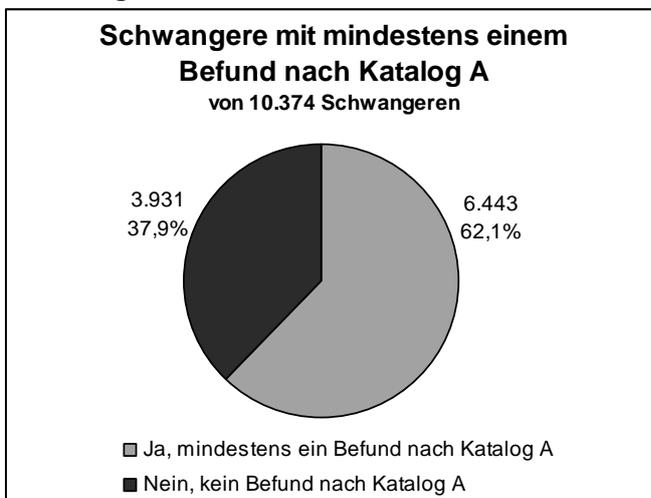


Tabelle 14 Anamnestische Befunde, in der Schwangerschaft erhoben / Jahr

Befunde nach Katalog A nach Katalognummer (die 7 häufigsten sind hervorgehoben)	2009		2008	
	Anzahl	Prozent bezogen auf 10.374 Geburten	Anzahl	Prozent bezogen auf 9.736 Geburten
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische oder psychische Krankheiten)	1.961	18,9	1.687	17,3
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	971	9,4	812	8,3
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	131	1,3	117	1,2
A04 Allergie	2.202	21,2	1.981	20,3
A05 Frühere Bluttransfusionen	74	0,7	62	0,6
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)(648.4)	575	5,5	527	5,4
A07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftl. Probleme)(648.9)	230	2,2	212	2,2
A08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgeg. SS)(656.1)	28	0,3	22	0,2
A09 Diabetes mellitus (648.0)	18	0,2	18	0,2
A10 Adipositas	235	2,3	155	1,6
A11 Kleinwuchs	12	0,1	16	0,2
A12 Skelettanomalien	220	2,1	209	2,1
A13 Schwangere unter 18 Jahren	14	0,1	17	0,2
A14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)	2.544	24,5	2.483	25,5
A15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	291	2,8	291	3,0
A16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung	105	1,0	110	1,1
A17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	124	1,2	124	1,3
A18 Zustand nach Mangelgeburt	31	0,3	31	0,3
A19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	428	4,1	403	4,1
A20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	148	1,4	138	1,4
A21 Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	441	4,3	451	4,6
A22 Komplikationen post partum	101	1,0	100	1,0
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	474	4,6	464	4,8
A24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)	142	1,4	164	1,7
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	265	2,6	247	2,5
A26 Andere Besonderheiten	320	3,1	302	3,1
A54 Zustand nach HELLP	6	0,1	5	0,1
A55 Zustand nach Eklampsie	4	0,0	1	0,0
A56 Zustand nach Hypertonie	11	0,1	16	0,2

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs.

Die Befundraten in Katalog A haben im Vergleich zum Vorjahr eine Veränderung erfahren: *A01 Familiäre Belastung* sowie *A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen* sind um mehr als einen Prozentpunkt angestiegen. Die Belastung durch *A04 Allergie* ist weiter leicht gestiegen und betrifft fast ein Viertel der Schwangeren. Hier wäre eine nähere Betrachtung aller Schwangeren in Deutschland sinnvoll. Auf sehr viel niedrigerem Niveau – aber ebenfalls anzumerken – steigt die Rate von *A10 Adipositas* an. Zu beobachten ist weiterhin der Befund *A23 Zustand nach Sectio*, dessen Rate mit 4,6% aller Schwangeren im Jahr 2009 zwar leicht gesunken ist (2008: 4,8%), jedoch differenziert nach Parität betrachtet werden sollte.

Abbildung 15

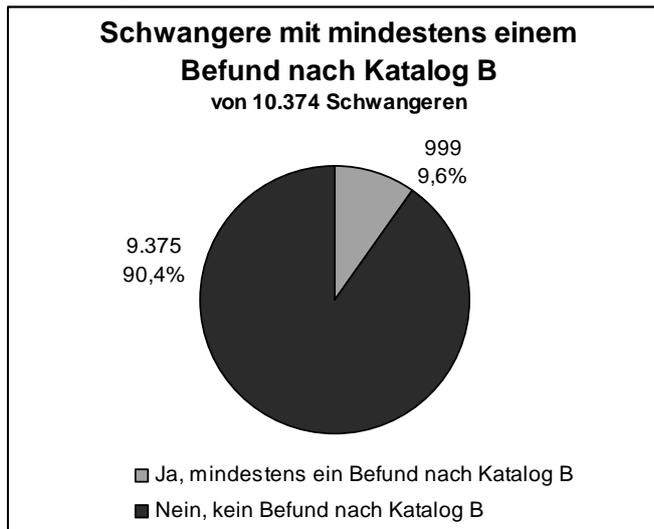


Tabelle 15 Schwangerschaftsbefunde für diese Schwangerschaft / Jahr

Befunde nach Katalog B nach Katalognummer (die 7 häufigsten sind hervorgehoben)	2009		2008	
	Anzahl	Prozent bezogen auf 10.374 Geburten	Anzahl	Prozent bezogen auf 9.736 Geburten
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-)	68	0,7	60	0,6
B28 Dauermedikation	66	0,6	41	0,4
B29 Abusus (648.-)	82	0,8	95	1,0
B30 Besondere psychische Belastung (648.4)	78	0,8	92	0,9
B31 Besondere soziale Belastung (648.9)	24	0,2	37	0,4
B32 Blutungen vor der 28. SSW (640.-)	101	1,0	116	1,2
B33 Blutungen nach der 28. SSW (641.-)	16	0,2	20	0,2
B34 Placenta praevia (641.-)	3	0,0	4	0,0
B35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	0	0,0	0	0,0
B36 Hydramnion (657)	3	0,0	16	0,2
B37 Oligohydramnie (658.0)	9	0,1	7	0,1
B38 Terminunklarheit (646.9)	73	0,7	89	0,9
B39 Placenta-Insuffizienz (656.5)	14	0,1	13	0,1
B40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)	41	0,4	53	0,5
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)	141	1,4	148	1,5
B42 Anämie (648.2)	73	0,7	49	0,5
B43 Harnwegsinfektion (646.6)	36	0,3	33	0,3
B44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)	5	0,0	4	0,0
B45 Risiko aus anderen serologischen Befunden	43	0,4	34	0,3
B46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-)	26	0,3	34	0,3
B47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l)	3	0,0	5	0,1
B48 Mittelgradige - schwere Ödeme (646.1)	20	0,2	29	0,3
B49 Hypotonie (669.2)	9	0,1	8	0,1
B50 Gestationsdiabetes (648.0)	37	0,4	48	0,5
B51 Lageanomalie (652.-)	16	0,2	15	0,2
B52 Andere Besonderheiten (646.9)	182	1,8	194	2,0
B53 Hyperemesis	51	0,5	35	0,4

Mehrfachnennungen waren möglich Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Jahrgangs

Die Befundraten in Katalog B haben sich in Bezug auf das Vorjahr kaum verändert. Alle der sieben häufigsten Befunde lassen per se noch nicht auf Schwierigkeiten bei der Geburt schließen.

Der Anteil der Schwangeren ohne Befund ist von 34,9% (2008) auf 34,6% (2009) nur leicht gesunken. Positiv anzumerken ist, dass die Befundrate nach Katalog B von 10,6% (2008) auf 9,6% (2009) gefallen ist.

6 Geburt

6.1 Geburtsort wie geplant?

Abbildung 16

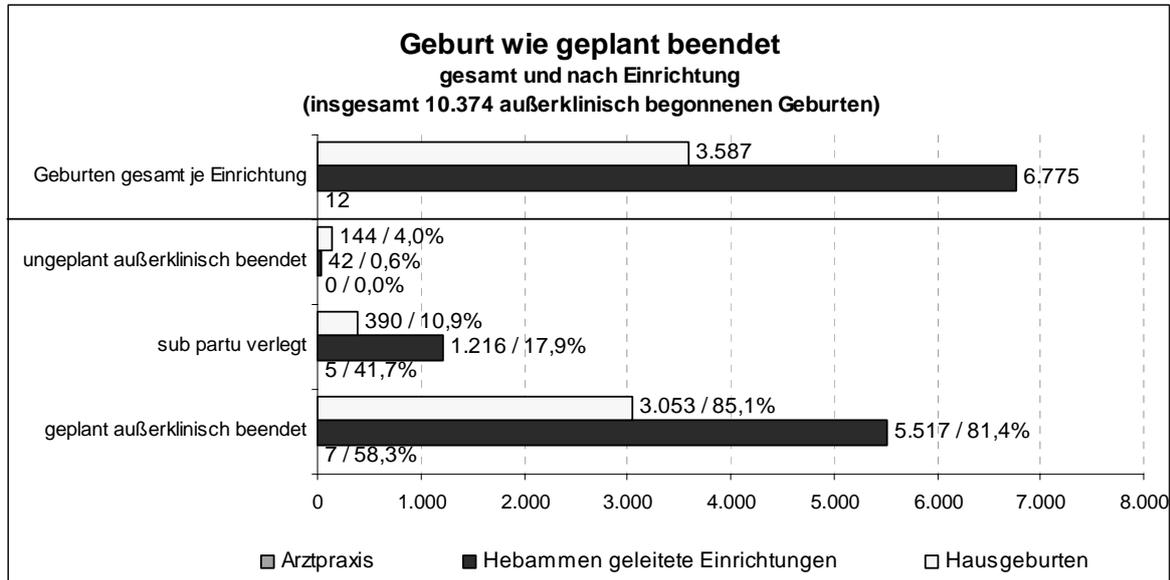


Abbildung 17



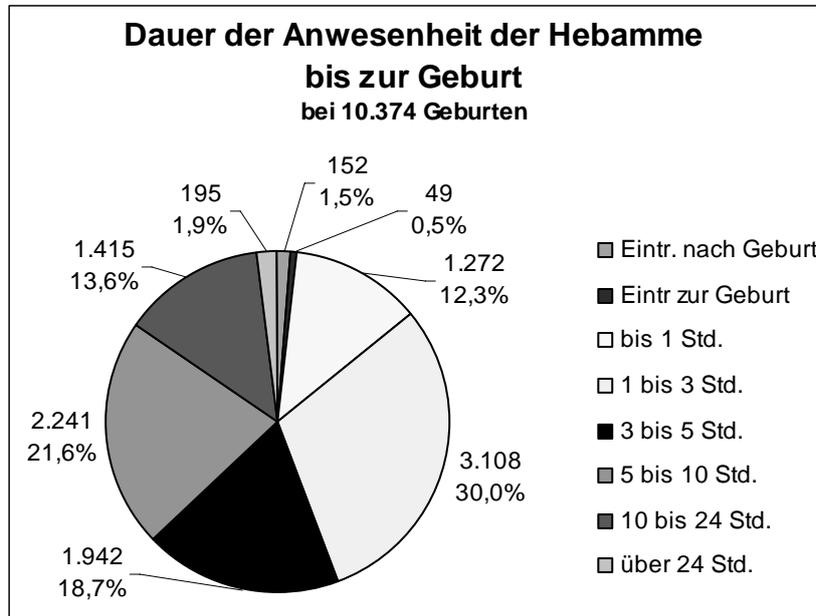
Die ungeplanten außerklinischen Geburten sollen in den nächsten Jahren weiter beobachtet werden, da es sich dabei um Geburten handelt, zu denen eine Hebamme in Not gerufen wurde. In den vergangenen Jahren lag dieser Wert konstant bei 2,4%, ab 2008 sinkt der Wert. Für 2009 wurden nur noch 1,8% *ungeplante* außerklinische Geburten dokumentiert. Das Outcome dieser Mütter und Kinder kann deutlich schlechter sein als das Outcome *geplanter* außerklinischer Geburten.

Knapp 83% (2008: etwas über 83%) aller Geburten fanden dort statt, wo sie geplant waren.

6.2 Hebammenbetreuung

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

Abbildung 18



Die Betreuungszeit sollte möglichst nicht kürzer als eine Stunde vor der Geburt beginnen. Auch sollte die Betreuung vor der völligen Erschöpfung der Hebamme enden. Im vorliegenden Bericht wurde der Betreuungsrahmen von 1 bis 24 Stunden als adäquat bezeichnet, da angenommen wird, dass sich Hebammen gegenseitig ablösen können.

Tabelle 16 Adäquate Betreuungszeit während der Geburt / Jahr

Kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme bis zur Geburt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
adäquate Betreuungszeit	8.706	83,9	8.165	83,4
nicht adäquate Betreuungszeit	1.668	16,1	1.571	16,6
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

In 83,9% (Vorjahr 83,4%) der Geburten war eine adäquate Betreuungszeit gewährleistet.

6.2.2 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung

Tabelle 17 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik	Hausgeburten		Hebammen-geleitete Einrichtungen		Arztpraxis		Gesamt 2009	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 km	2.564	71,5	6.170	91,1	12	100,0	8.746	84,3
11 bis 20 km	819	22,8	516	7,6	0	0,0	1.335	12,9
21 bis 30 km	173	4,8	53	0,8	0	0,0	226	2,2
31 bis 40 km	29	0,8	36	0,5	0	0,0	65	0,6
mehr als 40 km	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Gesamt	3.587	100,0	6.775	100,0	12	100,0	10.374	100,0

n= 10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2009). Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge der jeweiligen Einrichtungen

Hebammengeleitete Einrichtungen liegen weiterhin in unmittelbarer Nähe zur Klinik. Für die Hausgeburten wird ein Weg von bis zu 20 Kilometern in Kauf genommen. Bei 0,9% aller begonnenen Hausgeburten war die nächstgelegene Klinik mehr als 30 Kilometer entfernt (2008: 1,1%).

84,3% aller Geburten – und damit mehr als im Vorjahr – werden in Kliniknähe (weniger als 11 km Entfernung) begonnen.

6.2.3 Verlegungen während der Geburt

Abbildung 19

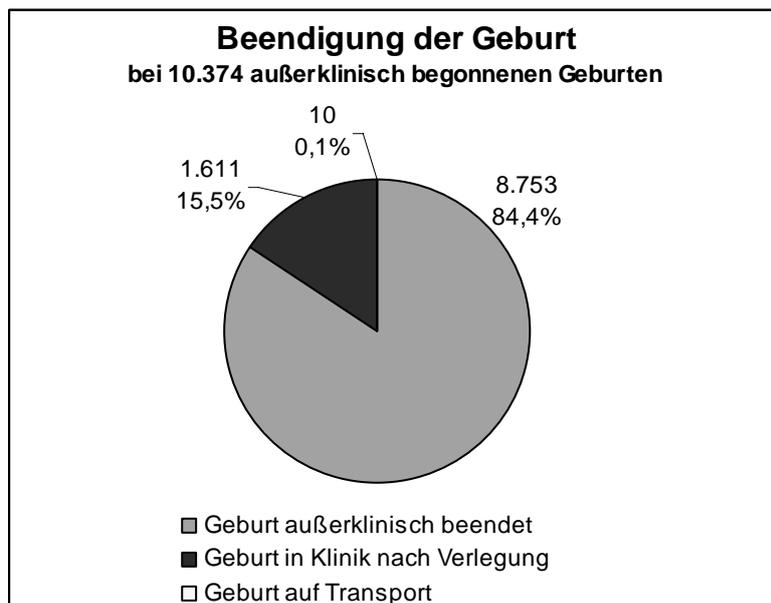


Tabelle 18 Verlegungsart / Jahr

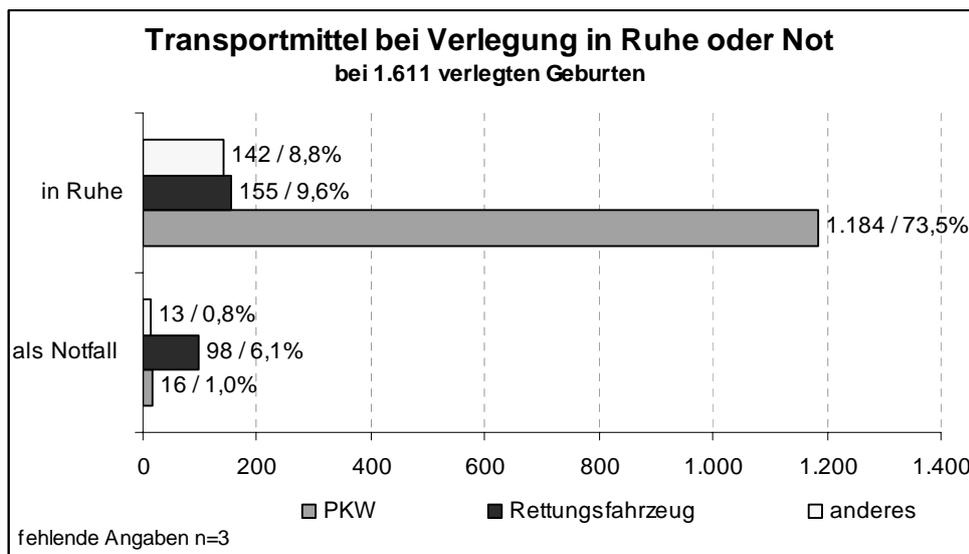
Verlegungen in Ruhe oder Eile	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
in Ruhe	1.481	91,9	1.299	91,0
in Eile	127	7,9	127	8,9
Keine Angabe	3	0,2	2	0,1
Verlegungen sub partu gesamt	1.611	100,0	1.428	100,0

Prozentzahlen für 2009 beziehen sich auf 1.611 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009)

Im Jahr 2009 wurden 15,5% aller Gebärenden während der Geburt verlegt (2008: 14,7% aller Geburten). Zusätzlich ereigneten sich 10 Geburten auf dem Transportweg.

6.2.3.1 Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall

Abbildung 20

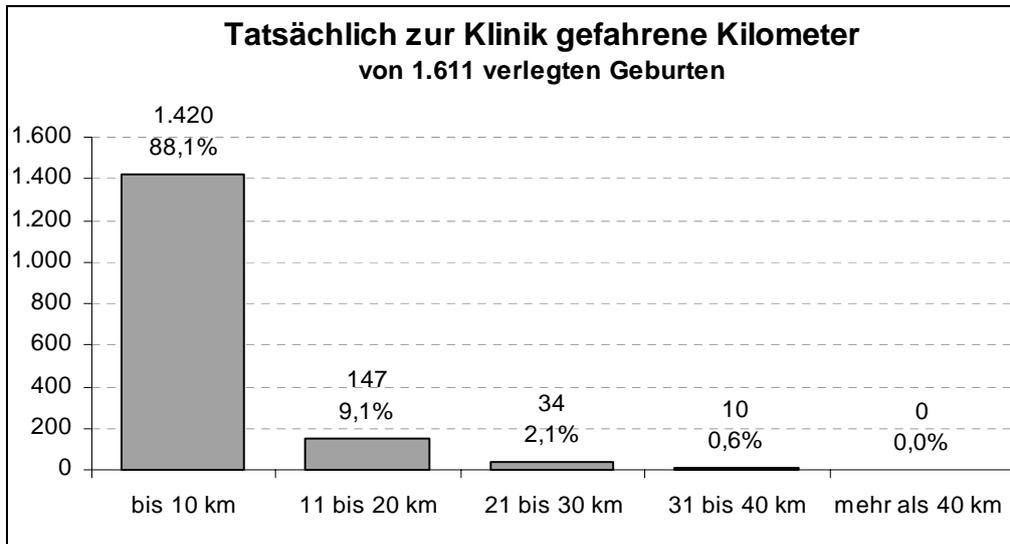


Prozentzahlen beziehen sich auf 1.611 Transporte, d. h. die Gesamtmenge aller abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009

Die meisten Frauen (91,9% aller subpartal Verlegten und damit mehr als im Vorjahr mit 91,0%) erlebten den Transport in Ruhe.

6.2.3.2 Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik

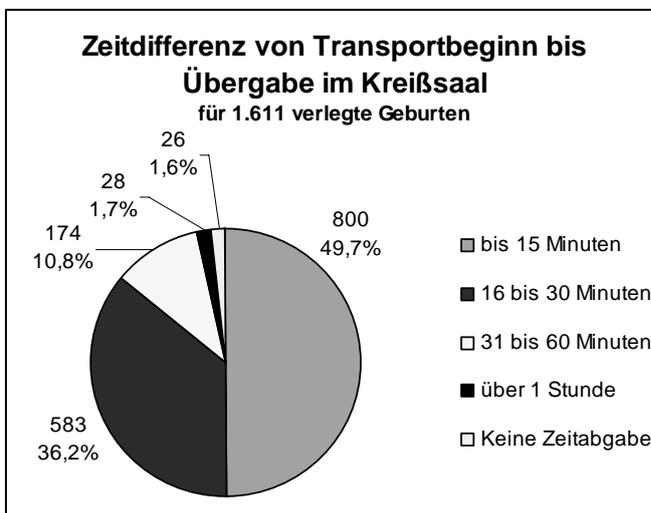
Abbildung 21



Prozentzahlen beziehen sich auf 1.611 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009)

Etwas weniger Gebärende (88,1% aller Frauen mit abgeschlossener Verlegungen) als im Vorjahr (89,1%) hatten lediglich einen Transportweg von bis zu 10 km.

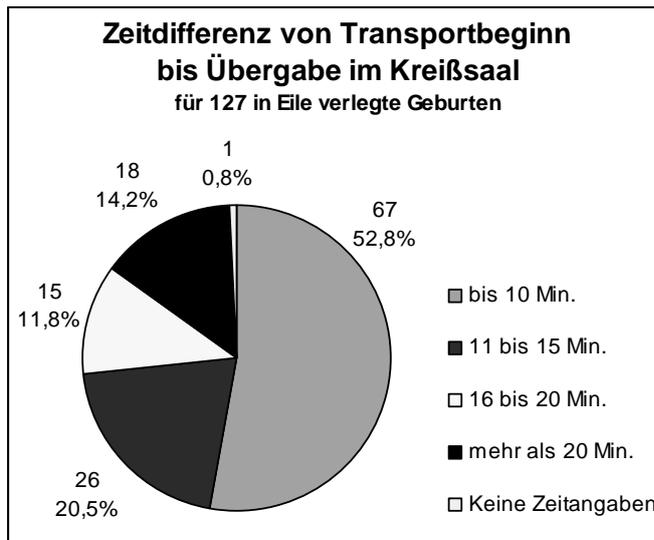
Abbildung 22



Prozentzahlen beziehen sich auf 1.611 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009)

Es wurden 49,7% aller Verlegungen innerhalb von 15 Minuten beendet, im Vorjahr waren es bereits 50,8%. In einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten wurden dagegen mehr, 85,9% aller Verlegungsfälle abgeschlossen (2008: 83,4% aller Verlegungen).

Abbildung 23



Prozentzahlen beziehen sich auf 127 Transporte (alle abgeschlossenen Notfallverlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009)

Die Zeitdifferenz bei in Not verlegten Frauen wird noch etwas enger gefasst. Hier wird ein Zeitintervall von 10 Minuten gewählt, da in diesen Fällen das schnelle Erreichen der klinischen Entbindungsabteilung noch wichtiger erscheint.

52,8% aller Notfallverlegungen waren innerhalb von 10 Minuten abgeschlossen. Hier ist eine wesentliche Verbesserung zum Vorjahr zu verzeichnen (2008: 44,9%).

6.2.3.3 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung in Ruhe oder in Not

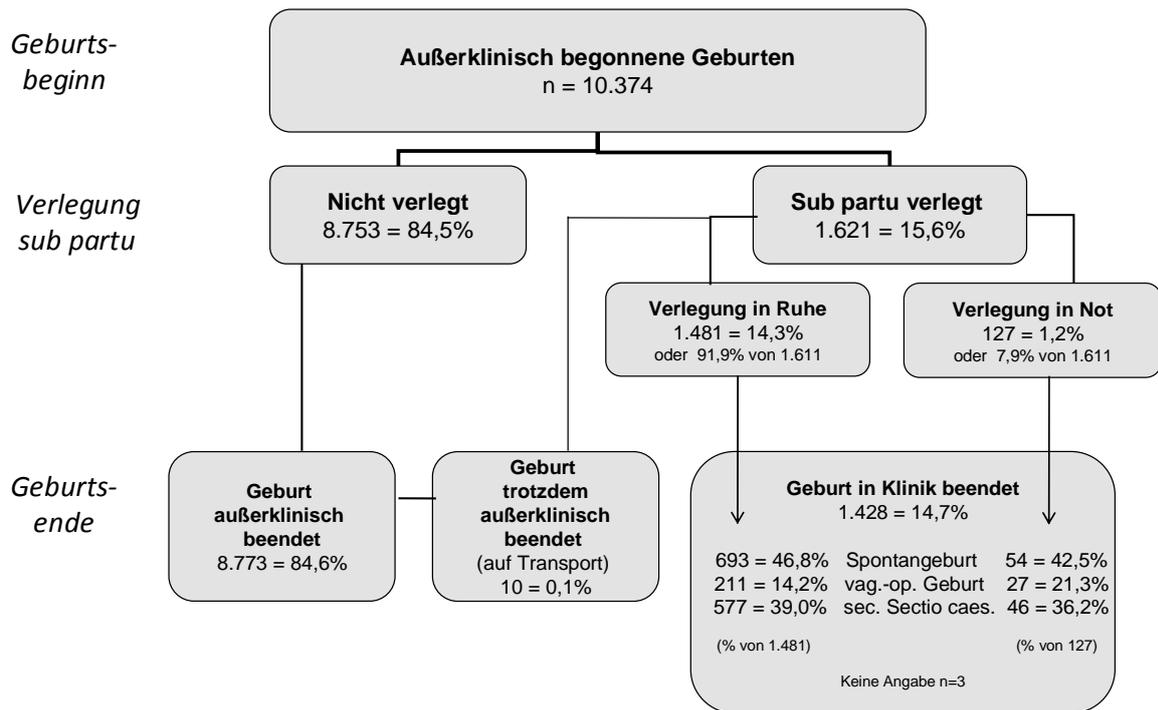
Tabelle 19 Zeit zwischen Übergabe und Geburt aufgeschlüsselt nach Transport in Not und Ruhe

ÜBERGABE IN KLINIK BIS GEBURT	als Notfall		in Ruhe		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 1 Stunde	124	7,7	1.405	87,2	1.529	94,9
1 bis 6 Std.	2	0,1	49	3,0	51	3,2
6 bis 12 Std.			2	0,1	2	0,1
über 12 Stunden und bis 24 Stunden			2	0,1	2	0,1
über 24 Stunden			1	0,1	1	0,1
Keine Zeitangaben	1	0,1	22	1,4	23	1,4
Fehlende Angaben					3	0,2
Gesamt von 1.611 Verlegungen	127	7,9	1.299	91,0	1.611	100,0

Prozentzahlen beziehen sich auf 1.611 Transporte (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009)

124 von 127 als Notfall verlegte Gebärende haben schnell (innerhalb einer Stunde) ihr Kind bekommen.

Abbildung 24



Alle Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders beschrieben auf n= 10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2009)

Tabelle 20 Geburtsmodus bei allen abgeschlossenen Verlegungen

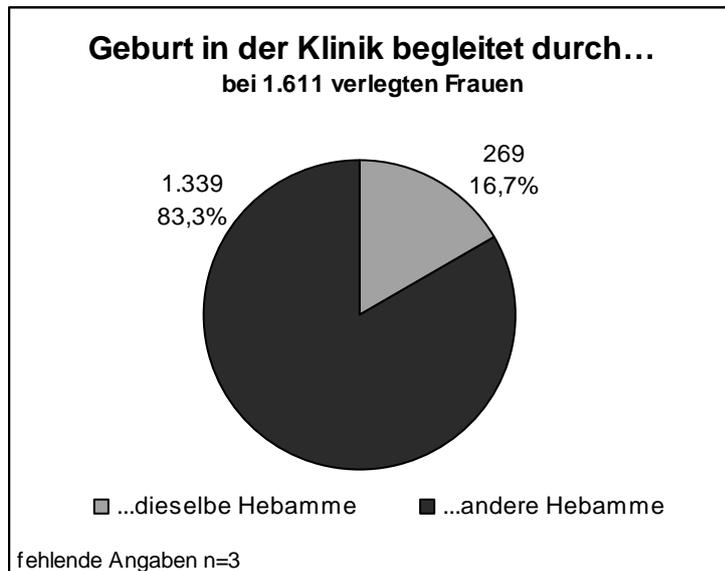
Geburtsmodus nach Verlegungsart		spontan		Sectio		vaginal-operativ		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 1 Stunde	Notfall	53	3,3	44	2,7	27	1,7	124	7,7
	In Ruhe	663	41,2	544	33,8	198	12,3	1.405	87,4
1 bis 6 Stunden	Notfall	1	0,1	1	0,1			2	0,1
	In Ruhe	15	0,9	25	1,6	9	0,6	49	3,0
6 bis 12 Stunden	Notfall								
	In Ruhe	2	0,1					2	0,1
Später als 12 Stunden	Notfall							0	0,0
	In Ruhe	1	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,2
Keine Zeitangaben	Notfall			1	0,1			1	0,1
	In Ruhe	12	0,7	7	0,4	3	0,2	22	1,4
Gesamt		747	46,5	623	38,7	238	14,8	1.608	100,0

Fehlende Angaben bzgl. Geburtsmodus n=3. Prozentangaben bezogen auf n= 1.608 (alle abgeschlossenen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik im Jahr 2009, zu denen Angaben zum Geburtsmodus vorliegen).

Knapp die Hälfte aller in Ruhe oder Eile verlegten Frauen erlebte in der Klinik eine Spontangeburt.

6.2.4 Betreuungskontinuität nach der Verlegung

Abbildung 25



6.3 Dokumentierte Geburtsbefunde

Tabelle 21 Geburtsbefunde – Anzahl / Jahr

Anzahl der Geburtsbefunde nach Katalog C	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Befunde	2.865	27,6	2.680	27,5
1 Befund	4.674	45,1	4.406	45,3
2 Befunde	1.993	19,2	1.882	19,3
3 und mehr Befunde	842	8,1	768	7,9
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

In 2.865 Fällen oder 27,6% aller Geburtsverläufe – vergleichbar mit 27,5% aller Geburtsverläufe im Vorjahr – wurde im Jahr 2009 kein Geburtsbefund nach Katalog C dokumentiert.

28% der Gebärenden wiesen keine Geburtsrisiken auf. Dieser Prozentsatz ist seit acht Jahren konstant.

Die sieben häufigsten Geburtsbefunde sind in Tabelle 19 dargestellt, es waren in 2009 im Vergleich zum Vorjahr:

1) *Überschreitung des Termins C61* wurde wie im Vorjahr am häufigsten genannt: mit 50,2% aller Geburten (2008: 49,3%) und ist um etwa einen Prozentpunkt gestiegen.

Dabei ist anzumerken, dass hier *jede Überschreitung* des errechneten Geburtstermins ab einem Tag (und nicht nur die echte *Übertragung*) gemeint ist. Durch diese

Einengung wird jede zweite Schwangere in der Erhebung befundbelastet. Wie in den Vorjahren ist hier dringend eine Überarbeitung der Art der Befunddarstellung anzuraten.

Die folgende Tabelle zeigt, dass lediglich 271 Schwangere oder 2,6% aller Schwangeren (wie im Vorjahr mit 2,6%) rechnerisch von einer echten Übertragung (42 Wochen und mehr) betroffen waren.

Tabelle 22 Schwangerschaftsalter in Wochen / Jahr

Schwangerschaftsdauer	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< vollendete 35 Wochen	16	0,2	23	0,2
36+-0 bis 36+6	70	0,7	67	0,7
37+-0 bis 39+6	4.392	42,3	4.226	43,4
40+-0 bis 40+6	3.630	35,0	3.388	34,8
41+-0 bis 41+6	1.995	19,2	1.778	18,3
42+-0 bis 42+6	247	2,4	234	2,4
43+-0 bis 43+6	12	0,1	10	0,1
> 44 Woche	12	0,1	10	0,1
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

2) Der *vorzeitige Blasensprung C60* steht mit knapp 21% aller Geburten wie im Vorjahr an zweiter Stelle, ist jedoch – wie im Vorjahr – nur in knapp 4% aller Geburten als pathologisch einzustufen, wie die nächste Tabelle zeigt.

Vorzeitiger Blasensprung

Ein nicht zu unterschätzendes Geburtsrisiko ist der vorzeitige Blasensprung, da bei sehr lange dauernden Geburtsverläufen Infektionen bei Mutter und Kind sowie Stress für das Kind entstehen können. Aus folgender Tabelle wird ersichtlich, wie viele Geburten innerhalb von 24 Stunden und wie viele erst über 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung beendet wurden. Für die Kategorisierung liegt die derzeitige Lehrmeinung zu Grunde, dass ein Fruchtblasensprung, der bis zu 24 Stunden vor der Geburt stattfindet, keine erhöhte Gefahr (weder für die Mutter noch für das Kind) darstellt. Dagegen ist ein vorzeitiger Blasensprung, der sich mehr als 24 Stunden vor der Geburt ereignet, als ein pathologischer Umstand einzustufen.

Tabelle 23 Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt / Jahr

Blasensprung	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja, größer 24 Stunden	405	3,9	377	3,9
trifft nicht zu	9.969	96,1	9.359	96,1
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozentzahlen bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge, die sich länger als 24 Stunden vor der Geburt ereigneten, liegt bei 3,9% aller Geburten (Vorjahr ebenfalls 3,9%).

3) Der Eintrag *Protrahierte Geburt/ Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (EP) C82* hat mit 9,2% aller Geburten wie im Vorjahr den dritten Platz inne und hat sich leicht erhöht (2008: 8,6 %).

4) In einigem Abstand folgt mit 5,8% aller Geburten wie im Vorjahr der *Zustand nach Sectio und anderen Uterusoperationen C69* (2008: 6,3%). Diese Rate ist gesunken.

5) Insgesamt wurden 5,6% der Kinder (2008 ebenfalls 5,6%) mit *grünem Fruchtwasser C78* geboren.

6) Der Eintrag *Pathologisches CTG oder auskultativ schlechte kindliche Herztöne C77* hat sich mit 4,0% leicht erhöht (2008: 3,8%).

7) Der *Protrahierte Geburt/ Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (AP) C83* ist mit knapp 4% aller Geburten leicht gesunken (2008: 4,2%).

Danach wäre der Befund *vorzeitige Blasensprung C60* mit 3,9% aller Geburten einzuordnen.

Somit rangiert die echte Übertragung mit 2,6% weit dahinter.

6.3.1 Hauptverlegungsgründe und Geburtsbefunde nach Katalog C

Ein eingetragener Befund nach Katalog C muss nicht zwangsläufig der Hauptverlegungsgrund sein. In Tabelle 24 sind die Hauptverlegungsgründe nach Befunden im Katalog C aufgeführt.

Die *Protrahierte Geburt/ Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode C 82* ist als Hauptverlegungsgrund wie im Vorjahr gefolgt vom Eintrag *Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne C77* sowie *Verlängerte Austreibungsperiode C83* (Reihenfolge wie im Vorjahr) genannt.

Gleichbleibend ist der Eintrag *Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne C77* der häufigste Hauptverlegungsgrund unter den Notfallverlegungen. Es zeigt sich hier, dass in der außerklinischen Geburtshilfe neben der Mutter auch das Ungeborene die volle Aufmerksamkeit der Hebammen hat und in allen Situationen adäquat betreut wird.

Tabelle 24 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C	Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2009							
	Gesamt		in Ruhe		in Not		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2.170	20,92	125	8,4			125	7,8
C61 Überschreitung des Termins (645)	5.206	50,18	10	0,7			10	0,6
C62 Mißbildung (655)	9	0,09					0	0,0
C63 Frühgeburt (644.1)	86	0,83	6	0,4			6	0,4
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	0	0,00					0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Vd. auf) (656.5)	22	0,21	1	0,1			1	0,1
C66 Gestose/Eklampsie (642.5)	14	0,13	4	0,3			4	0,2
C67 RH-Inkompatibilität (656.1)	12	0,12					0	0,0
C68 Diabetes mellitus (648.0)	18	0,17	2	0,1			2	0,1
C69 Zust. n. Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	602	5,80	6	0,4			6	0,4
C70 Plazenta praevia (641.-)	0	0,00					0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)	4	0,04	2	0,1	1	0,8	3	0,2
C72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)	23	0,22	5	0,3	5	3,9	10	0,6
C73 Amnion-Infektionssyndr. (Vd. auf) (658.4)	25	0,24	9	0,6			9	0,6
C74 Fieber unter der Geburt (659.2)	13	0,13	4	0,3			4	0,2
C75 Mütterliche Erkrankung (648.-)	57	0,55	6	0,4			6	0,4
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	77	0,74	25	1,7	2	1,6	27	1,7
C77 Path. CTG oder auskult schlechte kindl. HT (656.3)	415	4,00	166	11,2	80	63,0	246	15,3
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	583	5,62	39	2,6	4	3,1	43	2,7
C79 Azidose während der Geburt (656.3)	4	0,04					0	0,0
C80 Nabelschnurvorfall (663.0)	6	0,06			2	1,6	2	0,1
C81 Verdacht auf sonst. NS-Komplikationen (663.9)	49	0,47	1	0,1			1	0,1
C82 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der EP (662.0)	956	9,22	669	45,2	9	7,1	678	42,1
C83 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der AP (662.2)	410	3,95	175	11,8	10	7,9	185	11,5
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4)	53	0,51	27	1,8	1	0,8	28	1,7
C85 Droh./erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)	6	0,06	3	0,2	3	2,4	6	0,4
C86 Querlage/Schräglage (652.2)	2	0,02	2	0,1			2	0,1
C87 Beckenendlage (652.3)	35	0,34	12	0,8	2	1,6	14	0,9
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	99	0,95	4	0,3			4	0,2
C89 Vorderhauptslage (652.5)	48	0,46	8	0,5	1	0,8	9	0,6
C90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)	10	0,10	3	0,2			3	0,2
C91 Tiefer Querstand (660.3)	17	0,16					0	0,0
C92 Hoher Geradstand (652.5)	126	1,21	45	3,0	2	1,6	47	2,9
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	77	0,74	8	0,5			8	0,5
C94 Sonstiges	154	1,48	18	1,2	1	0,8	19	1,2
C95 HELLP	1	0,01					0	0,0
C96 intrauteriner Fruchttod (656.4)	8	0,08			2	1,6	2	0,1
C97 pathologischer Dopplerbefund	8	0,08					0	0,0
C98 Schulterdystokie	33	0,32					0	0,0
E100 Auf Wunsch der Mutter	-	-	96	6,5	2	1,6	98	6,1
Fehlende Angaben	-	-					3	0,2
Gesamt			1.481	100,0	127	100,0	1.611	100,0

Die 7 häufigsten Befunde sind fett gedruckt. Prozentangaben für Geburtsbefunde (Mehrfachnennungen möglich) bezogen auf n= 10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2009). Prozentangaben für Hauptverlegungsgründe bezogen auf n= 1.611 abgeschlossene Verlegungen, keine Mehrfachnennung möglich, die 7 häufigsten Verlegungsgründe sind fett gedruckt. Zur Terminüberschreitung: Eintrag schon ab einem Tag nach Entbindungstermin.

Tabelle 25 Geburtsbefunde in Katalog C nach Geburtsort

Mindestens ein Geburtsbefund nach Katalog C	Geburt außerklinisch		Geburt in Klinik		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geburtsbefund vorhanden	5.921	67,6	1.585	98,4	7.506	72,4
Kein Geburtsbefund nicht einzuordnen	2.842	32,4	23	1,4	2.865	27,6
			3	0,2	3	0,0
Gesamt	8.763	100,0	1.611	100,0	10.374	100,0

Prozentzahlen bezogen auf die jeweiligen Geburten nach tatsächlichem Geburtsort, n= 8.763 alle außerklinisch beendeten Geburten bzw. n= 1.611 alle klinisch beendeten Geburten 2009

Wie zu erwarten, hatten fast alle Frauen (98,4%), die in der Klinik geboren haben, mindestens einen Geburtsbefund nach Katalog C. Mehr als 30 Prozentpunkte Unterschied besteht zu den Frauen, die außerklinisch geboren haben (67,6% hatten einen Eintrag nach Katalog C). Hier wird deutlich, dass bei Geburtsproblemen adäquat verlegt wurde.

In der Gruppe aller Frauen, die außerklinisch geboren haben, sind für 32,4% (Vorjahr 27,5%) keinerlei Befunde nach Katalog C dokumentiert.

Tabelle 26 Dokumentierte Befunde nach Katalog A, B und Katalog C

BEFUNDE NACH KATALOG A BZW. B VORHANDEN		Geburtsbefund nach Katalog C		
		Ja	Nein	Gesamt
Befunde nach Katalog A und B	Anzahl	522	134	656
	Prozent	5	1,3	6,3
Nur Befunde nach Katalog A	Anzahl	4.307	1.480	5.787
	Prozent	41,5	14,3	55,8
Nur Befunde nach Katalog B	Anzahl	249	94	343
	Prozent	2,4	0,9	3,3
Kein Befund (weder Katalog A noch B)	Anzahl	2.431	1.157	3.588
	Prozent	23,4	11,2	34,6
Gesamt	Anzahl	7.509	2.865	10.374
	Prozent	72,4	27,6	100

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

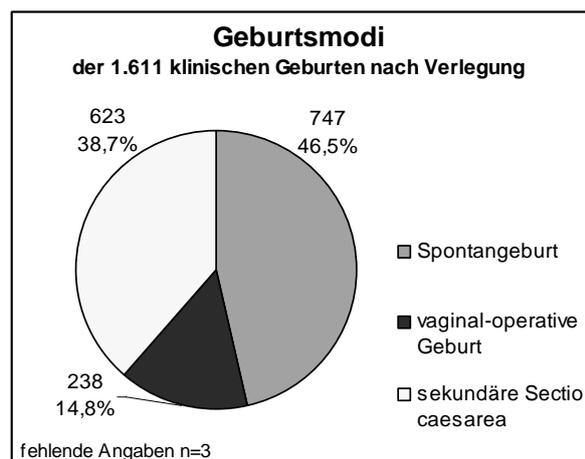
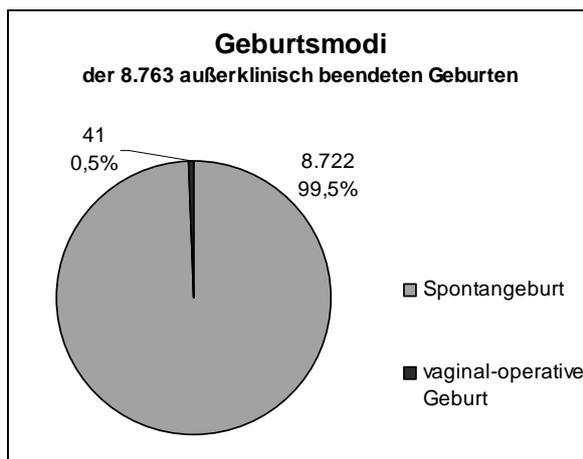
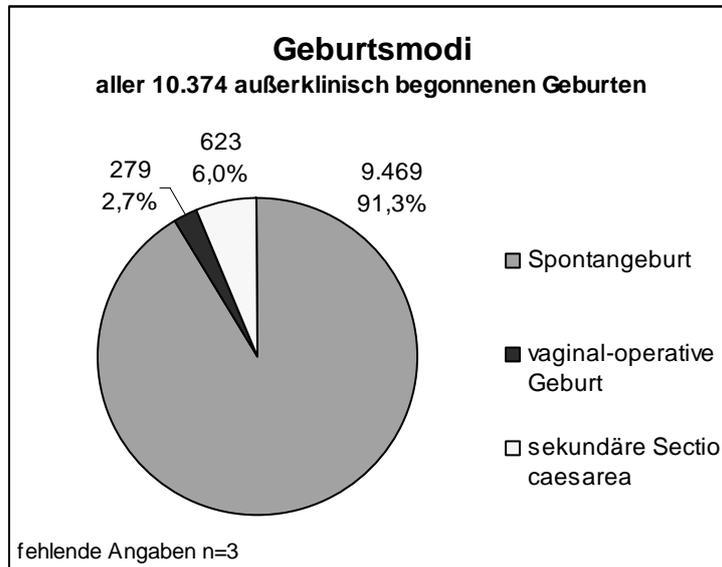
Genau 11,2% (Vorjahr: 10,8%) aller Gebärenden hatten in keinem der drei betrachteten Kataloge Einträge, sie gingen ohne jeden Befund durch die Schwangerschaft und die Geburt. Nicht ganz ein Viertel aller Gebärenden hatte einen Geburtsbefund nach Katalog C (23,4%), ist aber ohne Befund in die Geburt gestartet.

11,2% aller Frauen hatten keinerlei Befunde, weder in der Schwangerschaft noch bei der Geburt.

6.4 Geburtsspezifische Ergebnisse

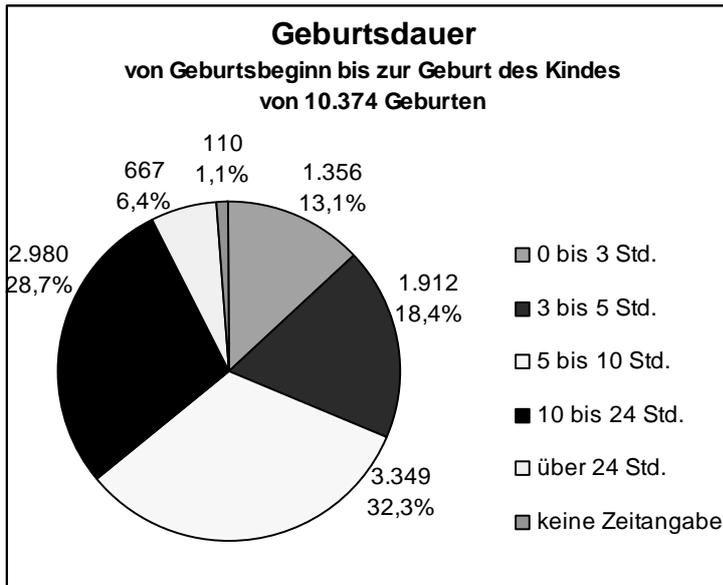
6.4.1 Geburtsmodus und -dauer

Abbildungen 26, 27 und 28



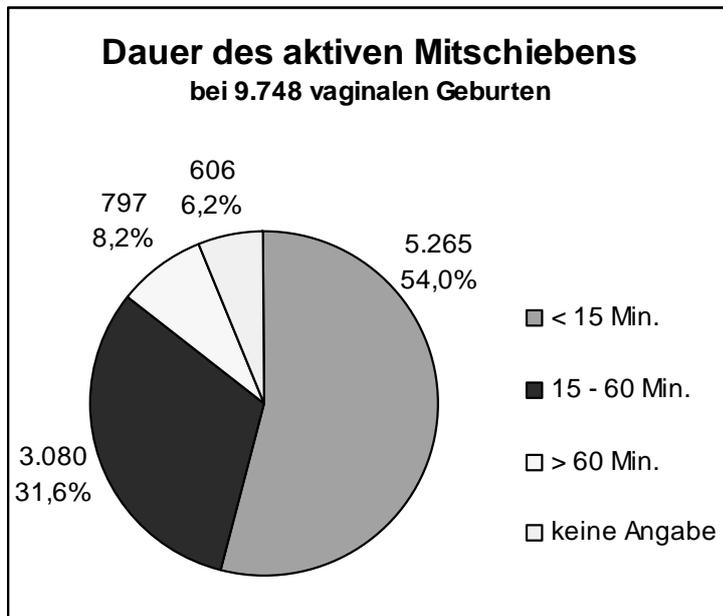
Von allen außerklinisch begonnenen Geburten endeten 91,3% spontan (2008: 91,4%). Die Rate der sekundären Kaiserschnitte ist mit 6,0% aller außerklinisch begonnenen Geburten gegenüber 2008 (ebenfalls 6,0%) gleich geblieben.

Abbildung 29



Es zeigen sich mit dem Vorjahr vergleichbare Längen der Geburtsdauer.

Abbildung 30

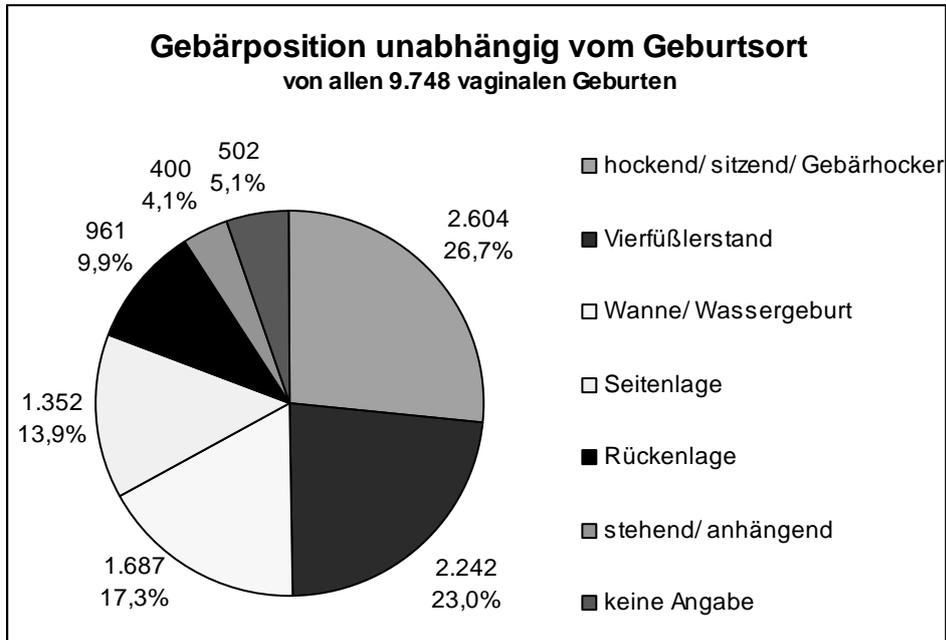


Die hohe Zahl der fehlenden Zeitangaben (n=606) ergibt sich meist in einer Situation, in der die Hebamme die Geburt in der Klinik nicht selbst weiter betreut und während der Wochenbettbetreuung keine konkrete Angabe darüber von der Frau oder aus den Geburtsberichten erhalten kann.

Bei über der Hälfte der vaginalen Geburten ist das aktive Mitschieben innerhalb von 15 Minuten beendet.

6.4.2 Gebärpositionen

Abbildung 31



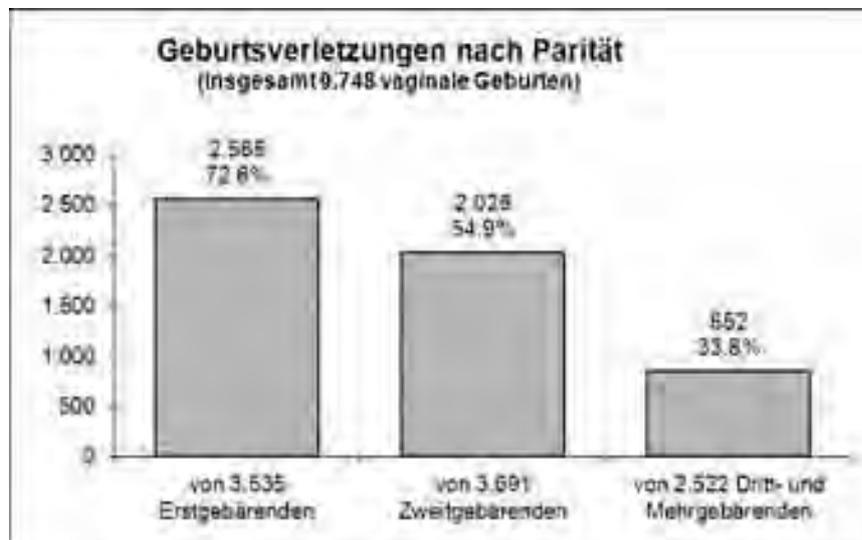
6.4.3 Geburtsverletzungen

Tabelle 27 Geburtsverletzungen bei vaginaler Geburt / Jahr

Geburtsverletzungen	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	5.446	55,8	5.076	55,5
nein	4.928	44,2	4.070	44,5
Gesamt	9.748	100,0	9.146	100,0

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 32



Die Gesamtverletzungsrate beträgt 55,8% bezogen auf alle vaginalen Geburten und ist mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar (55,5%), wobei Erstgebärende den größten Anteil dazu stellen.

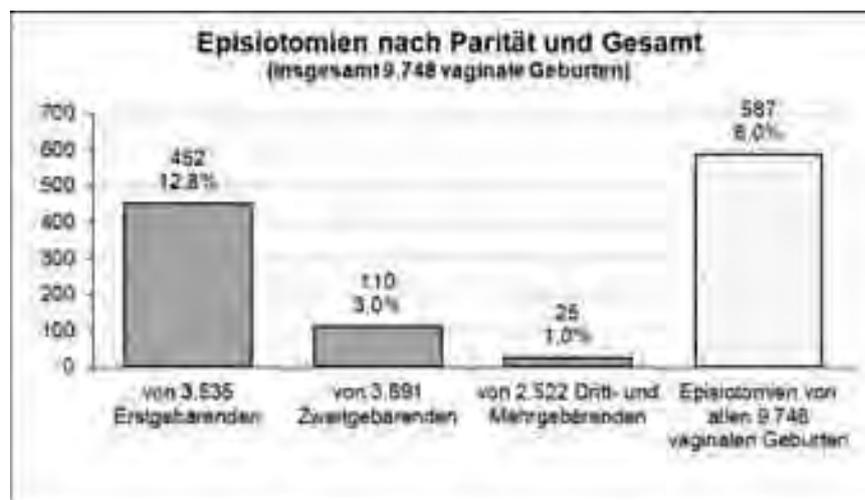
Episiotomien

Tabelle 28 Episiotomie bei vaginaler Geburt / Jahr

Episiotomien	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	587	6,0	552	6,0
nein	9.161	94,0	8.594	94,0
Gesamt	9.748	100,0	9.146	100,0

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

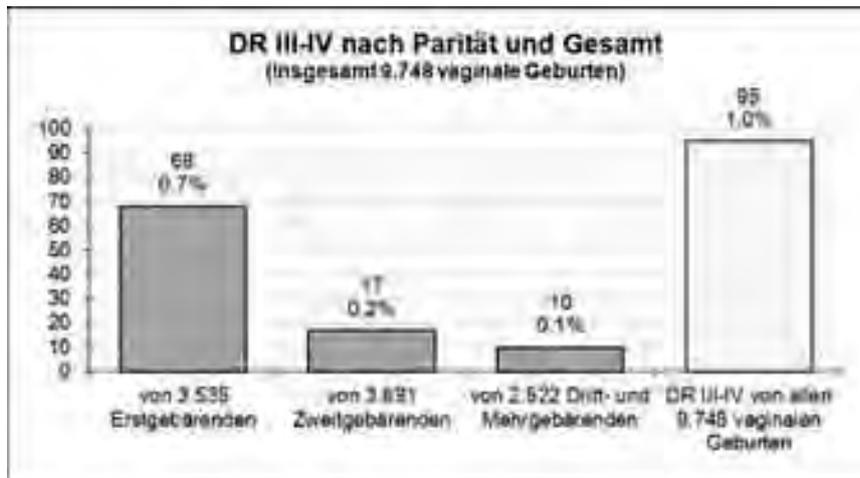
Abbildung 33



Die Episiotomierate bezogen auf alle vaginalen Geburten ist mit 6,0% in 2009 mit dem Ergebnis von 2008 (ebenfalls 6,0%) vergleichbar. Die Episiotomierate bezogen auf alle vaginalen Geburten bei Erstgebärenden ist von 13,1% (2008) auf 12,8% (2009) gesunken.

Schwere Dammverletzungen

Abbildung 34



Die Rate der DR III°-IV° liegt bei 1,0% aller vaginalen Geburten (wie im Vorjahr).

6.4.4 Begleitende Maßnahmen

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

Tabelle 29 Begleitende Maßnahmen während der Geburt

Begleitende Maßnahmen während der Geburt			
	Interventionen	Anzahl	Prozent
Keine Interventionen	Amniotomie - nein	9.285	89,5
	Alle begleitenden Maßnahmen - nein	3.416	32,9
Mäßige Interventionen	Homöopathie - nein	5.260	50,7
	Analgetika - nein	9.126	88,0
	Sonstige Maßnahmen - nein	9.662	93,1
	Amniotomie (30 Minuten u. länger vor der Geburt) - nein	9.731	93,8
	Episiotomie - nein	9.161	88,3
	Naturheilkunde - ja	1.504	14,5
	Massagen - ja	3.497	33,7
	Akupunktur/-pressur - ja	1.086	10,5
invasiv	Amniotomie (30 Minuten u. länger vor der Geburt) - ja	643	6,2
	begleitende Maßnahmen - ja	6.947	67,0
	Homöopathie - ja	5.114	49,3
	Analgetika/Spasmolytika - ja	1.248	12,0
	Episiotomie - ja	587	5,7
	sonstige Maßnahmen - ja	712	6,9

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

Unter invasiven Maßnahmen verstehen die Hebammenverbände nicht nur körperliche Eingriffe wie Amniotomie lange vor der Geburt und Episiotomie, sondern auch jede Art von Medikamentengabe (inklusive der Homöopathika). Diese, aber auch sonstige Maßnahmen (z.B. Bachblüten, Klangschalen, Hypnose usw.) können die Frau im Geburtsvorgang stören und sollten immer mit äußerstem Bedacht vorgenommen werden.

Tabelle 30 Maßnahmen während der Geburtsbegleitung / Jahr

Maßnahmen während der Geburt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Intervention	3.108	30,0	3.018	31,0
mäßige Intervention	2.603	25,1	2.410	24,8
invasiv	4.663	44,9	4.308	44,2
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Die leicht gestiegene Rate an invasiven Interventionen von 44,9% (2008: 44,2) erklärt sich u.a. durch die etwas häufigeren begleitenden Maßnahmen, häufigere Homöopathie und Gaben von Analgetika/ Spasmolytika.

Tabelle 31 Zeit der Fruchtblaseneröffnung differenziert nach Geburtsort

Zeit Amniotomie bis Geburt	Außerklinisch		Klinisch		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 30 min.	427	4,1	19	0,2	446	4,3
30 min - 3 Std	418	4	51	0,5	469	4,5
> 3 Std	71	0,7	103	1	174	1,7
Amniotomien Gesamt	916	8,8	173	1,7	1089	10,5

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

6.4.5 Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinischen Geburt

Abbildung 35

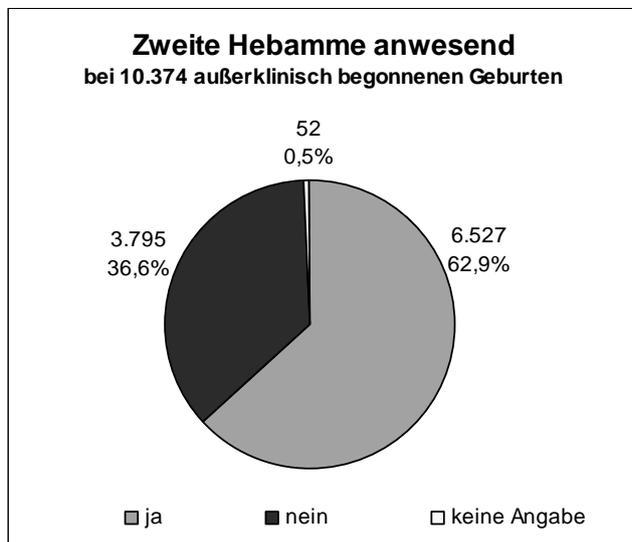


Abbildung 36

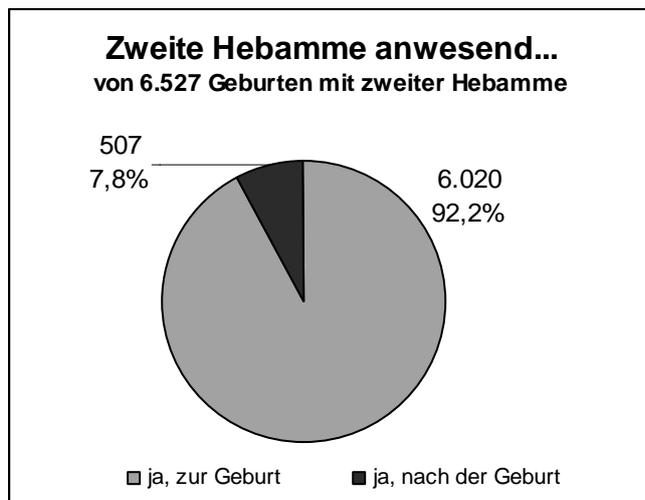


Tabelle 32 Anwesende bei der Geburt

Anwesende bei der Geburt	Geburt akl. beendet		Geburt s. p. verlegt		Geburt ungeplant akl. beendet		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anwesende, erste Hebamme ist vor der Geburt eingetroffen und zusätzlich								
2. Hebamme anwesend	190	2,2	6	0,4	3	1,6	199	1,9
2. Hebamme und Arzt anwesend	15	0,2	5	0,3	0	0,0	20	0,2
2. Hebamme und weitere Personen anwesend	4.988	58,2	307	19,1	62	33,3	5.357	51,6
2. Hebamme, Arzt und weitere Personen anwesend	626	7,3	252	15,6	4	2,2	882	8,5
Arzt anwesend	2	0,0	10	0,6	1	0,5	13	0,1
Arzt und weitere Personen anwesend	186	2,2	404	25,1	10	5,4	600	5,8
Weitere Personen anwesend	2.286	26,7	503	31,2	86	46,2	2.875	27,7
Geburt ohne Anwesenheit weiterer Personen	100	1,2	37	2,3	3	1,6	140	1,3
Eintreffen erste Hebamme zur oder nach Geburt	184	2,1	0	0,0	17	9,1	201	1,9
fehlende Angaben	0	0,0	87	5,4	0	0,0	87	0,8
Gesamt	8.577	82,7	1.611	15,5	186	1,8	10.374	100,0

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

Lediglich 140 Geburten oder 1,3% aller Geburten (2008: 1,6%) ereigneten sich nur mit der Hebamme alleine, allerdings sind auch 201 Fälle oder 1,9% aller Geburten (2008: 2,2%) dokumentiert, in denen die Hebamme nicht rechtzeitig zur Geburt hinzugezogen wurde bzw. eintraf.

Die weitaus meisten Frauen (etwa 97%) haben neben der Hebamme noch weitere Personen zur Unterstützung bei der Geburt.

6.5 Nach der Geburt des Kindes

6.5.1 Gesundheit der Mutter

Tabelle 33 Mütterliche Probleme p.p. / Jahr

Mütterliche Probleme p.p.	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	535	5,2	492	5,1
nein	9.839	94,8	9.244	94,9
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 34 Probleme der Mutter nach der Geburt / Jahr

Mütterliche Probleme nach der Geburt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Probleme	9.839	94,8	9.244	94,9
Plazentalösungsstörung / unvollständige Plazenta	208	2,0	184	1,9
kompl. Geburtsverletzungen	102	1,0	92	0,9
Blutungen über 1000ml	137	1,3	147	1,5
Eklampsie/ HELLP	3	0,03	5	0,1
Sepsis	0	0,0	3	0,03
Sonstiges	147	1,4	131	1,3

Mehrfachnennungen möglich. Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs.

Wie im Vorjahr haben knapp 95% aller Mütter keine Probleme nach der Geburt, allerdings sind drei Fälle von Eklampsie/ HELLP zu verzeichnen.

6.5.2 Postpartale Verlegungen von Müttern

Tabelle 35 Verlegungsgrund nach der Geburt (unabhängig vom Geburtsort)

Verlegungsgrund bei mütterlichen Problemen p.p.	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
E100 Auf Wunsch der Mutter				
E101 Blutungen > 1000ml	42	0,40	39	0,40
E102 Plazentalösungsstörung / unvollständige Plazenta	141	1,36	115	1,18
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	45	0,43	37	0,38
E104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen	40	0,39	56	0,58
E105 Gestose / Eklampsie	0	0,00	2	0,02
E106 HELLP	1	0,01	2	0,02
E107 Sepsis			1	0,01
E108 Verdacht auf Embolie				
E109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage	3	0,03	3	0,03
E110 zum normalen Wochenbett	15	0,14	12	0,12
E111 zur Begleitung des verlegten Kindes	14	0,13	26	0,27
E112 Sonstiges	29	0,28	32	0,33
Gesamt	330	3,18	325	3,34

Einzelnennungen (nur ein Eintrag möglich). Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs.

Die Rate und Gründe der Verlegungen von Müttern nach der Geburt sind mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar. Wie im Vorjahr ist keine Frau im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit im Jahr 2009 verstorben.

Tabelle 38 Verstorbene Kinder nach Planungsstatus des Geburtsorts

Geburtsort nach Planungsstatus	Kind verstorben in 2009	
	Anzahl	Promille
geplant außerklinisch beendet	15	1,8
sub partu verlegt	9	5,6
ungeplant außerklinisch beendet	0	0,0
Gesamt (n= 10.374)	24	2,3

Prozentzahlen bezogen auf n= 10.374, alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2009

6.5.3.1 Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen

Die Seltenheit, mit der Hebammen einen Arzt oder Kinderarzt nach der Geburt rufen, zeigt, dass Hebammen bei sich abzeichnender Problemlage noch vor der eigentlichen Geburt zur Verlegung raten. Ist das Kind geboren und Komplikationen treten auf, wird eher kinderärztliche Hilfe an den Ort der Geburt geholt als dass das Kind verlegt wird. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass bei Geburten, zu denen bereits ärztliche Hilfe gerufen wurde, nicht zusätzlich kinderärztliche Hilfe angefordert wird.

Tabelle 39 Ärztliche Hilfe bei bzw. nach der Geburt anwesend / Jahr

Arzt/ Ärztin anwesend bei und/ oder nach der Geburt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	1.533	14,8	1.388	14,3
nein	8.841	85,2	8.348	85,7
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 40 Ärztliche Hilfe bei bzw. nach der Geburt anwesend, differenziert nach Planungsstatus

Arzt/ Ärztin anwesend bei oder nach der Geburt bzw. zur Verlegung		geplant außerklinisch beendet		sub partu verlegt		ungeplant außerklinisch beendet		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	Anzahl	836	9,7	676	42,0	21	11,3	1.533	14,8
	Prozent		54,5		44,1		1,4		100,0
nein	Anzahl	7.741	90,3	935	58,0	165	88,7	8.841	85,2
	Prozent		87,6		10,6		1,9		100,0
Gesamt		8.577	100,0	1.611	100,0	186	100,0	10.374	100,0

Prozentangaben bezogen auf die jeweilige Menge an Geburten im Jahr 2009 nach Geburtsort in Verbindung mit Planungsstatus sowie bezogen auf die Mengen an Geburten mit/ ohne ärztlicher Anwesenheit (in Grau).

Tabelle 41 Kindliche Morbidität

Kindliche Morbidität	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	617	5,9	603	6,2
nein	9.736	93,9	9.118	93,7
Keine Angaben	21	0,2	15	0,2
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 42 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder (Die 7 häufigsten Einträge sind fett gedruckt)	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	39	0,38	12	0,12
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	109	1,05	45	0,43
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	25	0,24	20	0,19
D04 andere Atemstörungen (770)	204	1,97	54	0,52
D05 Schockzustand (785)	32	0,31	4	0,04
D06 Ikterus (774)	25	0,24	20	0,19
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)(773)	4	0,04	1	0,01
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)(773)	5	0,05	2	0,02
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)(775)	8	0,08	6	0,06
D10 hereditäre Stoffwechselerkrankungen (Aminosäuren (270), Galaktose, Fructose (271), AGS (255), Mucoviszidose (277))	1	0,01		
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))	1	0,01		
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)			1	0,01
D13 intrakranielle Blutungen	1	0,01	1	0,01
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemissyndrom) (779)	2	0,02	1	0,01
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall, Ernährungsprobleme (777))	6	0,06	6	0,06
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)	9	0,09	1	0,01
D17 generalisierte Infektion / TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320)	24	0,23	25	0,24
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)(771)	5	0,05	4	0,04
D19 zur Beobachtung	51	0,49	56	0,54
D20 Sonstiges	63	0,61	14	0,13
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.)(758)	15	0,14	2	0,02
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	1	0,01		
D27 Anenzephalus (740)				
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	4	0,04	3	0,03
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	1	0,01		
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	3	0,03		
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	9	0,09	5	0,05
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	1	0,01		
D33 Gaumen- und Lippenpalten (749)	4	0,04		
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)				
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	2	0,02	2	0,02
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	5	0,05		
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	6	0,06		
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	11	0,11	1	0,01
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	1	0,01		
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	1	0,01	1	0,01
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	6	0,06	1	0,01
D42 Hernien (550-553)				
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	12	0,12		
D44 andere Anomalie	9	0,09		

Für die 7 häufigsten Befunde und Verlegungsgründe sind die Angaben fett gedruckt. Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentangaben beziehen sich jeweils n= 10.374 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2009).

Tabelle 43 Verlegung des Neugeborenen in die Kinderklinik

Kind in Kinderklinik verlegt	2009		2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	241	2,3	226	2,3
nein	10.133	97,7	9.510	97,7
Gesamt	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 44 Fehlbildungen p.p. (Ausschnitt aus Tabelle 42) und davon präpartal diagnostiziert

Fehlbildungen nach Katalog D	von allen 10.374 Geburten	davon präpartal diagnostiziert
	Anzahl	Anzahl
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU--, EdWARDS-Syndrom etc.) (758)	15	8
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	1	1
D27 Anenzephalus (740)	0	0
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen) (741)	4	2
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	1	1
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	3	1
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	9	8
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge)	1	1
D33 Gaumen- und Lippenpalten (749)	4	4
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	0	0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	2	2
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753)	5	3
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	6	4
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	11	8
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	1	1
D40 Gastroschisis/Omphalozele (75671)	1	1
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.)	6	1
D42 Hernien (550-553)	0	0
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	12	1
D44 andere Anomalie	9	6
Diagnosen gesamt	91	51

Mehrfachnennungen möglich, n=91, alle Nennungen von Fehlbildungen bei allen außerklinisch begonnenen Geburten 2009

Insgesamt wurden 91 Fehlbildungen nach der Geburt festgestellt. Von diesen wurden 51 – teilweise als Mehrfachnennungen – vor der Geburt bei 47 Kindern diagnostiziert – möglicherweise waren die nach der außerklinischen Geburt verstorbenen Kinder darunter.

6.5.3.2 Zusammenfassung – Outcome der Kinder

Tabelle 45 Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

Fetales Outcome	außerklinisch		klinisch		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
sehr gut/gut	8.257	94,2	1.405	87,2	9.662	93,1	9.034	92,8
befriedigend	54	0,6	8	0,5	62	0,6	63	0,6
Morbidität und/ oder Verlegung	419	4,8	176	10,9	595	5,7	586	6,0
Mortalität	15	0,2	9	0,6	24	0,2	19	0,2
Keine Angaben	18	0,2	13	0,8	31	0,3	34	0,3
Gesamt	8.763	100,0	1.611	100,0	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Kollektivs bzw. Jahrgangs

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:

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

Insgesamt 93,1% aller Kinder – und damit etwas mehr als im Vorjahr (2008: 92,8%) – wurden in einem *guten bis sehr guten Zustand* geboren. Für die Beurteilung dieser Kinder wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Guter bis sehr guter Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 10.365 Kinder oder 99,9% aller Geburten)
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik (gilt für 10.133 Kinder oder 97,7% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.736 Kinder oder 93,9% aller Geburten)
- keine Reanimationsmaßnahmen (gilt für 10.020 Kinder oder 96,6% aller Geburten)
- gemäß Tragzeit reif geboren (gilt für 10.288 Kinder oder 99,2% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8 (gilt für 10.256 Kinder oder 98,6% aller Geburten)

Nur 0,6% aller Kinder (im Vorjahr 0,6%) hatten im Jahr 2009 einen *befriedigenden Zustand* nach der Geburt.

Für diese Beurteilung wurden folgende Kriterien zu Grunde gelegt:

Befriedigender Zustand:

- Lebend geboren (gilt für 10.365 Kinder oder 99,9% aller Geburten)
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik (gilt für 10.133 Kinder oder 97,7% aller Geburten)
- keine Morbidität nach Katalog D (gilt für 9.736 Kinder oder 93,9% aller Geburten)

und mindestens *eine* dieser Angaben:

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt (gilt für 354 Kinder oder 3,4% aller Neugeborenen), wobei auch die einfache Sauerstoffdusche bei einem angestregten Kind berücksichtigt wurde.
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren (gilt für 86 Kinder oder 0,8% aller Geburten)
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8 (gilt für 40 Kinder oder 0,4% aller Geburten)

Morbiditäten und/ oder Verlegungen:

- Morbiditäten gelten für 617 Kinder oder 5,9% aller Neugeborenen
- Verlegungen wurden für 241 Kinder oder 2,3% verzeichnet

Kindliche Mortalität:

- trifft – wie bereits dargestellt – auf 24 Kinder oder 0,23% oder 2,3‰ aller Geburten zu
- die *perinatale* Mortalität gilt dabei für 22 Kinder oder 0,21% oder 2,1‰

Im außerklinischen Kollektiv ist die Rate der Kinder mit Morbidität und/ oder Verlegung mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar, die entsprechende Rate im klinischen Kollektiv ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Die Anzahl der fehlenden Angaben ist weiter gesunken.

6.5.4 Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

Tabelle 46 Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

ZUSTAND DES NEUGEBORENE	Zustand der Mutter post partum							
	auffällig		unauffällig		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Zustand des Neugeborenen auffällig	58	0,6	561	5,4	619	6,0	605	6,2
Zustand des Neugeborenen unauffällig	480	4,6	9.254	89,2	9.734	93,8	9.116	93,6
Keine Angabe	1	0,0	20	0,2	21	0,2	15	0,2
Gesamt	539	5,2	9.835	94,8	10.374	100,0	9.736	100,0

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Hierzu wird eine Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Auffällige Mutter

- mütterliche Problematik postpartal
oder
- Verlegung postpartal (ausgenommen: zur Nahtversorgung, nur zur Begleitung des verlegten Kindes und zum normalen Wochenbett)

Unauffällige Mutter

- die oben beschriebenen Parameter treffen nicht zu

Auffälliges Neugeborenes

- in eine Klinik verlegt
- Morbidität nach Katalog D
- Verstorbenes Kind

Unauffälliges Neugeborenes

- die genannten Parameter treffen nicht zu

In 2009 waren in insgesamt 89,2 aller Fälle (2008 ebenfalls 89,2 %) Mutter und Kind unauffällig. Nach 0,6% aller Geburten waren sowohl Mutter als auch Kind auffällig (2008 ebenfalls 0,6%). Damit sind die Ergebnisse mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

6.6 Kurzdarstellung der Geminigeburten

Die Betreuung von Gemini stellt 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 2009 wurden vier Geminigeburten mit acht Kindern dokumentiert (in 2008 waren es noch zehn Geburten mit 20 Kindern).

Von den vier Schwangeren im Jahr 2009 hatten alle Geburtserfahrungen. Folgende Befunde (abgesehen von denen, die die Mehrlingsschwangerschaft konstatieren) traten in der Schwangerschaft lediglich auf: *A14 Schwangere über 35 Jahre* (zwei Fälle). Zwei Kinder wurden mit 34 Schwangerschaftswochen und einem Geburtsgewicht zwischen 2.140g und 2.220g mit Eintrag *C63 Frühgeburt* geboren. In diesem Fall war der geplante Geburtsort die Klinik und beide Kinder wurden zu Hause geboren, aber mit einem fünf Minuten Apgar-Wert von 8 bzw. 9 in die Klinik verlegt. In einem weiteren Fall war die Geburt zu Haus geplant und beide Kinder kamen nach vorzeitigem Blasensprung und pathologischem CTG in der Klinik zur Welt. In einem weiteren Fall wurde bei einer Hausgeburt das zweite Kind aus Beckenendlage mit *02 Asphyxie/ Hypoxie/ Zyanose* und Apgar-Werten von 2/2/2 geboren und in eine Kinderklinik verlegt. Dieses Kind verstarb 17 Tage nach der Geburt; die Todesursache ist unbekannt. Keine der Frauen hatte nach der Geburt gesundheitliche Probleme, keine Mutter ist verstorben.

7 Zusammenfassende Bemerkungen zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 10.374 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2009 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. Fast alle Lebendgeborenen (99,5%) hatten einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber. Genau 93,1% aller Kinder (und damit etwas mehr als im Vorjahr) konnte ein guter bis sehr guter Zustand bescheinigt werden.

In der Rate perinatal Verstorbener sind auch besondere Fälle enthalten, die nicht mit der „normalen“ außerklinischen Geburtshilfe gleichgesetzt werden können. Die Vermeidbarkeit perinataler Mortalität in der außerklinischen Geburtshilfe ist schwer einzuschätzen. Für das Jahr 2009 ist eine perinatale Mortalität von 2 auf 1.000 Geburten belegt.

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 oder nicht oder unzureichend interpretiert werden können, ist den Hebammen in den außerklinischen Einrichtungen ein sehr zuverlässiges Management bei der Geburt von Einlingen zu bescheinigen.

Das größer werdende Angebot an Vorsorgeuntersuchungen durch außerklinisch tätige Hebammen ist als Steigerung ihrer Betreuungsqualität anzusehen.

Eine Rate von knapp 83% wie geplant beendeter Geburten zeigt an, dass die „Planung“ ein wesentliches Merkmal der außerklinischen Geburtshilfe ist. Dies umschließt das Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Geburtsorte vor dem Hintergrund medizinischer Befunde und psychosozialer Befindlichkeiten der betreuten Frauen und Familien. Die Rate der Verlegungen sowie die Geburtsverläufe bei Verlegungen weisen ebenso wie die Durchführung der Geburtshilfe am außerklinischen Geburtsort den Hebammen situationsgerechtes Handeln nach.

Es ist anzuraten, dass nur noch die echte Übertragung nach Geburtstermin als Befund nach Katalog C gewertet wird.

Die Geburt gestaltete sich bei den meisten Frauen als Spontangeburt mit einer normalen Wehendauer von bis zu 10 Stunden und einer Dauer des aktiven Mitschiebens von unter einer Stunde in aufrechter Gebärposition, bei Mehrgebärenden normalerweise ohne Dammschnitt oder -riss.

Knapp 95% aller Wöchnerinnen hatten keine Probleme nach der Geburt. Die postpartale Verlegungsrate von Wöchnerinnen und/ oder Kindern von 5,5% aller Geburten ist leicht angestiegen.

8 Studien zur außerklinischen Geburtshilfe und andere

Schwerpunktthema zur 5-Jahres-Studie „Außerklinische Geburt in Deutschland 2000 – 2004

Loytved, Christine 2009 Qualitätsmerkmale außerklinischer Geburtshilfe In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift 4: 66–70

Ein Beitrag, der sich mit der 5-Jahres-Studie Loytved, Christine und Paul Wenzlaff 2007 Außerklinische Geburt in Deutschland – German Out-Of-Hospital Birth Study 2000 – 2004. Verlag Hans Huber, Bern beschäftigt.

Der Nachdruck wurde freundlicherweise vom Verlag genehmigt.

Weitere Informationen zu allen Schwerpunktthemen wie Spontangeburt bei Zustand nach Sectio können Sie bei QUAG e.V. anfordern.

Geburtshilfe bei einer Hausgeburt verläuft nach eigenen Maßstäben und benötigt eigene Normen

Foto: © Kerstin Pulka

Qualitätsmerkmale außerklinischer Geburtshilfe

Dr. Christine Loytved | Die Auswertung von mehr als 40.000 dokumentierten Hausgeburten und Entbindungen in Geburtshäusern in einem Zeitraum von fünf Jahren hat bemerkenswert positive Ergebnisse ans Licht gebracht. Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) hat zu bestimmten Fragestellungen Zielvorgaben erarbeitet, anhand derer die eigenen Ansprüche und Standards außerklinisch tätiger Hebammen überprüft und diskutiert werden können. Bei diesen Zielen handelt es sich ausdrücklich um Vorschläge, die eine Diskussionsgrundlage für Qualitätsmerkmale in der Hebammengeburtshilfe bieten können. Einzelne Ziele werden hier vorgestellt

Können die Ergebnisse der Auswertung von 40.000 außerklinischen Geburten Entscheidungsgrundlage für Schwangere sein?

Die natürliche Geburt, die mit der Gesundheit von Mutter und Kind einhergeht, zu unterstützen, ist ein wichtiges Anliegen der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.). In ihrem Auftrag erschien 2007 von Paul Wenzlaff und mir die Studie „Außerklinische Geburt in Deutschland – German Out-Of-Hospital Birth Study 2000–2004“, im Folgenden kurz *German Birth Study* genannt. Die in dieser Studie formulierten 17 Ziele beziehen sich auf dieses Anliegen. Diese Ziele betreffen die Hebammenarbeit in der Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt. Sie beinhalten Zielmarken mit Grenzwerten wie beispielsweise für die Dammschnittrate, die sich an den Ergebnissen der insge-

samt 42.154 in Deutschland erfassten außerklinisch begonnenen Geburten aus den Jahren 2000 bis 2004 und weiterer außerklinischer Kollektive in anderen Ländern orientieren. Es wurden nur solche Ziele ausgewählt, deren Erreichbarkeit durch das Datenmaterial auch mit Ergebnissen unterlegt werden konnten. Von diesen wählte der Vorstand von QUAG e.V. diejenigen aus, die als relevant eingeschätzt wurden. Diese so formulierten Ziele dienen dazu, Leistungsmerkmale von außerklinisch tätigen Hebammen darzustellen, Entscheidungsgrundlagen für Schwangere bereitzustellen sowie Vorschläge für die Veränderungen in der Geburtshilfe aufzustellen. Wie im Weiteren gezeigt wird, gibt es derzeit keine Untersuchungen aus der evidenzbasierten Geburtshilfe

dazu, welche Grenzwerte sinnvoll sind. Daher soll die Studie als eine erste Diskussionsgrundlage für Hebammen dienen, Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe an Ergebnissen in Zahlen und Prozentangaben festzumachen. Anhand ausgewählter Beispiele aus den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sollen in diesem Beitrag einzelne Ziele diskutiert werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf folgenden Fragen:

- Können die Ergebnisse Entscheidungsgrundlagen für Schwangere sein?
- Stellen sie Leistungsmerkmale von außerklinisch tätigen Hebammen dar?
- Können Vorschläge für die Veränderungen in der Geburtshilfe abgeleitet werden?

Zwar wählte der Vorstand von QUAG e.V. die Ziele auf der Grundlage seiner Erfahrungen mit *außerklinischen* Geburten aus, doch könnten die Ergebnisse auch Anregungen für den *klinischen* Alltag geben.

Die Faktoren bestimmen

Die jährlichen Qualitätsberichte von QUAG geben einen guten Überblick über die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland (siehe Loytved 2001 bis 2007). Hebammen aus der Hausgeburtshilfe und aus hebammengeleiteten Einrichtungen dokumentieren die etwa 10.000 von ihnen begleiteten Geburten pro Jahr. In der Regel handelt es sich bei den Betreuten um Frauen und Kinder, bei denen selten Probleme auftauchen.

Eine Frage, die allen Bemühungen zu Grunde liegt, ist: Welche Faktoren tragen dazu bei, dass eine Geburt ohne Eingriffe und ohne Probleme für Mutter und Kind stattfinden kann? Antworten auf diese Frage können nur im Austausch zwischen werdenden und erfahrenen Familien, GeburtshelferInnen und WissenschaftlerInnen gefunden werden. Das Buch liefert einen Beitrag dazu.

Die Studie bietet eine Diskussionsgrundlage für Zielvorgaben in der außerklinischen Geburtshilfe. Bei unseren Diskussionen hat der Vorstand von QUAG und damit die Vertreterinnen der Hebammenverbände ihre Ziele dargestellt und mit mir diskutiert. Der Mathematiker Paul Wenzlaff vom Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen Hannover hat die Berechnungen auf der Grundlage der ausgefüllten Dokumentationsbögen durchgeführt. Es wurden Ziele ausgewählt, die die Bandbreite und Qualität der täglichen Hebammenarbeit darstellen. Ihre Relevanz können nur die praktisch Tätigen einschätzen. Eine Gruppe, mit der die Ergebnisse verglichen werden können, gibt es bisher nicht, obwohl es Bemühungen wie von David et al. (1999) gibt, „Low-risk“-Klinikgeburten als Vergleichsgruppe heranzuziehen. Bisher können Klinikgeburten allerdings nicht so genau gefiltert werden, dass sie der außerklinischen Gruppe entsprechen. Daher können sich die Hebammen nur an den eigenen Ergebnissen messen. Die Publikation soll zur Diskussion zwischen Hebammen und werdenden Eltern einladen – die Ziele werden weder vor- noch festgeschrieben.

Warum fünf Jahre?

Ein seltenes Ereignis in der außerklinischen Geburtshilfe ist ein schlechter Apgar-Wert (nach fünf Minuten unter acht). Er tritt etwa einmal auf 100 Geburten auf (ein Prozent aller Geburten der Studie). Bei 10.000 außerklinisch begonnenen Geburten pro Jahr ist er demnach bei 100 Kindern zu erwarten. Soll die Frage beantwortet werden, wie viele von diesen 100 Kindern in eine Kinderklinik verlegt werden, ergeben sich in den verschiedenen Jahrgängen immer wieder unterschiedliche Ergebnisse: mal vier Kinder, mal fünf Kinder oder mal drei Kinder. In Prozentangaben ausgedrückt werden pro Jahr drei bis fünf Prozent der Kinder mit einem Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter acht in eine Kinderklinik verlegt. Genauere Prozentangaben gewinnen wir, wenn wir von einer größeren Zahl an Geburten ausgehen können. Dies schafft die Fünf-Jahres-Studie.

Schwangerschaft

Bei *ungeplanten* außerklinischen Geburten lässt es sich nicht vermeiden, dass sich Hebamme und Schwangere kaum kennen, doch bei den *geplanten* Geburten – ob zu Hause oder in einem Geburtshaus begonnen – sollten Schwangere und Hebamme einen intensiven Kontakt anstreben. Der Schwangeren ist es sicher wichtig, wen sie bei der Geburt dabei haben möchte. Der Hebamme fällt dann die Beratung über den geeigneten Geburtsort und die Einschätzung möglicher Komplikationen leichter. Sie lernt die Wünsche der Schwangeren kennen, sie führt das Aufklärungsgespräch über die Gegebenheiten am Geburtsort sowie für die Betreuung und kann so optimal Hilfe leisten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen: Der Kontakt zur Schwangeren ist intensiv. In ihrer Schwangerschaft (gerechnet bis eine Woche vor der tatsächlichen Geburt) haben 96 Prozent mindestens drei Kontakte zur Hebamme gehabt. Eine Rate, die beibehalten oder sogar noch erhöht werden sollte. Die Tendenz über die Jahre 2000 bis 2004 ist steigend, die Geburten im Geburtshaus haben für diese Anzahl der Kontakte bereits die 97 Prozent-Marke überschritten. Nicht immer ist dies in diesem Zeitraum zu leisten, daher wurde ein Spielraum von drei Prozent berücksichtigt und das Ziel aufgestellt: *Mindestens 97 Prozent aller Schwangeren haben bis eine Woche vor der*

tatsächlichen Geburt zumindest drei persönliche Kontakte mit der Hebamme wahrgenommen. (Ziel 3)

Aus der internationalen Forschung für den außerklinischen Bereich lässt sich nur eine Information zu dieser Fragestellung gewinnen: Lediglich 2,6 Prozent aller 11.814 Gebärenden der National Birth Center Study aus den Jahren 1985 bis 1987 in den USA hatten nur vier persönliche Kontakte oder weniger zum Geburtszentrum (Rooks et al. 1989) – alle übrigen hatten fünf und mehr Kontakte zum Geburtszentrum. Da diese Angaben eine Situation vor über 20 Jahren beschreiben, die oft ärztlich geleiteten Geburtszentren nicht die gleiche Struktur wie deutsche, hebammengeleitete Einrichtungen besitzen und zudem die Leistungen unterschiedlich sind, können die Daten nicht für einen Vergleich herangezogen werden.

Wie viel Vorsorge?

Für die klinische Geburtshilfe wird die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen diskutiert: Ein sogenanntes Niedrigrisiko-Kollektiv sollte ein Minimum von vier Vorsorgeuntersuchungen erhalten (siehe Schild et al. 2007, die sich auf Villar et al. 2001 beziehen). Die Schwangeren mit der geringeren Anzahl an Schwangerenvorsorgeuntersuchungen hatten im Vergleich zu einer Gruppe mit dem üblichen Angebot keine der untersuchten Nachteile wie niedriges Geburtsgewicht der Kinder (unter 2.500 Gramm), Präeklampsie oder schwere Anämie. Sie waren mit dem Angebot zufrieden, welches überdies auch noch Kosten einsparte. Vorschläge für die zeitliche Verteilung dieser Vorsorgeuntersuchungen werden von Villar et al. (2001) in ihrer großen Studie

DIE AUTORIN

Dr. rer. medic. Christine Loytved ist Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie verwaltet die Professur „Gesundheits- und Krankheitslehre & Psychosomatik“ an der Universität Osnabrück.
Kontakt:
Christine.Loytved@uos.de
www.maternal-health.de

Ein Ergebnis der Studie: Der Kontakt zur Schwangeren ist intensiv

„WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care“, in die 24.526 Schwangere in Argentinien, Kuba, Saudi Arabien und Thailand eingeschlossen waren, nicht gemacht.

DIE STUDIENZIELE

Folgende Ziele für die außerklinische Geburtshilfe werden in der Studie von Christine Loytved und Paul Wenzlaff „**Außerklinische Geburt in Deutschland – German Out-Of-Hospital Birth Study 2000–2004**“ (2007) zur Diskussion gestellt:

Ziel 1: Die Rate der Schwangeren ohne auffällige Befunde in der Anamnese oder in der vorliegenden Schwangerschaft (Kataloge A und/oder B) liegt über 40 Prozent.

Ziel 2: Mindestens 90 Prozent aller Schwangeren haben ihren ersten Kontakt mit der Hebamme vor der 31. Schwangerschaftswoche.

Ziel 3: Mindestens 97 Prozent aller Schwangeren haben bis eine Woche vor der tatsächlichen Geburt zumindest drei persönliche Kontakte mit der Hebamme vor der Geburt wahrgenommen.

Ziel 4: Bei 99 Prozent aller Geburten begleitet die Hebamme nicht als einzige Anwesende die Gebärende.

Ziel 5: Höchstens fünf Prozent aller betrauten Frauen sind Gebärende ohne Geburtswehen, denen zu früh (zwölf Stunden oder länger vor Wehenbeginn) Fruchtwasser abgegangen ist.

Ziel 6: Gebärende mit starken Verzögerungen oder Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (Eintrag C 82) werden großzügig (zu mindestens 70 Prozent) verlegt.

Ziel 7: Bei mindestens 80 Prozent aller Erstgebärenden und 95 Prozent aller Mehrgebärenden ist der Einsatz von Analgetika/Spasmolytika während der Geburt nicht erforderlich.

Ziel 8: Bei dem Geburtsbefund pathologische Herztöne (C 77) ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Neugeborene in die Kinderklinik verlegt wird, nach einer außerklinischen Geburt um mehr als die Hälfte niedriger als nach einer klinischen Geburtsbeendigung.

Ziel 9: Gebärende mit Übertragung* werden mindestens doppelt so häufig sub partu verlegt wie die übrigen Gebärenden.

Ziel 10: Mindestens 90 Prozent der Erstgebärenden haben eine Spontangeburt.

Ziel 11: Kinder mit einem Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter acht machen weniger als 1,5 Prozent aller Lebendgeborenen aus.

Ziel 12: Die Rate der postpartal verlegten Kinder liegt zwischen zwei und drei Prozent aller Geburten.

Ziel 13: Die Rate der perinatalen Mortalität liegt unter 2,5 bezogen auf 1.000 Geburten.

Ziel 14: Mehr als 95 Prozent aller Frauen haben keine klinische Problematik nach der Geburt.

Ziel 15: Dammrisse, die zu bleibenden Schäden führen können (Dammriss Grad III oder IV), treten bei unter 1,0 Prozent der Erstgebärenden und bei unter 0,5 Prozent der Mehrgebärenden auf (bezogen auf die vaginalen Geburten).

Ziel 16: Die Rate der Erstgebärenden nach einer vaginalen Geburt ohne Episiotomie und/oder ohne Dammriss Grad III oder IV liegt über 85 Prozent.

Ziel 17: Die Differenz zwischen den Dammschnitttraten dieser und der nächsten Fünf-Jahresstudie entspricht der Differenz zwischen den Sectoraten der beiden Fünf-Jahresstudien.

* Übertragung wird definiert als Überschreitung des errechneten Entbindungstermins um mehr als 14 Tage.

Im Grunde wissen wir (noch) nicht, wie viel Kontakt zu welchen Zeitpunkten zwischen Schwangerer und Hebamme sinnvoll ist, um die Geburt für Mutter und Kind gut vorzubereiten. Wir stehen in Deutschland noch ganz am Anfang der Hebammenforschung. Es liegen jedoch auch aus anderen Ländern keine Studien zu den speziellen Fragestellungen vor. Falls also die meisten praktisch tätigen Hebammen auf der Grundlage ihres reichen Erfahrungswissens den Kontakt als einen so wesentlichen Faktor ansehen, dass er für die Gesundheit von Mutter und Kind relevant ist, könnte im nächsten Schritt eine gezielte Studie zu diesem Thema geplant werden.

Frage der Terminüberschreitung

Wenn auch seltener als im *klinischen* betreuen Hebammen im *außerklinischen* Bereich Gebärende mit Übertragungen, definiert als Überschreitung des Entbindungstermins um mehr als 14 Tage. Die Fälle, in denen die Hebammen bereits vor der Geburt zur Klinikgeburt raten, sind nicht in der Erhebung erfasst. Insgesamt sind nur 697 Fälle von echter Übertragung (1,7 Prozent) in den fünf Jahren dokumentiert worden. Bei einer Terminüberschreitung von mehr als 14 Tagen sollte bei geringstem Anlass zur Sorge reagiert werden. Diese Reaktion kann unter anderem eine großzügige Verlegungspraxis bedeuten. Von den 697 Gebärenden mit Terminüberschreitung wurden 181 Frauen (26 Prozent) verlegt, gegenüber einer allgemeinen Verlegungsrate im außerklinischen Bereich von 12,3 Prozent, die wiederum mit Ergebnissen anderer Studien vergleichbar ist (siehe Stewart et al. 2004: 15). Die speziellen Verlegungsraten bei Gebärenden mit Übertragung in anderen Ländern sind nicht bekannt. Gekoppelt an die allgemeine Verlegungsrate wurde folgendes Ziel formuliert:

Gebärende mit Übertragung werden doppelt so häufig sub partu verlegt wie die übrigen Gebärenden. (Ziel 9)

Dieses Ziel bietet breiten Diskussionsstoff. Wäre es sinnvoller zu fordern, jede vierte Gebärende mit Übertragung sollte während der Geburt verlegt werden? Zu fragen wäre dann, wer besonders von Übertragung betroffen ist. Erstgebärende mit Übertragung werden doppelt so häufig verlegt wie Mehrgebärende (hier trifft es jede zweite). Weiterhin ist unklar, ob die Verlegung auch ein gutes Outcome

sicherstellt und ob überhaupt die Berechnung des Geburtstermins richtig durchgeführt wurde. Wir haben uns daher für eine recht vage Zielsetzung entschieden, die lediglich anzeigen soll, dass mit Achtsamkeit gehandelt wird.

Eine weitere Untersuchung, die momentan von der Forschungsgruppe *Maternal Health* an der Universität Osnabrück unternommen wird, beschäftigt sich mit dem Thema Übertragung und dem damit verbundenen Outcome.

Naeglesche Regel überholt?

In Deutschland werden jährlich elf Prozent aller neugeborenen Kinder mit dem Etikett „Terminüberschreitung“ versehen, genauer gesagt: 72.114 Geburten oder 10,97 Prozent aller 657.364 Klinikgeburten im Jahr 2005 hatten den Eintrag: „Geburtsrisiko – Überschreitung des Termins“ (siehe BQS 2006). Die klinische Geburtshilfe greift recht bald nach dem verstrichenen Termin ein – spätestens 14 Tage nach dem errechneten und gegebenenfalls mittels Ultraschalluntersuchung korrigierten Entbindungstermin. Auch wenn in einschlägigen geburtshilflichen Lehrbüchern sowohl von Hebammen wie Mändle, Opitz-Kreuter und Wehling (2007: 145) als auch von Geburtshelfern wie Schneider, Husslein und Schneider (2006: 696) die Naeglesche Regel („Erster Tag der letzten Regel plus sieben Tage minus drei Monate plus ein Jahr“), die seit etwa 200 Jahren in Deutschland zur Berechnung des voraussichtlichen Geburtstermins herangezogen wird, in Zweifel gezogen wird, wird sie angewendet und als Einleitungsgrund herangezogen.

Die „Qualitätsberichte Geburtshilfe“ der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) stellen für das Jahr 2005 die Übertragung und Einleitung anhand von Geburten dar, die einen verwertbaren „berechneten“ oder „gegebenenfalls korrigierten“ Geburtstermin haben. Von allen Geburten mit verlässlichem Termin (n = 622.194) wurden 17 Prozent (n = 96.383) innerhalb von bis zu elf Tagen nach dem Geburtstermin (Grenze von der BQS gesetzt) eingeleitet. Insgesamt werden 113.054 Einleitungen von Geburten mit verlässlichem Termin (n = 622.194) aufgeführt. Aus den Angaben der BQS lässt sich errechnen, dass folglich 42 Prozent der Geburten von allen Schwangeren, die *über* elf

Tage nach dem Geburtstermin noch nicht entbunden haben, eingeleitet werden (genau 16.671 von 39.838 Schwangeren, siehe BQS 2006).

Alle Frauen, die die magische Grenze des Geburtstermins überschreiten, werden dabei nicht nur von Ungeduld gequält, sondern riskieren, die möglichen Nebenwirkungen von Einleitungen wie schmerzhafte Wehen, lange Aufenthalte im Kreißaal, Intensivüberwachung, Geburtsverzögerungen, Belastung des Ungeborenen und chirurgische Eingriffe zur Geburtsbeendigung zu erleben. Die Frage, ob wirklich evidenzbasiert eingeschritten wird, hat mich veranlasst, für das nächste Forschungsprojekt in der Forschungsgruppe *Maternal Health* an der Universität Osnabrück die Entstehung und Empirie der Naegleschen Regel einzubringen.

Die Dammschnitttrate

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO 1996: 28) sollte die Dammschnitttrate bei normalen Geburten maximal circa zehn Prozent betragen – merkwürdigerweise wird auch hier nicht nach Parität unterschieden. In der *German Birth Study* gehen die Angaben weit auseinander: Bei Mehrgebärenden ist eine Dammschnitttrate von drei Prozent bezogen auf alle vaginalen Geburten verzeichnet. Bei Erstgebärenden wird dieser Eingriff mit 12,1 Prozent viermal so häufig durchgeführt. Die Dammschnitttrate bei allen betrachteten 40.305 vaginalen Geburten liegt damit bei sechs Prozent. Die Dammschnitttrate sagt somit nur dann etwas aus, wenn die Parität berücksichtigt wurde. Da Erstgebärende eher von einem Dammschnitt oder einer Geburtsverletzung betroffen sind, wurde nur für sie eine Zielvorgabe aufgestellt. Stewart et al. (2005) berichten von Dammschnitttraten verschiedener selbstständiger Geburtszentren zwischen fünf und 18 Prozent. Auch hier wird der jeweilige Anteil an Erstgebärenden in den untersuchten Gruppen nicht dargelegt. Bislang werden zwar Rissverletzungen zusätzlich aufgeführt, aber nicht mit dem Legen einer Episiotomie in Verbindung gebracht. Ein Dammschnitt sollte nicht auf Kosten eines Dammrisses Grad III bis IV vermieden werden. Daher wurde der Dammriss Grad III bis IV in der Zielsetzung mit berücksichtigt. Die Zielvorgabe bezieht sich damit auf Indikatoren, wie sie von der BQS diskutiert werden.

Die Rate der Erstgebärenden nach einer vaginalen Geburt ohne Episiotomie und/oder ohne Dammriss Grad III bis IV liegt über 85 Prozent. (Ziel 16)

Genau 1.601 Erstgebärende hatten nach einer vaginalen Geburt eine Episiotomie, 26 Frauen hatten eine Episiotomie sowie einen Dammriss Grad III bis IV und 184 Gebärende hatten einen Dammriss Grad III bis IV ohne Dammschnitt. Die insgesamt 1.811 Erstgebärenden machen

13,4 Prozent aller 13.501 Erstgebärenden mit vaginaler Geburt aus. Anders ausgedrückt bedeutet dies: 86,6 Prozent der Erstgebärenden blieben von schweren Verletzungen verschont, sie hatten weder eine Episiotomie noch einen Dammriss Grad III bis IV. Auch alle anderen Geburtsverletzungen werden mit den Daten erfasst, aber die Studie selbst konzentriert sich auf diese speziellen Verletzungen.

Das Neugeborene

Es ist nicht leicht, aus der Vielzahl der vorhandenen Daten zum Neugeborenen diejenigen herauszufiltern, die wirklich einen Aussagewert über die außerklinische Geburtshilfe besitzen. In der Studie wurden der Fünf-Minuten-Apgar-Wert, die Verlegungsrate der Kinder nach der Geburt und die Perinatale Mortalität dargestellt. Der Apgar-Wert hat sich als Maßstab durchgesetzt, obwohl er von Virginia Apgar nicht als Score für die zukünftige (und blei-

LITERATUR

- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS): Qualitätsbericht Geburtshilfe. Bundesauswertung 2005. Dortmund (2006)
- Bryce, R. L. et al.: Association between indicators of perinatal asphyxia and adverse outcome in the term infant: a methodological review. *Neuroepidemiology*. 4, 1: 24–28 (1985)
- David, M. et al.: Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 65: 149–156 (1999)
- Günter-Witt, K.: Glückt der Start ins Leben auch daheim? Eine vergleichende Untersuchung des Gesundheitszustandes von Neugeborenen aus geplanten Hausgeburten mit Neugeborenen aus geplanten Spitalgeburten. Medizinische Dissertation. Universität Basel. unveröffentlicht (1994)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2000. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Hrsg. von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Selbstverlag (2001)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2001. siehe oben (2002)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2002. siehe oben (2003)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2003. siehe oben (2004)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2004. siehe oben (2005)
- Loytved, C.: Qualitätsbericht 2005. siehe oben (2007)
- Mändle, C.; Opitz-Kreuter, S.; Wehling, A.: Das Hebammenbuch. Schattauer. Stuttgart (2007)
- Loytved, C.; Wenzlaff, P.: Außerklinische Geburt in Deutschland – German-out-of-Hospital Birth Study 2000 – 2004. Bern (2007)
- Rooks, J. P. et al.: Outcomes of care in birth centres. *N Engl J Med* 321: 1804–1811 (1989)
- Sack, A.: Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum 1981 bis 1987. Medizinische Dissertation. Universität München. Unveröffentlicht (1993)
- Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.-T. M. (Hrsg.): Die Geburtshilfe: Praxisorientierung, Prüfungswissen, Zusammenhänge. Springer. Heidelberg (2006)
- Stewart, M. et al.: Report of a structured review of birth centre outcomes, December 2004 – Revised July 2005. Commissioned by: The Maternity Research Group of The National Service Framework (NSF) for Children, Young People and Maternity Services. UK (2005)
- Villar, J. et al.: WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 357 (9268): 1551–1564 (2001)
- WHO: Safe motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. *Genf. Med J Aust*. 153: 672–678 (1996)

bende) Morbidität des Neugeborenen eingeführt wurde. Nach Bryce et al. (1985) ist der Fünf-Minuten-Apgar-Wert von den drei zur Verfügung stehenden Werten (Apgar nach ein, fünf und zehn Minuten) der aussagekräftigste für den Zustand des Neugeborenen. Um als „lebensfrisch“ bezeichnet zu werden, sollte kein Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter sieben auftreten. Für die *German Birth Study* wurde in Anlehnung an die Hausgeburtstudie von Günter-Witt (1994) die Grenze bereits bei „unter acht“ gezogen. Auch wenn ein Zusammenhang zwischen dem Apgar-Wert und dem späteren Gesundheitszustand des Kindes noch nicht erwiesen ist, wird der Wert in der internationalen Literatur durchaus als Maß verwendet. In der *German Birth Study* wird hierzu folgendes Ziel formuliert:

Kinder mit einem Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter acht machen weniger als 1,5 Prozent aller Lebendgeborenen aus. (Ziel 11)

Genau 441 Kinder von 41.871 Lebendgeborenen (das heißt 1,1 Prozent) hatten nach der Geburt einen Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter acht. Die Frage stellt sich, ob 1,1 Prozent zu viel oder angemessen ist für eine Gruppe von Kindern, deren Geburt außerklinisch beginnt. Hier wurde nach „intention to treat“ analysiert. Dies bedeutet, dass auch alle Verlegungen während der Geburt im Ergebnis berücksichtigt wurden, da ja nicht beurteilt werden kann, in wessen Verantwortungsbereich der schlechte

Apgar-Wert fällt. Allerdings könnte an dieser Stelle betrachtet werden, wie die Apgar-Werte für die Kinder ausfallen, die tatsächlich am außerklinischen Geburtsort geboren wurden und welche Fehlbildungen bei ihnen vorgeburtlich gegebenenfalls diagnostiziert wurden. Unter den 441 Kindern können durchaus Ungeborene sein, deren frühes Sterben nach der Geburt per Ultraschalluntersuchung (und weitergehender Diagnostik) bereits als gesichert gelten konnte und deren Eltern eine Hausgeburt bevorzugten.

Inwieweit solche Fälle aus anderen Studien von vornherein ausgeschlossen wurden, ist nicht dokumentiert. Anhaltspunkte für die „normale“ Häufigkeit liefert ein Hinweis aus der Schweiz: Insgesamt zehn Kinder oder 2,1 Prozent der 469 Kinder, zu denen Angaben vorlagen und deren Geburt als Hausgeburt im Kanton Zürich (in den Jahren 1989 bis 1992) geplant war, hatten einen Fünf-Minuten-Apgar unter acht (Günter-Witt 1994: 21). Andere Studien gehen von unterschiedlichen Grenzwerten aus, von Fünf-Minuten-Apgar-Werten von unter sieben oder unter neun, und können daher nicht für einen exakten Vergleich herangezogen werden. Zu wenige Studien berücksichtigen die Parität in ihren Untersuchungen.

Bei Kindern von Erstgebärenden ist ein schlechteres Ergebnis zu erwarten als bei Mehrgebärenden: In der *German Birth Study* haben 1,5 Prozent aller lebend geborenen Kinder von Erstgebärenden einen Fünf-Minuten-Apgar unter acht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es den Kindern bei einer Klinikgeburt besser geht. Wird die Parität in einer Analyse nicht berücksichtigt, so werden je nach Anteil der Erstgebärenden an der Studiengruppe die Prozentwerte höher oder niedriger ausfallen. Diese Problematik werden Claudia Hellmers und ich aus der Osnabrücker Forschungsgruppe in einem Vergleich klinischer und außerklinischer Ergebnisse aufzeigen. Dadurch wird es auch fragwürdig, inwieweit sich Studienergebnisse vergleichen lassen. Ähnliche Probleme können sich bei der Frage der ethnischen Herkunft und der sozialen Lage der Gebärenden ergeben. Beide Angaben werden in den Dokumentationsbögen von QUAG nicht abgefragt.

Resümee

Alle vorgestellten vier Ziele (von insgesamt 17) spiegeln Leistungsmerkmale außerklinisch tätiger Hebammen wider. Soweit es bis heute beurteilt werden kann, besteht eine gute Kultur des Kontaktes und Austausches mit den Schwangeren. Hebammen handeln bei vorliegenden Problemen wie der Übertragung risikobewusst, die Rate an schweren Verletzungen im Dammbereich (inklusive Episiotomie) ist gering, Kinder mit schlechten Apgar-Werten sind selten und falls der Fall eintritt, wird häufig eine Verlegung durchgeführt.

Für Schwangere können die Ergebnisse nur teilweise Entscheidungsgrundlage für die Wahl des Geburtsortes sein, da kein Vergleich mit Klinikgeburten angestrebt ist. So könnte sich eine Schwangere, die bereits über 14 Tage auf das Kind wartet und auf keinen Fall eine Verlegung während der Geburt erleben möchte, für eine Klinikgeburt entscheiden, da sie weiß, dass jede vierte Gebärende mit Übertragung aus dem außerklinischen Bereich verlegt wird. Frauen, die auf jeden Fall einen Dammschnitt vermeiden wollen, könnten sich ihren Wunsch eher bei einer Geburt im außerklinischen Bereich erfüllen.

Einige der Zielvorgaben besitzen das Potenzial, Veränderungen in der Geburtshilfe allgemein anzustoßen. So kann die notwendige Anzahl von Hebammenkontakten diskutiert werden. Die Schwangerschaftsdauer und damit die Grenze zur Übertragung können alle beteiligten Berufsgruppen hinterfragen. Alle an der Geburt Beteiligten interessiert es sicher, wie häufig Dammschnitte wirklich notwendig sind.

Inwieweit die Zielvorgaben sinnvoll sind, können nur die Praktikerinnen überprüfen. In jedem Fall sollten sie anhand der nächsten Fünfjahresstudie genau betrachtet werden. Da im Jahr 2005 sowohl die Erfassungssysteme als auch das Datenverarbeitungsprogramm umgestellt wurden, ist bei jedem Ergebnis die Vergleichbarkeit zu beurteilen. In einem nächsten Schritt könnte festgelegt werden, ab welchen Werten beispielsweise in einem Geburtshaus beim Thema Fünf-Minuten-Apgar-Wert Warnleuchten aufblitzen sollten. Nur in Zusammenarbeit mit freiberuflichen – und auch angestellten – Hebammen kann ein Konsens erzielt werden, wie häufig ein Fünf-Minuten-Apgar-Wert unter acht nicht zu vermeiden ist. Für Geburtshäuser mit 100 und weniger Geburten im Jahr kann diese Frage nur etwa alle fünf Jahre gestellt werden, da bei einem so seltenen Problem der Zufall einen zu starken Ausschlag gibt. Bei etwas häufigeren Ereignissen wie Geburtsverletzungen könnte in Qualitätszirkeln gefragt werden: Sollte sich eine Institution Gedanken machen, wenn die Jahresstatistik zeigt, dass jede zweite Erstgebärende (also 50 von 100 Frauen) einen Dammschnitt oder Dammriss Grad III bis IV erhalten hat? Liegt die Institution noch im „grünen Bereich“, wenn jede fünfte Erstgebärende – also 20 von 100 Frauen – eine solche Geburtsverletzung erlebt? Für solche und ähnliche Diskussionen mit allen an einer Geburt Beteiligten liefert die *German Birth Study* Informationsmaterial. ●