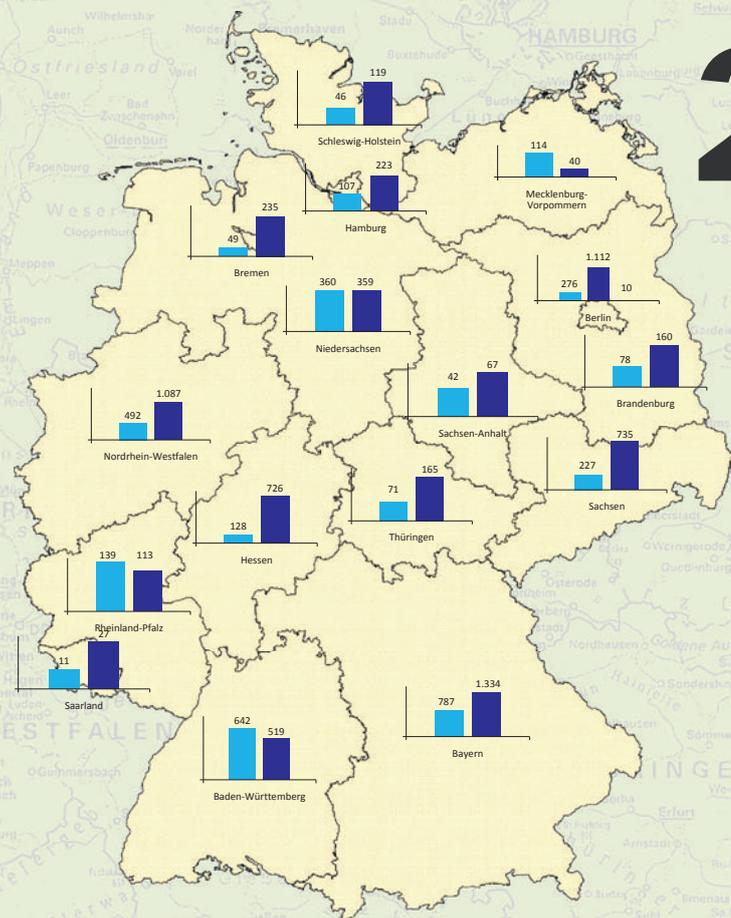


# Qualitätsbericht 2014

## Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland



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

## **Qualitätsbericht 2014**

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](mailto:geschaeftsstelle@quag.de)  
Internet: [www.quag.de](http://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](mailto:info@verlag-wiss-scripten.de)

1. Auflage 2016

**ISBN: 978-3-95735-033-6**

# **Qualitätsbericht 2014**

**Außerklinische  
Geburtshilfe in  
Deutschland**

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



## Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>5</b>
1.1	Erfasste Geburten.....	6
1.2	Zur Frage der Vollständigkeit .....	8
1.3	Der Dokumentationsbogen.....	11
<b>2</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY 2014 .....</b>	<b>15</b>
2.1	Die Geburten aus 2014 im Überblick .....	17
<b>3</b>	<b>TEILNEHMENDE AN DER DOKUMENTATION UND GEBURTENZAHLEN.....</b>	<b>18</b>
3.1	Beteiligte Hebammen und Einrichtungen .....	18
3.2	Geburtenzahlen nach Teilnehmenden.....	18
3.3	Gruppierte Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen .....	19
3.4	Aus den Bundesländern .....	20
3.4.1	<i>Geburtenzahlen nach Einrichtung und Bundesland .....</i>	<i>20</i>
3.4.2	<i>Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots .....</i>	<i>21</i>
<b>4</b>	<b>ANGABEN ZU DEN BETREUTEN FRAUEN.....</b>	<b>22</b>
4.1	Geburtenrang und Alter der Frauen.....	22
4.2	Motivation der Frauen .....	23
4.3	Berufstätigkeit in der Schwangerschaft .....	24
<b>5</b>	<b>BETREUUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT.....</b>	<b>25</b>
5.1	Kontakt zur Hebamme.....	26
5.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft .....	27
5.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft.....	30
<b>6</b>	<b>GEBURT .....</b>	<b>36</b>
6.1	Überblick zum Geburtsort und zur Geburtsdauer .....	37
6.2	Hebammenbetreuung .....	38
6.2.1	<i>Betreuungszeit.....</i>	<i>38</i>
6.2.2	<i>Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinisch begonnenen Geburt .....</i>	<i>39</i>
6.3	Dokumentierte Geburtsbefunde .....	40
6.4	Geburtsbefunde und Hauptverlegungsgründe nach Katalog C .....	41

<b>6.5</b>	<b>Begleitende Maßnahmen .....</b>	<b>44</b>
<b>6.6</b>	<b>Verlegung der Gebärenden.....</b>	<b>45</b>
6.6.1	<i>Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung.....</i>	45
6.6.2	<i>Verlegungen während der Geburt .....</i>	45
6.6.2.1	<i>Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall .....</i>	46
6.6.2.2	<i>Transportweg zur Klinik und Betreuung in der Klinik .....</i>	47
6.6.2.3	<i>Betreuungskontinuität nach der Verlegung.....</i>	48
6.6.2.4	<i>Restliche Geburtsdauer nach Verlegung in Ruhe oder in Eile.....</i>	49
<b>6.7</b>	<b>Geburtsspezifische Ergebnisse .....</b>	<b>50</b>
6.7.1	<i>Geburtsmodus .....</i>	50
6.7.2	<i>Gebärpositionen .....</i>	51
6.7.3	<i>Geburtsverletzungen .....</i>	52
<b>7</b>	<b>NACH DER GEBURT DES KINDES .....</b>	<b>53</b>
<b>7.1</b>	<b>Gesundheit der Mutter .....</b>	<b>53</b>
7.1.1	<i>Postpartale Verlegungen von Müttern .....</i>	54
<b>7.2</b>	<b>Gesundheit der Kinder nach der Geburt .....</b>	<b>55</b>
7.2.1	<i>Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen .....</i>	55
7.2.2	<i>Morbidität und Mortalität .....</i>	57
7.2.3	<i>Zusammenfassung – Outcome der Kinder.....</i>	61
<b>7.3</b>	<b>Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal .....</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN.....</b>	<b>64</b>
<b>9</b>	<b>KURZDARSTELLUNG DER GEMINIGEBURTEN.....</b>	<b>65</b>
<b>10</b>	<b>KURZDARSTELLUNG DER FÜR DIE KLINIK GEPLANTEN UND UNGEPLANT AUSSERKLINISCH BEENDETEN GEBURTEN 2014 ...</b>	<b>68</b>
<b>11</b>	<b>STUDIE ZUR AUSSERKLINISCHEN GEBURTSHILFE (THEMA AUSSERKLINISCHE GEBURT BEI STATUS NACH SECTIOCAESAREA).....</b>	<b>76</b>

Beckmann, L.; Dorin, L.; Metzing, S.; Hellmers, C. (2015)

Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Eine qualitative Analyse zur Entscheidungsfindung der Eltern für den Geburtsort.

Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science),  
03(01), 13-19, 23

## 1 Einleitung

In regelmäßiger Folge werden die jährlichen Ergebnisse der bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause und in von Hebammen geleiteten Einrichtungen<sup>1</sup> (HgE) vorgestellt. Die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung ist unter [www.quag.de](http://www.quag.de) nachzulesen. Dort finden sich auch alle Berichte zu den Vorjahren.

Wie in den vorhergehenden Jahren wurde eine Extraauswertung für die Geminigeburten erstellt (in tabellarischer Form unter Punkt 9), da die Betreuung von Mehrlingsgeburten in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt<sup>2</sup> und zudem die Mütter doppelt erfasst wären. Ebenso wie in den Vorjahren können bei den Geminigeburten nicht in der BRD geborene und ungeplant außerklinisch geborene Kinder dabei sein. Im Bericht werden dokumentierte Geburten im Ausland, die von Hebammen aus Deutschland begleitet wurden, nicht berücksichtigt. Sie werden seit 2011 lediglich zahlenmäßig erfasst, aber nicht gesondert ausgewertet. Die in Deutschland erfolgten Geburten werden nach Planungsstatus gefiltert. Die Daten der ungeplant außerklinisch geborenen Kinder werden seit 2011 gesondert ausgewertet, da ihr Outcome nicht die Qualität der Hebammenarbeit widerspiegeln kann<sup>3</sup>. Es handelt sich hier um Geburten, zu denen die Hebamme ohne vorherige Absprache zur Geburt gerufen wird, der Geburtsverlauf eine Verlegung nicht mehr erlaubt oder der geplante Geburtsort aus anderen Gründen nicht erreichbar ist. Die Extraauswertung für diese Geburten findet sich in tabellarischer Form am Ende des Berichts unter Punkt 10. Alle Geburten, die auf dem Transportweg enden, sind – entsprechend der deutschen Rechtsprechung zum Geburtsort, der als Ort definiert wird, an dem das Kind vollständig geboren ist – als außerklinische Geburten zu werten. Wo die Plazenta geboren ist, spielt dabei keine Rolle. Jedoch sind die Transportgeburten in dieser Auswertung in den meisten Abfragen als Klinikgeburt ausgewertet, da die auf dem Transport entbundenen Frauen dorthin verlegt und dort postpartal weiter betreut wurden.

---

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

<sup>2</sup> Die vom Bund Deutscher Hebammen (heute DHV), gemeinsam mit dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. und dem Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland 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).

<sup>3</sup> Siehe Nove, Andrea et al. 2012 The methodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death. In: *Midwifery* (28) 5, 619-626.

## 1.1 Erfasste Geburten

Die Erhebung möglichst aller geplanten außerklinischen Geburten in Deutschland ist – in Anlehnung an die bundesweite klinische Berichterstattung – auf Dauer angelegt. Im Bericht werden nur die Angaben für tatsächlich am außerklinischen Geburtsort begonnenen Geburten präsentiert. Um die Darstellung der Hebammenarbeit in der außerklinischen Geburtshilfe zu vervollständigen, wird erstmals an dieser Stelle die Anzahl der seit 2012 von QUAG e.V. erfassten Geburten genannt, die für einen außerklinischen Ort geplant waren, dort aber nicht stattfanden. Im Jahr 2012 wurden 666 Fälle, 2013 insgesamt 960 Fälle und im Jahr 2014 genau 1.046 Fälle gemeldet. Die Gründe dafür sind vielfältig und zumeist medizinischer Art (Befunde wie Geburt vor der 37. SSW, Lageanomalie oder Terminüberschreitung).

Da bislang – wenn auch in sehr geringer Anzahl – Geburten, die in Nachbarländern stattfanden, in die Gesamtgeburtenzahl eingeflossen sind, wird seit 2011 eine neue Tabelle zur Anzahl der in die Dauererhebung eingegangenen Geburten angelegt und fortgeführt.

Tabelle 1 In die Dauererhebung eingegangene Geburten von Kindern ab 2011

Jahr	Gesamt*	davon	
		in der Klinik geborene Kinder**	außerklinisch geborene Kinder
2011	10.554	1.726	8.828
2012	10.901	1.811	9.090
2013	10.742	1.799	8.943
2014	11.300	1.869	9.431

\* Inklusive Zwillinge und ungeplant außerklinisch in Deutschland geborene Kinder

\*\* Die auf dem Transportweg geborenen Kinder sind den Klinikgeburten zugeordnet

Tabelle 2 Bisher in die Dauererhebung eingegangene Geburten von Kindern (1999 bis 2010)

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
2010	10.721	1.676	9.045
<b>Gesamt</b>	<b>115.877</b>	<b>15.642</b>	<b>100.235</b>

\* Inklusive Zwillinge. Hier fließen auch Kinder mit ein, deren Geburten von den dokumentierenden Hebammen im Ausland betreut wurden.

\*\* Inklusive Zwillinge. Die auf dem Transportweg geborenen Kinder sind den Klinikgeburten zugeordnet.

In der vorliegenden Erhebung sind die Geburten von insgesamt 11.314 Kindern (siehe Tabelle 3) – darunter 8 Zwillingspaare (2013: 4 Zwillingspaare) – erfasst worden. Die Daten dieser 16 Kinder und 8 Mütter werden unter Punkt 9 separat dargestellt. Ebenso wurden die 127 ungeplant außerklinisch begonnenen Geburten gesondert ausgewertet, da an ihnen die Qualität der Hebammenarbeit nicht gemessen werden kann (siehe Punkt 10). Auch werden die 14 im Ausland von Hebammen aus Deutschland betreuten Geburten nicht berücksichtigt. **Somit beläuft sich die ausgewertete Menge auf genau 11.157 außerklinisch geplante und dort auch begonnene Einlingsgeburten.** Auf dieser Basis lassen sich aussagekräftige Ergebnisse für die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland darstellen. Wenn nicht anders bezeichnet, wurde für die angegebenen Prozentzahlen dieser Bezug gewählt.

Tabelle 3 Übersicht über die erfassten Geburten von Kindern im Berichtsjahr

Jahr 2014			
Bezugsgruppe		Anzahl	Prozent
Alle Kinder		11.314	100,0
davon	Einlinge	11.298	99,9
	Zwillinge	16	0,1
Alle Einlinge		11.298	99,9
davon	nicht in Deutschland geboren	14	0,1
	in Deutschland geboren	11.284	99,7
Alle in der BRD geborenen Einlinge		11.284	99,7
	ungeplant außerklinisch geboren	127	1,1
	bei oder nach Verlegung geboren	1.865	16,5
	geplant außerklinisch geboren	9.292	82,1
Alle in der BRD geborenen Einlinge (geplant außerklinisch geboren oder verlegt)		11.157	98,6

## 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 aller in Deutschland geborenen Kinder minus der in Kliniken erfolgten (in Tab.4 bzw. 5 "Differenz aus Spalte 2 und 3"). Zu berücksichtigen ist, dass in der Krankenhausstatistik nicht alle Klinikgeburten erfasst werden. Werden Krankenhäuser innerhalb des Erhebungsjahres bzw. zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin geschlossen oder eröffnet, werden ihre Daten möglicherweise nicht dem Statistischen Bundesamt für die Krankenhausstatistik gemeldet. 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 enthalten. Das Ergebnis wird als Bezugsgruppe zur Schätzung des Erfassungsgrades der außerklinisch beendeten Geburten verwendet. Seit 2011 sind in der Rubrik "dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder" keine Einlinge mehr enthalten, die im Ausland geboren wurden – bei den Zwillingen wurde auf diese Differenzierung verzichtet. Die Tabelle 4 trägt dieser marginalen Änderung Rechnung.

Tabelle 4 In Deutschland geborene Kinder – klinisch und außerklinisch ab 2011. Annäherung an den Erfassungsgrad der QUAG-Erhebung

<b>Jahr</b>	<b>geborene Kinder in Deutschland</b>	<b>davon in Krankenhäusern geborene Kinder</b>	<b>Differenz aus Spalte 2 und 3</b>	<b>dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder*</b>
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene)	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik Fachserie 12 Reihe 6.1, Punkt 2.15.2)	(Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	incl. außerklinisch geborene Zwillinge und Totgeburten Prozent bezogen auf die vermutete Anzahl aller in Deutschland außerklinisch geborenen Kinder (aus Spalte 4)
<b>2011</b>	<b>665.072</b>	<b>654.243</b>	<b>10.829 = 1,63%</b>	<b>8.828 = 81,5%</b>
<b>2012</b>	<b>675.944</b>	<b>665.780</b>	<b>10.164 = 1,50%</b>	<b>9.090 = 89,4%</b>
<b>2013</b>	<b>684.625</b>	<b>674.245</b>	<b>10.380 = 1,52%</b>	<b>8.943 = 86,2%</b>
<b>2014</b>	<b>717.524</b>	<b>706.874</b>	<b>10.650 = 1,48%</b>	<b>9.431 = 88,6%</b>

\* Die auf dem Transportweg geborenen Kinder sind den Klinikgeburten zugeordnet.

Tabelle 5 In Deutschland geborene Kinder – klinisch und außerklinisch 1999 bis 2010. Annäherung an den Erfassungsgrad der QUAG-Erhebung

<b>Jahr</b>	<b>geborene Kinder in Deutschland</b>	<b>davon in Krankenhäusern geborene Kinder</b>	<b>Differenz aus Spalte 2 und 3</b>	<b>dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder</b>
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene)	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik Fachserie 12 Reihe 6.1)	(Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	incl. außerklinisch geborene Zwillinge und Totgeburten Prozent bezogen auf die vermutete Anzahl aller in Deutschland außerklinisch geborenen Kinder
<b>1999</b>	<b>773.862</b>	<b>763.669</b>	<b>10.193 = 1,32%</b>	<b>7.433 = 72,9%</b>
<b>2000</b>	<b>770.053</b>	<b>759.488</b>	<b>10.565 = 1,37%</b>	<b>7.644 = 72,4%</b>
<b>2001</b>	<b>737.360</b>	<b>727.315</b>	<b>10.045 = 1,36%</b>	<b>8.266 = 82,3%</b>
<b>2002</b>	<b>721.950</b>	<b>711.458</b>	<b>10.492 = 1,45%</b>	<b>8.238 = 78,8%</b>
<b>2003</b>	<b>709.420</b>	<b>699.795</b>	<b>9.625 = 1,36%</b>	<b>8.586 = 88,8%</b>
<b>2004</b>	<b>708.350</b>	<b>695.885</b>	<b>12.465 = 1,79%</b>	<b>8.715 = 69,9%</b>
<b>2005</b>	<b>688.282</b>	<b>675.688</b>	<b>12.594 = 1,83%</b>	<b>8.640 = 68,6%</b>
<b>2006</b>	<b>675.144</b>	<b>663.979</b>	<b>11.165 = 1,65%</b>	<b>8.351 = 74,8%</b>
<b>2007</b>	<b>687.233</b>	<b>675.892</b>	<b>11.341 = 1,65%</b>	<b>8.221 = 72,5%</b>
<b>2008</b>	<b>684.926</b>	<b>674.751</b>	<b>10.175 = 1,48%</b>	<b>8.327 = 81,8%</b>
<b>2009</b>	<b>667.464</b>	<b>656.265</b>	<b>11.199 = 1,68%</b>	<b>8.769 = 78,3%</b>
<b>2010</b>	<b>680.413</b>	<b>668.950</b>	<b>11.463 = 1,68%</b>	<b>9.045 = 78,9%</b>

Die Kritik, dass ein Teil der außerklinischen Geburten offensichtlich nicht gemeldet werden, kann nur schwer entkräftet werden. Da aber auch die Anzahl der bei AQUA gemeldeten Klinikgeburten von der beim Statistischen Bundesamt (Destatis) aufgelisteten Anzahl um etwa 2.000 Fälle abweicht, sollte eine

gemeinsame Lösung zur lückenlosen Darstellung aller Geburten in Deutschland gefunden werden.

Es arbeiten in Deutschland ca. 11.000 Hebammen als Beleghebammen oder als angestellte Hebammen in Kliniken (aktuelle Angaben von 2011<sup>4</sup>). Zurzeit sind rund 18.500 Hebammen im Deutschen Hebammenverband (DHV), etwa 920 im Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) und rund 70 im Deutschen Fachverband für Hausgeburtsilfe (DFH) organisiert, wobei Überschneidungen in der Mitgliedschaft nicht ausgeschlossen sind.

Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband ist in Deutschland keine Pflicht. Es gibt keine zuverlässigen Zahlen darüber, wie viele Hebammen Hausgeburtsilfe leisten oder wie viele Hebammen derzeit in Geburtshäusern arbeiten oder dort angestellt sind.

Freiberuflich tätige Hebammen in Deutschland melden sich gemäß ihrer Berufsordnung beim Gesundheitsamt oder dem Amtsarzt/ der Amtsärztin ihres Wohnkreises; 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. 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 fast allen Bundesländern geschehen). Eine Chance, die Angabe über die tatsächliche Anzahl der außerklinisch beendeten Geburten zu erhalten, liegt auch bei den Standesämtern. Wenn die durchaus vorliegenden Angaben zum Geburtsort in Zukunft kategorisiert weitergegeben werden, ergäben sie eine korrekte Zahl der außerklinisch beendeten Geburten, wenn auch ohne Erfassung des Planungsstatus. In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Hebammenverbände wurde ein konsentiertes Schreiben an das Ministerium des Innern verfasst, welches anregte, das Personenstandsgesetz um die Frage nach dem konkreten Geburtsort in der Geburtenmeldung zu erweitern, damit dieser dann in die Datenerfassung des statistischen Bundesamtes einfließen kann. Es wurden die Kategorien Geburt im Krankenhaus, Geburt in einem Rettungswagen bzw. auf einem Transport, Geburt zu Hause (Hausgeburt) und Geburt in einer ambulanten Geburtseinrichtung vorgeschlagen. Leider fand der Vorschlag in der Novellierung des Gesetzes Anfang 2013 keinen Eingang. In dieser

---

<sup>4</sup> Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2013 Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2011 in Deutschland nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht. Personal - Fachserie 12 Reihe 7.3.1 - 2011

Hinsicht weiterhelfen könnte auch eine Art Heilberufsausweis, der von einer staatlichen Behörde an jede aktiv freiberufliche Hebamme ausgegeben wird und diese zur Meldung bestimmter Zahlen und Fakten verpflichtet. Alle Daten der Hebammenversorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie in der Stillzeit könnten so in eine Gesundheitsberichterstattung einfließen. Allerdings sollten gleichzeitig auch alle ärztlichen Leistungen und erhobenen Befunde in der Außerklinik erfasst werden.

Die Hebammen und Geburtshäuser, die an der Datenerhebung teilnahmen, lieferten vollständig ausgefüllte Bögen aller durchgeführten Geburten. Die Vollständigkeit wurde anhand der laufenden Geburtennummern überprüft. Bei der im Jahr 2005 eingeführten Online-Erfassung, an der inzwischen alle Geburten erfassenden Hebammen teilnehmen, ist die Plausibilitätsprüfung für die wichtigsten Punkte bereits hinterlegt, sodass nur korrekt und vollständig ausgefüllte Bögen in die Erfassung einfließen.

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 und 2013 geringfügig adaptierte Erhebungsbogen fragt nicht nur fachliche, sondern auch darüber hinausgehende Aspekte der außerklinischen Geburtshilfe ab. Mit den Belegen über bestimmte soziodemographische Merkmale und Motivationslagen der Frauen sollen vor allem Aspekte des Risikomanagements in der außerklinischen Geburtshilfe darstellbar werden. Die zentralen geburtsmedizinischen Merkmale des klinischen Perinatal-bogens wurden in den außerklinischen Dokumentationsbogen übernommen. Dazu gehören auch die medizinischen Befundkataloge A bis D. Darüber hinaus ist der Befundkatalog E eingefügt, welcher der besonderen Situation sub- und postpartaler Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung trägt. Die aktuelle Version des Erhebungsbogens (ohne und mit subpartaler Verlegung sowie der Befundkatalog) sind weiter unten abgedruckt.

Eine Angleichung der bisherigen Befundkataloge A bis D an den ICD-10-Katalog ist diskutiert worden. Es wurde nach Abwägung von Aufwand und Nutzen davon Abstand genommen.

Mit der Online-Erfassung sind die Fehleinträge stark zurückgegangen, auch einzelne Probleme (wie das zur genauen Angabe der Institutionszugehörigkeit) wurden gelöst.

Dokumentationsbeleg für die außerklinische Geburtshilfe (Lfd. Nr. L-\_\_\_\_\_)

Name der Frau (bitte nur auf dem Deckblatt notieren)

---

**IDENTIFIKATION DER HEBAMME**

1. Hebammen- / Einrichtungsnummer

2. Geburtennummer

3. Die Geburt wurde  
geplant außerklinisch beendet  sub partal verlegt   
ungeplant außerklinisch beendet

3.a Geburt auf Transport

---

**SCHWANGERE**

4. Geburtsjahr der Schwangeren

5. vorausg. Schwangerschaften  
davon Lebendgeburten Abbrüche/Aborte  
Totgeburten EU

5.a Cürettagen (auch ohne Schwangerschaften)

6. direkt vorausgegangener Entbindungsmodus  
keiner  Sectio  vag.-op.  Spontan

7. Motivation der Frau zur außerklin. Geburt  
Sicherheitsbedürfnis  Vertraute Hebamme  Selbstbestimmung   
Vertraute / angenehme Umgebung  Geburtserfahrung  Sonstige

---

**VORSORGE/SCHWANGERSCHAFT**

8. Berechneter, ggf. korr. Geburtstermin

9. Hebammenerstkontakt in SSW (tel. od. persönlich)

10. Anzahl persönlicher Kontakte insgesamt (ohne Kurse)  
davon: Hebammen-Vorsorgeuntersuchungen

11. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen insgesamt (Anzahl)

12. Ultraschalluntersuchungen insgesamt (Anzahl)

13. Berufstätigkeit während dieser Schwangerschaft ja  nein

14. Schwangerschaftsbedingter Klinikaufenthalt ja  nein

15. Schwangerschaftsbefunde (lt. Katalog A/B)  
ja  nein   
wenn ja, Katalog-Nr.:

15.a Größe der Frau (in cm)

15.b Gewicht kurz vor der Schwangerschaft (in kg)

15.c Gewicht in den letzten drei Wochen vor der Geburt (in kg)

16. Entfernung zur nächstgelegenen Klinik (in km)

---

**GEBURT**

17. Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme  
Datum / Uhr

18. Wehenbeginn bekannt  unbekannt   
Datum / Uhr

19. Blasensprung  Amniotomie  unbekannt   
wenn BS oder Amniotomie: Datum / Uhr

20. Geburtsrisiken (lt. Katalog C) ja  nein   
wenn ja, Katalog-Nr.:

21. Herzkontrollen Hörrohr  Dopton  CTG  nicht möglich

22. Begleitende Maßnahmen sub partu  
nein  Akupunktur / -pressur  Homöopathika  Massagen   
Naturheilkunde  Analgetika / Spasmolytika   
medikamentöse Tokolyse  Wehenmittel (Oxytocin)  Sonstiges

23. außerklinischer Geburtsmodus  
Spontan  vaginal-operativ  keiner

24. Dauer des aktiven Mitschiebens  
kleiner 15 Minuten  15 bis 60 Minuten  über 60 Minuten   
unbekannt/trifft nicht zu

25. letztendliche Gebärlage  
Hockend / sitzend / Gebärhocker  Stehend / hängend   
Vierfüßerstand  Wanne / Wassergeburt  Seitenlage  Rückenlage   
unbekannt/trifft nicht zu

26. Geburtsverletzungen  
nein  DR I°  DR II°  DR III° - IV°  Episiotomie  andere Risse

27. Naht  
nein  Hebamme  Arzt  Klinik

28. Mütterliche Problematik post partal  
nein  101 Blutungen über 1000 ml   
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta   
103 komplizierte Geburtsverletzung  105 Eklampsie  106 HELLP   
107 Sepsis  108 Verdacht auf Embolie  112 Sonstiges

29. Mutter im ursächlichen Zusammenhang mit Geburt verstorben ja  nein

**ANWESENDE**

30. zweite Hebamme anwesend  
nein  zur Geburt  nach der Geburt

30.a Übergabe der außerklin. Geburtsbetreuung ja  nein

31. Arzt anwesend nein  zur Geburt  nach der Geburt

32. weitere anwesende Personen ja  nein

---

**VERLEGUNG DER MUTTER POST PARTAL**

42. Mutter p.p. verlegt ja  nein   
wenn ja, Uhrzeit: Datum / Uhr

43. Verlegungsgrund p.p. (lt. Katalog E):

---

**KIND (UNABHÄNGIG VOM GEBURTSORT)**

44. Tag der Geburt Datum / Uhr

45. Lage des Kindes bei Geburt  
Regelrechte Schädelage  Beckenendlage  unbekannt   
Regelwidrige Schädelage   
wenn ja, welche (lt. Katalog C)

46. Geburtsgewicht g Länge cm KU cm

47. Geschlecht männlich  weiblich

48. APGAR 1' 5' 10'

49.a Reifezeichen (RZ) nach klinischem Befund (Petruzza, Clifford) bei der U1  
entsprechen der errechneten Schwangerschaftswoche  
Kind entsprechend  Kind älter  Kind jünger

49. Reanimationsmaßnahmen  
nein  Maske  Intubation  O2-Dusche   
Mund-zu-Mund-Beatmung  Sonstige

50. Morbidität des Kindes (lt. Katalog D) Ja  Nein  unbekannt   
wenn ja, Katalog-Nr.:

51. Fehlbildungen vorhanden?  
nein  pränatal diagnostiziert  nicht pränatal diagnostiziert

52. Kind p.p. in Kinderklinik ja  nein   
wenn ja, Uhrzeit: Datum / Uhr

53. Verlegungsgründe (lt. Katalog D)

54. Kind verstorben  
nein  vor Geburt  unter Geburt  nach Geburt

55. Todesdatum Datum / Uhr

56. Todesursache (lt. Katalog C/D) auch für Totgeborene  
oder Todesursache unbekannt

---

**ANGABEN ZUM GEBURTSORT**

57. Geburtsort nach Länderschlüssel (lt. Katalog F)

57.a erste zwei Stellen der PLZ

58. Geplanter Geburtsort Tatsächlicher Geburtsort

Hausgeburten	<input type="checkbox"/>	Hausgeburten	<input type="checkbox"/>
Geburtshaus	<input type="checkbox"/>	Geburtshaus	<input type="checkbox"/>
Entbindungsheim	<input type="checkbox"/>	Entbindungsheim	<input type="checkbox"/>
Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/>	Hebammenpraxis	<input type="checkbox"/>
Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>
Klinik	<input type="checkbox"/>	Klinik	<input type="checkbox"/>
Noch unklar	<input type="checkbox"/>	Sonstiger Ort	<input type="checkbox"/>

59. Geburtsort/-Entbindungsheimtyp des tatsächlichen Geburtsortes  
hebammengeleitet  ärztlich geleitet  GH oder EH an / in einer Klinik   
trifft nicht zu

59a. Entfernung zwischen Whg. der Hebamme und Whg. der Frau bei geplanter HG  
km

---

**VERWEILDAUER**

60. Verweildauer p.p. länger als 3 Stunden nach Geburt des Kindes nein   
bis 4 Stunden  bis 5 Stunden  länger als 5 Stunden

61. Grund für längere Verweildauer:  
Kind hatte Saugimulationen   
Mutter hatte pos. B-Streptokokken-Befund; Kind länger beobachtet   
Grünes Fruchtwasser bei Geburt; Kind länger beobachtet   
Verzögerte Plazentalage  Mutter ist krisenlabil   
Frau konnte noch kein Wasser lassen  Organisations Gründe   
Vater nicht fähig, da durch Geburtsdauer zu müde   
Begleitung bei verstorbenem / behindertem Neugeborenen  Weg nach Hause zu weit   
sonstige Gründe

Entfernung ca. in km (nur wenn Weg nach Hause zu weit)

---

**WOCHENBETT**

62. Wochenbettbetreuung  
von gleicher Hebamme bzw. Hebamme aus dem Team   
von externer Hebamme in Wohnortnähe der Frau

Dokumentationsbeleg für die außerklinische Geburtshilfe (Lfd. Nr. L-\_\_\_\_\_)

Name der Frau (bitte nur auf dem Deckblatt notieren)

---

**IDENTIFIKATION DER HEBAMME**

1. Hebammen- / Einrichtungsnummer

2. Geburtennummer

3. Die Geburt wurde  
geplant außerklinisch beendet  sub partal verlegt   
ungeplant außerklinisch beendet

3.a Geburt auf Transport

---

**SCHWANGERE**

4. Geburtsjahr der Schwangeren

5. vorausg. Schwangerschaften  
davon Lebendgeburten Abbrüche/Aborte  
Totgeburten EU

5.a Cüretagen (auch ohne Schwangerschaften)

6. direkt vorausgegangener Entbindungsmodus  
keiner  Sectio  vag.-op.  Spontan

7. Motivation der Frau zur außerklin. Geburt  
Sicherheitsbedürfnis  Vertraute Hebamme  Selbstbestimmung   
Vertraute / angenehme Umgebung  Geburtserfahrung  Sonstige

---

**VORSORGE/SCHWANGERSCHAFT**

8. Berechneter, ggf. korrig. Geburtstermin

9. Hebammenkontakt in SSW (tel. od. persönlich)

10. Anzahl persönlicher Kontakte insgesamt (ohne Kurse)  
davon: Hebammen-Vorsorgeuntersuchungen

11. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen insgesamt (Anzahl)

12. Ultraschalluntersuchungen insgesamt (Anzahl)

13. Berufstätigkeit während dieser Schwangerschaft ja  nein

14. Schwangerschaftsbedingter Klinikaufenthalt ja  nein

15. Schwangerschaftsbefunde (lt. Katalog A/B)  
ja  nein   
wenn ja, Katalog-Nr.:

15.a Größe der Frau (in cm)

15.b Gewicht kurz vor der Schwangerschaft (in kg)

15.c Gewicht in den letzten drei Wochen vor der Geburt (in kg)

16. Entfernung zur nächstgelegenen Klinik (in km)

---

**GEBURT**

17. Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme Datum / Uhr

18. Wehenbeginn bekannt  unbekannt  Datum / Uhr

19. Blasensprung  Amniotomie  unbekannt   
wenn BS oder Amniotomie: Datum / Uhr

20. Geburtsrisiken (lt. Katalog C) ja  nein   
wenn ja, Katalog-Nr.:

21. Herzkontrollen Hörrohr  Doplon  CTG  nicht möglich

22. Begleitende Maßnahmen sub partu  
nein  Akupunktur / -pressur  Homöopathika  Massagen   
Naturheilkunde  Analgetika / Spasmolytika   
medikamentöse Tokolyse  Wehenmittel (Oxytocin)  Sonstiges

23. außerklinischer Geburtsmodus  
Spontan  vaginal-operativ  keiner

24. Dauer des aktiven Mitschiebens  
kleiner 15 Minuten  15 bis 60 Minuten  über 60 Minuten   
unbekannt/trifft nicht zu

25. letztendliche Gebärposition  
Hockend / sitzend / Gebärhocker  Stehend / hängend   
Vierfüßlerstand  Wanne / Wassergeburt  Seitenlage  Rückenlage   
unbekannt/trifft nicht zu

26. Geburtsverletzungen  
nein  DR I°  DR II°  DR III° - IV°  Episiotomie  andere Risse

27. Naht  
nein  Hebamme  Arzt  Klinik

28. Mütterliche Problematik post partal  
nein  101 Blutungen über 1000 ml   
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta   
103 komplizierte Geburtsverletzung  105 Eklampsie  106 HELLP   
107 Sepsis  108 Verdacht auf Embolie  112 Sonstiges

29. Mutter im ursächlichen Zusammenhang mit Geburt verstorben ja  nein

**ANWESENDE**

30. zweite Hebamme anwesend  
nein  zur Geburt  nach der Geburt

30.a Übergabe der außerklin. Geburtsbetreuung ja  nein

31. Arzt anwesend nein  zur Geburt  nach der Geburt

32. weitere anwesende Personen ja  nein

---

**33. - 41. BEI VERLEGUNG SUB PARTU**

33. Transportbeginn Datum / Uhr

34. Hauptverlegungsgrund s.p. (lt. Katalog C / E):

36. Transportmittel PKW  Rettungsfahrzeug  anderes

37. Transport in Klinik als Notfall  in Ruhe

38. tatsächlich gefahrene km in die Klinik , km

39. Ankunft im Kreißsaal Datum / Uhr

40. Geburtsmodus in der Klinik  
Spontan  Vag.-op.  Sectio  keiner

41. Geburtsleitung in der Klinik  
dieselbe Hebamme  andere Hebamme

---

**VERLEGUNG DER MUTTER POST PARTAL**

42. Mutter p.p. verlegt ja  nein   
wenn ja, Uhrzeit: Datum / Uhr

43. Verlegungsgrund p.p. (lt. Katalog E):

---

**KIND (UNABHÄNGIG VOM GEBURTSORT)**

44. Tag der Geburt Datum / Uhr

45. Lage des Kindes bei Geburt  
Regelrechte Schädelage  Beckenendlage  unbekannt   
Regelwidrige Schädelage   
wenn ja, weiche (lt. Katalog C)

46. Geburtsgewicht g Länge cm KU cm

47. Geschlecht männlich  weiblich

48. APGAR 1' 5' 10'

48.a Reifezeichen (RZ) nach klinischem Befund (Petrusse, Cliford) bei der U I  
entsprechen der errechneten Schwangerschaftswoche  
Kind entsprechend  Kind älter  Kind jünger

49. Reanimationsmaßnahmen  
nein  Maske  Intubation  O2-Dusche   
Mund-zu-Mund-Beatmung  Sonstige

50. Morbidität des Kindes (lt. Katalog D) Ja  Nein  unbekannt   
wenn ja, Katalog-Nr.:

51. Fehlbildungen vorhanden?  
nein  pränatal diagnostiziert  nicht pränatal diagnostiziert

52. Kind p.p. in Kinderklinik ja  nein   
wenn ja, Uhrzeit: Datum / Uhr

53. Verlegungsgründe (lt. Katalog D)

54. Kind verstorben  
nein  vor Geburt  unter Geburt  nach Geburt

55. Todesdatum Datum / Uhr

56. Todesursache (lt. Katalog C/D) auch für Totgeborene  
oder Todesursache unbekannt

---

**ANGABEN ZUM GEBURTSORT**

57. Geburtsort nach Länderschlüssel (lt. Katalog F)

57.a erste zwei Stellen der PLZ

58. Geplanter Geburtsort Tatsächlicher Geburtsort

Hausgeburtsort <input type="checkbox"/>	Hausgeburtsort <input type="checkbox"/>
Geburtsort <input type="checkbox"/>	Geburtsort <input type="checkbox"/>
Entbindungshelm <input type="checkbox"/>	Entbindungshelm <input type="checkbox"/>
Hebammenpraxis <input type="checkbox"/>	Hebammenpraxis <input type="checkbox"/>
Arztpraxis <input type="checkbox"/>	Arztpraxis <input type="checkbox"/>
Klinik <input type="checkbox"/>	Klinik <input type="checkbox"/>
Noch unklar <input type="checkbox"/>	Sonstiger Ort <input type="checkbox"/>

59. Geburtsort/Entbindungshelmtyp des tatsächlichen Geburtsortes  
hebammengeleitet  ärztlich geleitet  GH oder EH an / in einer Klinik   
trifft nicht zu

59a. Entfernung zwischen Whg. der Hebamme und Whg. der Frau bei geplanter HG km

---

**WOCHENBETT**

62. Wochenbettbetreuung  
von gleicher Hebamme bzw. Hebamme aus dem Team   
von externer Hebamme in Wohnortnähe der Frau

## Der Befundkatalog

<p><b>Katalog A</b> (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-/Thromboseneigung 04 Allergie 05 Frühere Bluttransfusionen 06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche) (648.4) 07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) (648.9) 08 Rhesus-inkompatibilität (bei voraus geg. Schwangersch.) (656.1) 09 Diabetes mellitus (640.0) 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><b>Katalog C</b> (zu Zeilen 20, 34, 45 und 56) Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken</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) (650.4) 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 Nabelschnurvorfal (663.0) 81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen (663.9) 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (662.0) 83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (662.2) 84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4) 85 Drohende/erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1) 86 Querlage/Schraglage (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 Schädellagen (652.8) 94 Sonstiges 95 HELLP 96 intrauteriner Fruchttod (656.4) 97 pathologischer Dopplerbefund 98 Schulterdystokie</p>	<p>18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.) (771) 19 zur Beobachtung 20 Sonstiges</p> <p>25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PATAU-, 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><b>Katalog E</b> (zu Zeilen 34, 42) <u>Verlegung der Mutter sub partu</u></p> <p>100 Auf Wunsch der Mutter</p> <p><u>Verlegung der Mutter post partu</u></p> <p>101 Blutungen &gt;1000ml 102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Placenta 103 Komplizierte Geburtsverletzungen 104 zur Nahtversorgung d. Epl. 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><b>Katalog B</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><b>Katalog D</b> (zu Zeilen 50, 53, 56) Postpartale 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))</p>	<p><b>Katalog F</b> (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 20 Dänemark 21 Niederlande 22 Belgien 23 Luxemburg 24 Frankreich 25 Schweiz 26 Österreich 27 Tschechien 28 Polen</p>

## 2 Zusammenfassung / Summary 2014

### Zusammenfassung für den Jahrgang 2014

Im Jahr 2014 wurden 11.157 Einlingsgeburten dokumentiert, die außerklinisch begonnen haben. 39,8% der Schwangeren waren Erstgebärende. Der Anteil der geplant außerklinisch beendeten Geburten beträgt etwa 1,3% aller Geburten in Deutschland.

Die Geburten wurden für unterschiedliche Orte geplant: 3.862 Hausgeburten und 7.295 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen. Werdende Eltern und Hebammen wägen den gewünschten Geburtsort sorgfältig ab. Insgesamt 95% der Mütter hatten keine Probleme post partum. Während der Geburt wurden 16,7% der Gebärenden in eine Klinik verlegt. Keine Frau starb im Zusammenhang mit der Geburt.

Folgende – nach intention-to-treat (gemäß dem Ort, an dem die Geburt begonnen wurde) ausgewerteten – Angaben zeigen, dass Hebammen eine intensive, jedoch keine stark invasive Begleitung anbieten.

Spontangeburt	90,5%
Bevorzugte Gebärposition	aufrecht
Damm intakt nach vaginaler Geburt	45,4%
Dammriss dritten oder vierten Grades nach vaginaler Geburt	1,2%
Episiotomie	4,8%
Sekundäre Sectio nach Verlegung	6,8%
Keinerlei Interventionen	36,0%
Keine mütterlichen Probleme nach der Geburt	95%
Verlegung der Mutter nach der Geburt	3,6%
5 Minuten Apgar-Wert $\geq 7$ (bezogen auf Lebendgeburten)	99,3%
Häufigste kindliche Morbidität	Atemstörungen
Perinatale Mortalität	0,16% (= 1,6‰)

Diese Angaben unterstreichen die Ansicht, dass die außerklinische Geburt für Mutter und Kind sicher ist.

## Summary for out-of-hospital Births (2014)

11,157 singleton births starting out-of-hospital (39.8% first-time mothers) were reported in 2013. Planned out-of-hospital births account for about 1.3% of all births in Germany.

Mothers-to-be and midwives carefully chose a suitable place of birth. The out-of-hospital birth settings varied: 3,862 home births and 7,295 births in midwife-led institutions like independent birth centres. Of all women, 95% had no specific problems. During birth, 16.7% of the women were transferred to a hospital. No woman died during or after birth.

The following data (presented according to intention to treat) show that midwives offered intensive care for mother and child on a low level of intervention.

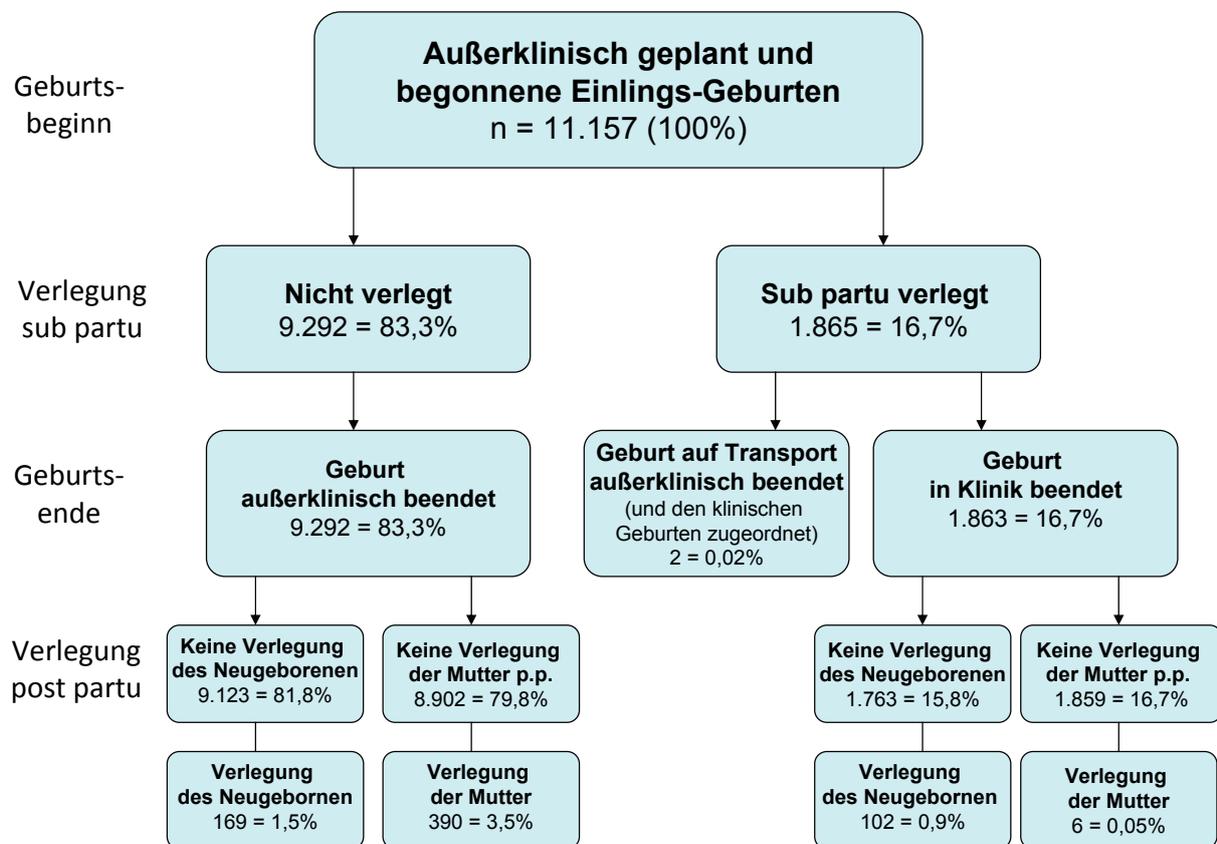
Spontaneous birth	90.5%
Preferred birthing position	vertical
Intact perineum after vaginal birth	45.4%
Third or fourth degree perineal tear after vaginal birth	1.2%
Episiotomy	4.8%
C-section (following transfer)	6.8%
No intervention of any kind	36.0%
No problems after birth	95% of all mothers
Transfer after birth	3.6% of all mothers
5 minute Apgar-score $\geq 7$	99.3% of all live-births
Most frequent morbidity for newborns	breathing problems
Perinatal mortality	0.16% (= 1.6‰)

This data set supports the view that out-of-hospital midwifery care is safe for mother and child.

## 2.1 Die Geburten aus 2014 im Überblick

Von 11.157 außerklinisch begonnenen Geburten konnten 83,3% am geplanten Geburtsort stattfinden (siehe Abbildung 1). In 1.865 Fällen oder bei 16,7% aller Geburten wurde während der Geburt verlegt. Von diesen ereigneten sich 2 Geburten während des Transports und sind den Klinikgeburten zugeordnet. Eine Verlegung nach der Geburt (postpartal) wurde für 3,5% aller 11.157 Mütter eingeleitet. Insgesamt 2,4% aller 11.157 Kinder wurden – unabhängig von dem jeweiligen Geburtsort – in eine Kinderklinik verlegt.

Abbildung 1 Überblick über die ausgewerteten Geburten 2014



Prozentzahlen bezogen auf n=11.157 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2014). Prozentbezüge, die mehr als 100,0% ergeben, sind Folge der Ab- bzw. Aufrundung.

### 3 Teilnehmende an der Dokumentation und Geburtenzahlen

Im Jahr 2014 haben 398 Hebammen in der Hausgeburtshilfe (2013: n= 408), 123 hebammengeleitete Einrichtungen (2013: n= 122) und keine Arztpraxis (2013: n= 1), zusammen 521 Dokumentierende (2013: n= 531) teilgenommen. Die meisten außerklinisch begonnenen Geburten wurden wie in den Jahren zuvor in Bayern dokumentiert (siehe Abbildung 3 und Tabelle 9).

#### 3.1 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

Tabelle 6 Teilnehmende an den Erhebungen / Jahr

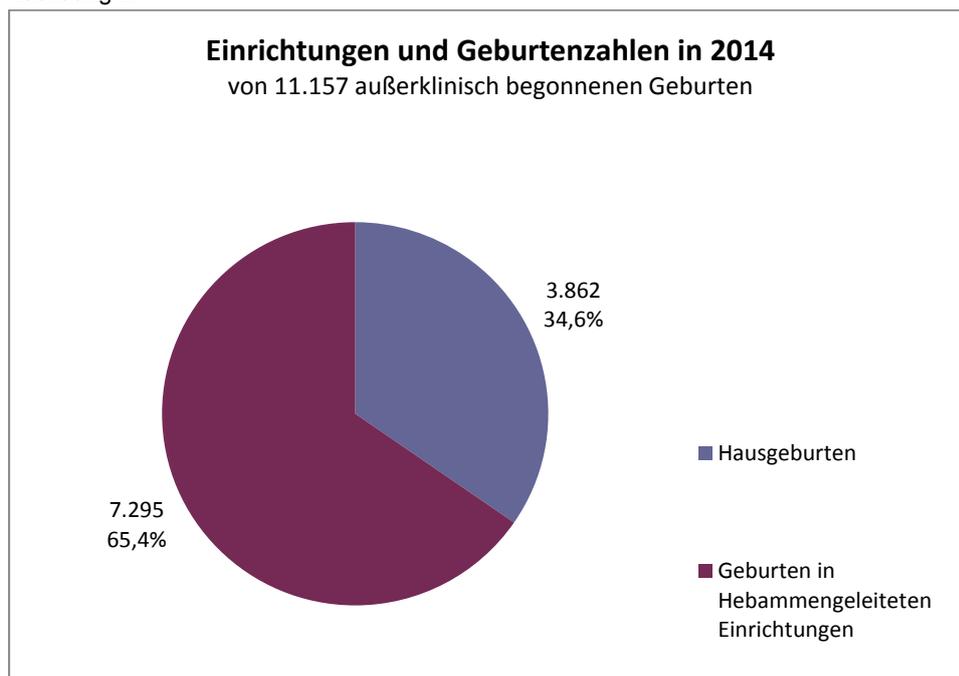
Einrichtungen im Verfahren	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammen (in der Hausgeburtshilfe)	398	76,4	408	76,8
Hebammengeleitete Einrichtungen	123	23,6	122	23,0
Ärztlich geleitete außerklinische Institution (Arztpraxis)	0	0,0	1	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>521</b>	<b>100,0</b>	<b>531</b>	<b>100,0</b>

Prozentangaben bezogen auf jeweilige Anzahl aller Einrichtungen des jeweiligen Jahrgangs

Trotz stetig abnehmender Anzahl von Hebammen mit Geburten im häuslichen Umfeld (2010 waren es noch 469), bleibt die Anzahl betreuter außerklinischer Geburten seit etwa 5 Jahren stabil (siehe Tabellen 1 und 2).

#### 3.2 Geburtenzahlen nach Teilnehmenden

Abbildung 2



### 3.3 Gruppierte Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen

#### Hebammen in der Hausgeburtshilfe gruppiert nach Geburtenzahlen

Tabelle 7 Hebammen in der Hausgeburtshilfe nach Anzahl der zu Hause beendeten Geburten / Jahr

Hebammen mit Anzahl Hausgeburten/ Jahr	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 Geburten	259	65,1	281	68,9
11-20 Geburten	91	22,9	87	21,3
21-30 Geburten	34	8,5	23	5,6
31 und mehr Geburten	14	3,5	17	4,2
<b>Gesamt</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>	<b>408</b>	<b>100,0</b>

Prozentzahlen beziehen sich auf alle Hebammen des jeweiligen Jahrgangs, die zu Hause beendete Geburten gemeldet haben, daher kann die Summe von der Angabe in Tabelle 6 abweichen.

#### Hebammengeleitete Einrichtungen gruppiert nach Geburtenzahlen

Tabelle 8 Hebammengeleitete Einrichtungen nach Anzahl der dort beendeten Geburten / Jahr

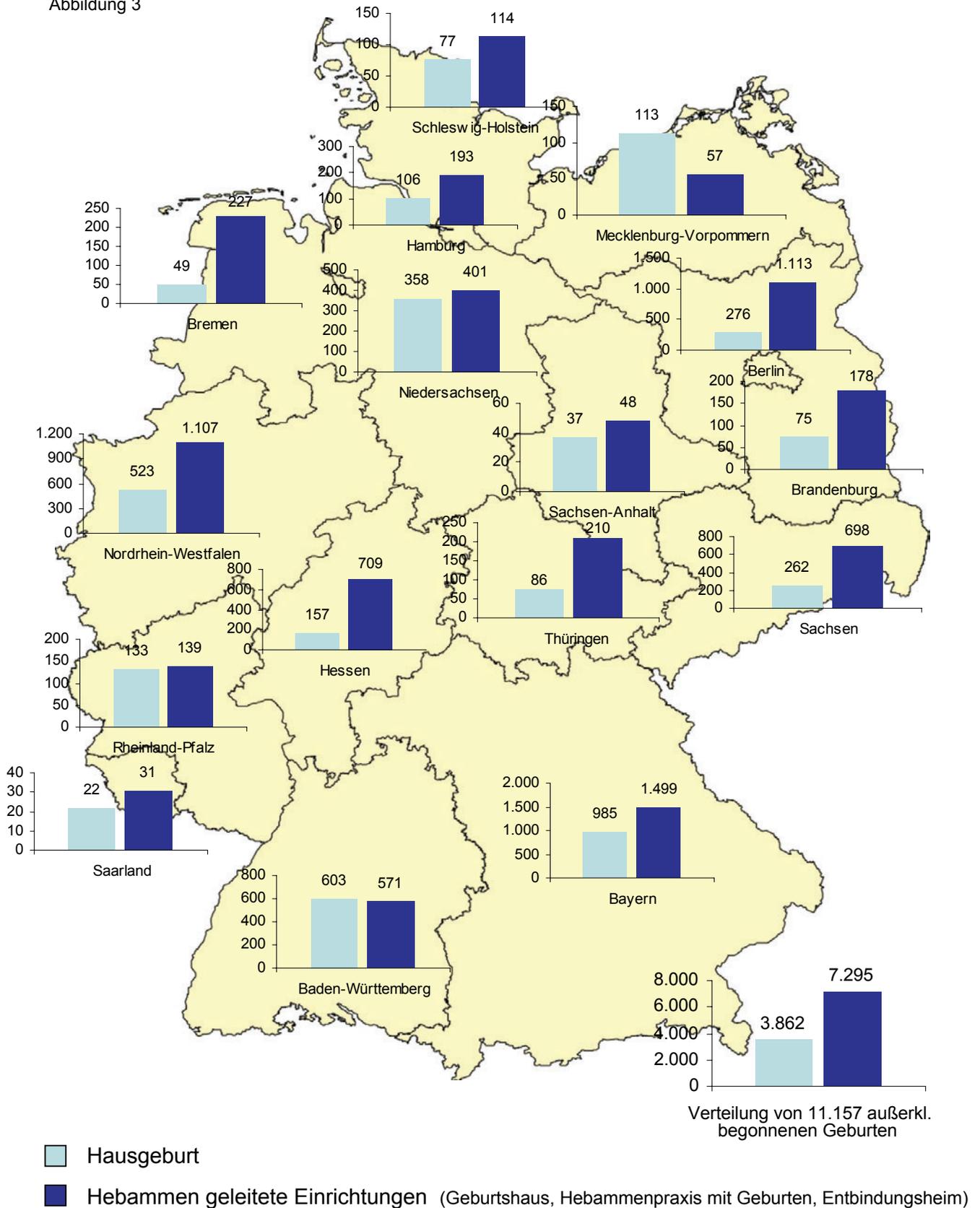
Hebammengeleitete Einrichtungen mit Anzahl Geburten/ Jahr	2014		2013	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent
bis 50 Geburten	70	56,9	65	57,8
51-100 Geburten	34	27,6	40	27,3
101-150 Geburten	10	8,1	11	9,4
151-200 Geburten	5	4,1	2	2,3
201 und mehr Geburten	4	3,3	4	3,1
<b>Gesamt</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>

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

### 3.4 Aus den Bundesländern

#### 3.4.1 Geburtenzahlen nach Einrichtung und Bundesland

Abbildung 3



Angaben beziehen sich auf die Anzahl der in der jeweiligen Einrichtung begonnenen Geburten im Jahr 2014

### 3.4.2 Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots

#### Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern

Tabelle 9 Verteilung der außerklinisch begonnenen Geburten auf die außerklinischen Einrichtungen in den Bundesländern 2014

Anzahl der Geburten nach Einrichtung Bundesland	Haus- geburten (HG) (Anzahl)	Hebammen- geleitete Einrichtung = HgE (Anzahl)	Gesamt Jahr 2014		Gesamt Jahr 2013	
			Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Baden-Württemberg	603	571	1174	10,5	1.161	11,0
Bayern	985	1499	2484	22,3	2.121	20,0
Berlin	276	1113	1389	12,4	1.398	13,2
Brandenburg	75	178	253	2,3	238	2,2
Bremen	49	227	276	2,5	284	2,7
Hamburg	106	193	299	2,7	330	3,1
Hessen	157	709	866	7,8	854	8,1
Mecklenburg-Vorpommern	113	57	170	1,5	154	1,5
Niedersachsen	358	401	759	6,8	719	6,8
Nordrhein-Westfalen	523	1107	1630	14,6	1.579	14,9
Rheinland-Pfalz	133	139	272	2,4	252	2,4
Saarland	22	31	53	0,5	38	0,4
Sachsen-Anhalt	37	48	85	0,8	109	1,0
Sachsen	262	698	960	8,6	962	9,1
Schleswig-Holstein	77	114	191	1,7	165	1,6
Thüringen	86	210	296	2,7	236	2,2
<b>Gesamt</b>	<b>3.862</b>	<b>7.295</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Anzahl der Geburten (Aufteilung nach Hausgeburten und hebammengeleiteten Einrichtungen) nach Bundesländern. Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtgeburtenszahl des Jahrgangs.

## 4 Angaben zu den betreuten Frauen

Im Jahr 2014 liegt der Anteil der Erstgebärenden bei 39,8%. Der Anteil der Erstgebärenden im Alter von 35 bis 39 Jahren beträgt 5,9% aller 11.157 Schwangeren (siehe Abbildung 4).

Die Selbstbestimmung (78,1%) sowie die vertraute Hebamme (76,5%) sind die entscheidenden Motivationen der Schwangeren für eine außerklinische Geburt (siehe Abbildung 5). Insgesamt 68,0% der Frauen sind in der Schwangerschaft berufstätig (siehe Abbildung 6).

### 4.1 Geburtenrang und Alter der Frauen

Tabelle 10 Geburtenrang der Frauen / Jahr

Parität	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	4.440	39,8	4.433	41,8
Zweitgebärende	4.185	37,5	3.750	35,4
Dritt- und Mehrgebärende	2.532	22,7	2.417	22,8
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

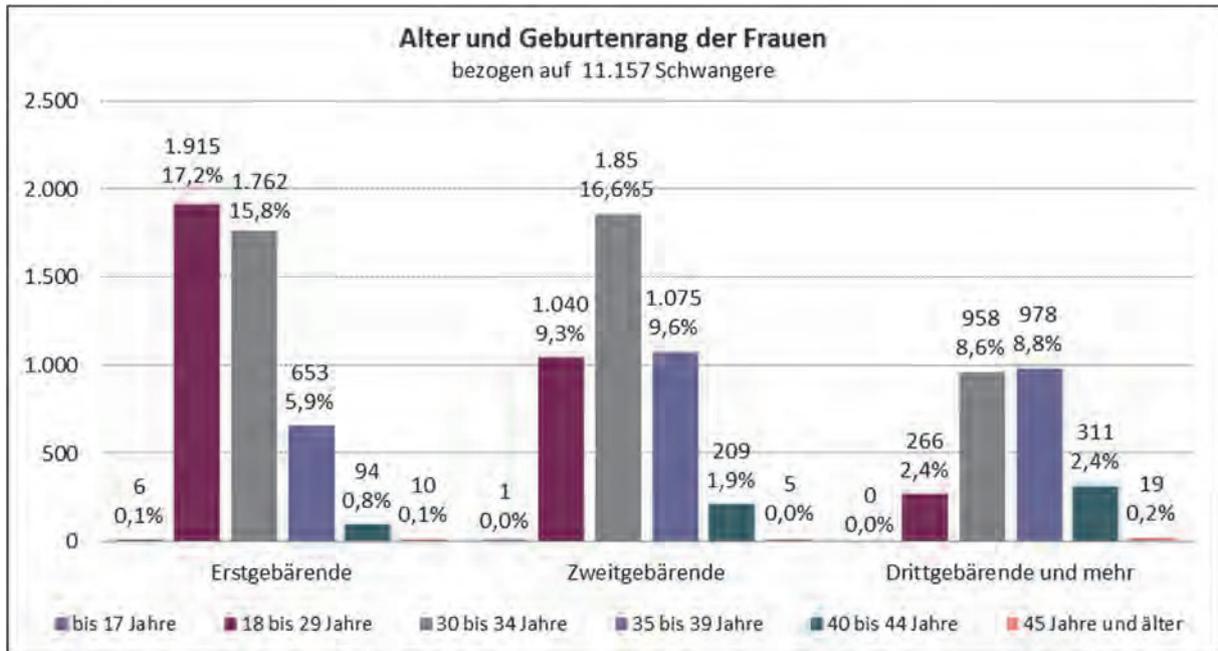
Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 11 Geburtenrang der Frauen nach Einrichtung

Parität	Hausgeburt		Hebammengeleitete Einrichtung	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	1.002	25,9	3.438	47,1
Zweitgebärende	1.507	39,0	2.678	36,7
Dritt- und Mehrgebärende	1.353	35,0	1.179	16,2
<b>Gesamt</b>	<b>3.862</b>	<b>100,0</b>	<b>7.295</b>	<b>100,0</b>

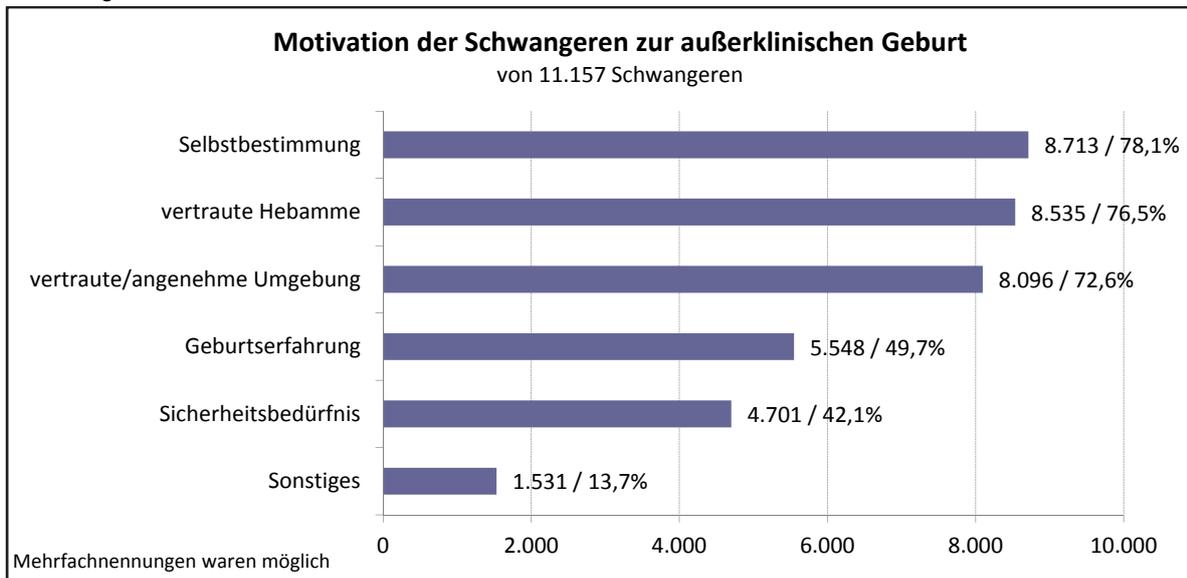
Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge an Geburten der jeweiligen Einrichtungen

Abbildung 4



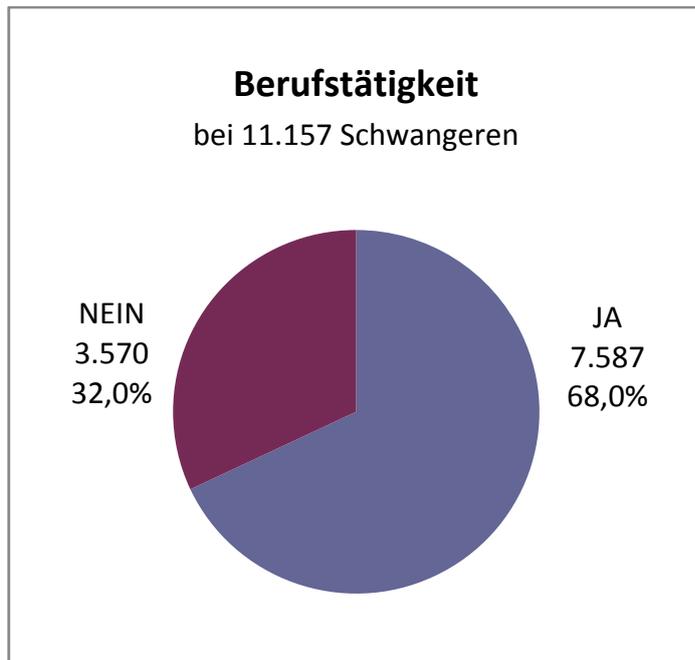
## 4.2 Motivation der Frauen

Abbildung 5



### 4.3 Berufstätigkeit in der Schwangerschaft

Abbildung 6



## 5 Betreuung in der Schwangerschaft

### Schwangerschaft

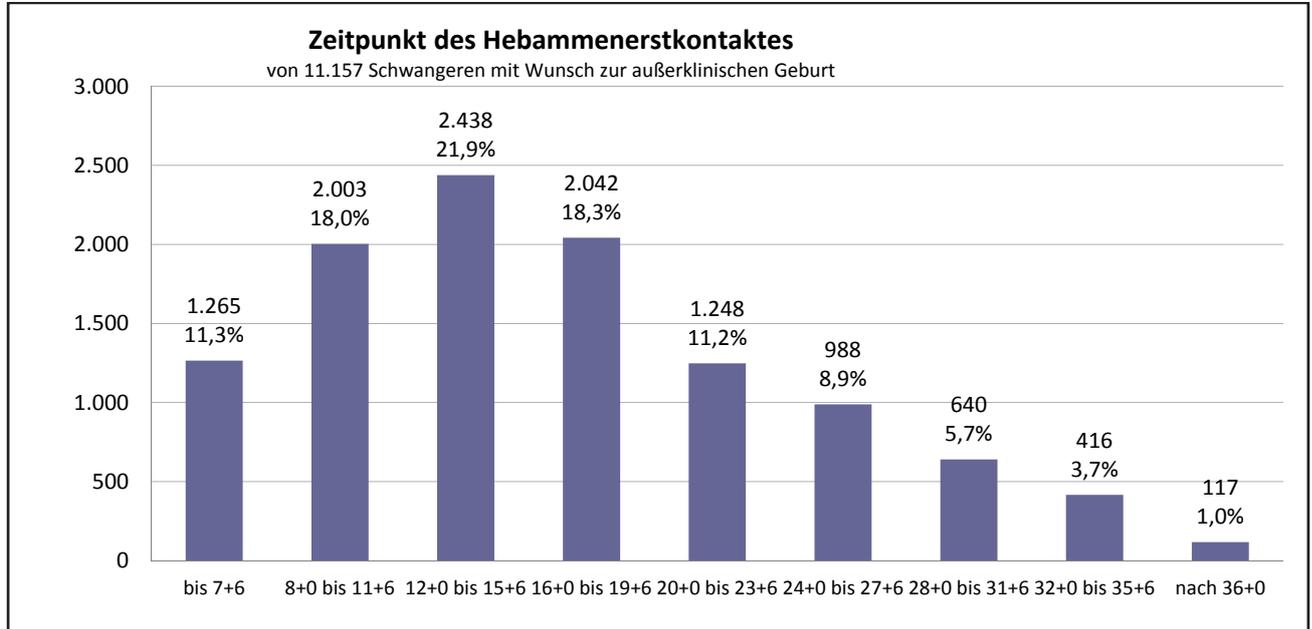
Die meisten Schwangeren kontaktieren ihre Hebamme vor 28 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen, am häufigsten (21,9%) zwischen 12 und 15 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen (siehe Abbildung 7). Fast alle Schwangeren (99,9%) gehen zur Vorsorgeuntersuchung (sei sie ärztlicherseits oder von Hebammen angeboten), wie Tabelle 13 zeigt. Vorsorgeuntersuchungen werden zu 92,1% auch bei Hebammen wahrgenommen (siehe Tabelle 15). Fast alle Schwangeren (98,8%) lassen mindestens eine Ultraschalluntersuchung durchführen (siehe Tabelle 16).

Genau 92,2% der Schwangeren können von ihren Voraussetzungen aus (keine Befunde nach Katalog B) mit einer normalen Geburt rechnen (siehe Abbildung 13). Viele der einzelnen Einträge, die auf eine problematische Geburt schließen lassen, liegen jeweils unter der Einprozentmarke (siehe Tabellen 22 und 24). Zu beachten ist, dass innerhalb der Befunde nach Katalog A die Adipositas bei 5,04% und die besondere psychische Belastung bei 5,02% liegen und es sich somit nicht ausschließlich um sogenannte low-risk Schwangere handelt (siehe Tabelle 19). Einen BMI von 25 bis 29 weisen 18,3% aller Schwangeren auf, 5,9% aller Schwangeren liegen mit dem BMI über 30, allerdings auch 14,2% unter 20 (siehe Tabelle 20).

## 5.1 Kontakt zur Hebamme

### Erstkontakt

Abbildung 7



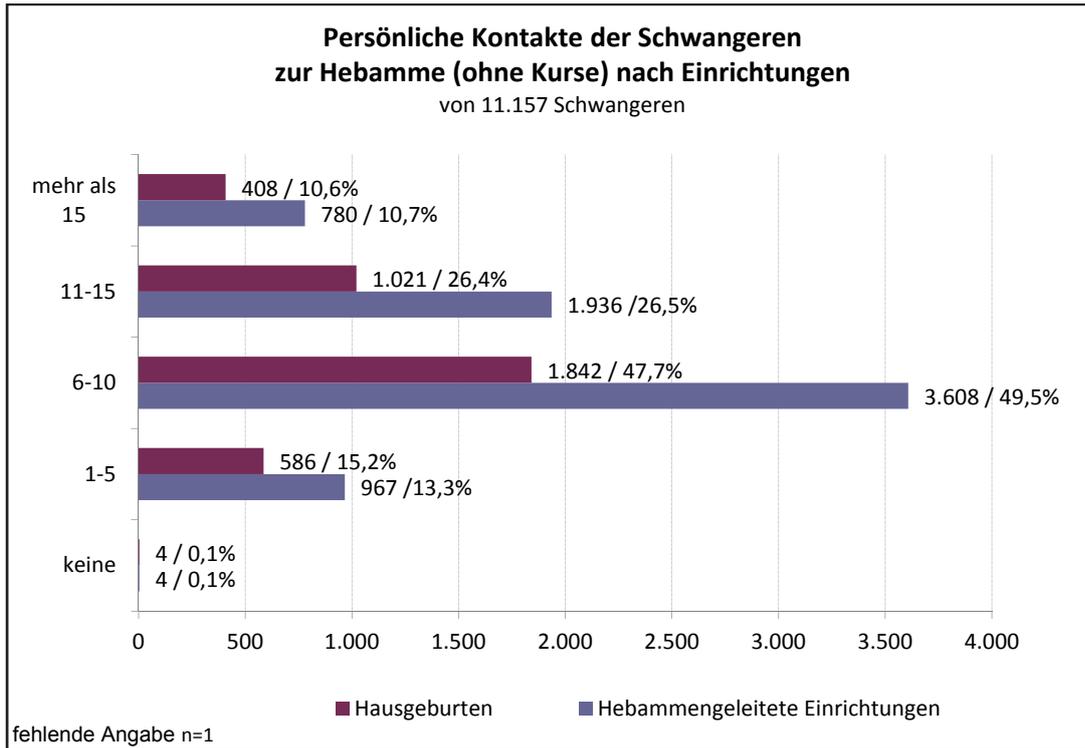
### Anzahl persönlicher Kontakte

Tabelle 12 Anzahl persönlicher Kontakte der Schwangeren zur Hebamme (ohne Kurse und Telefonate) / Jahr

Anzahl der persönlichen Kontakte	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	8	0,1	9	0,1
1-5	1.553	13,9	1.446	13,6
6-10	5.450	48,8	5.298	50,0
11-15	2.957	26,5	2.758	26,0
mehr als 15	1.188	10,6	1.088	10,3
Keine Angaben	1	0,0	1	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 8



## 5.2 Rat und Hilfe in der Schwangerschaft

Tabelle 13 Schwangere mit Vorsorgeuntersuchungen gruppiert / Jahr

Anzahl der Schwangeren- vorsorgeuntersuchungen (inklusive ärztlicher Untersuchungen)	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine	8	0,1	38	0,4
Kleiner gleich 4	72	0,6	69	0,7
5-7	254	2,3	272	2,6
8-11	4.459	40,0	4.310	40,7
Größer gleich 12	6.364	57,0	5.911	55,8
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Abbildung 9

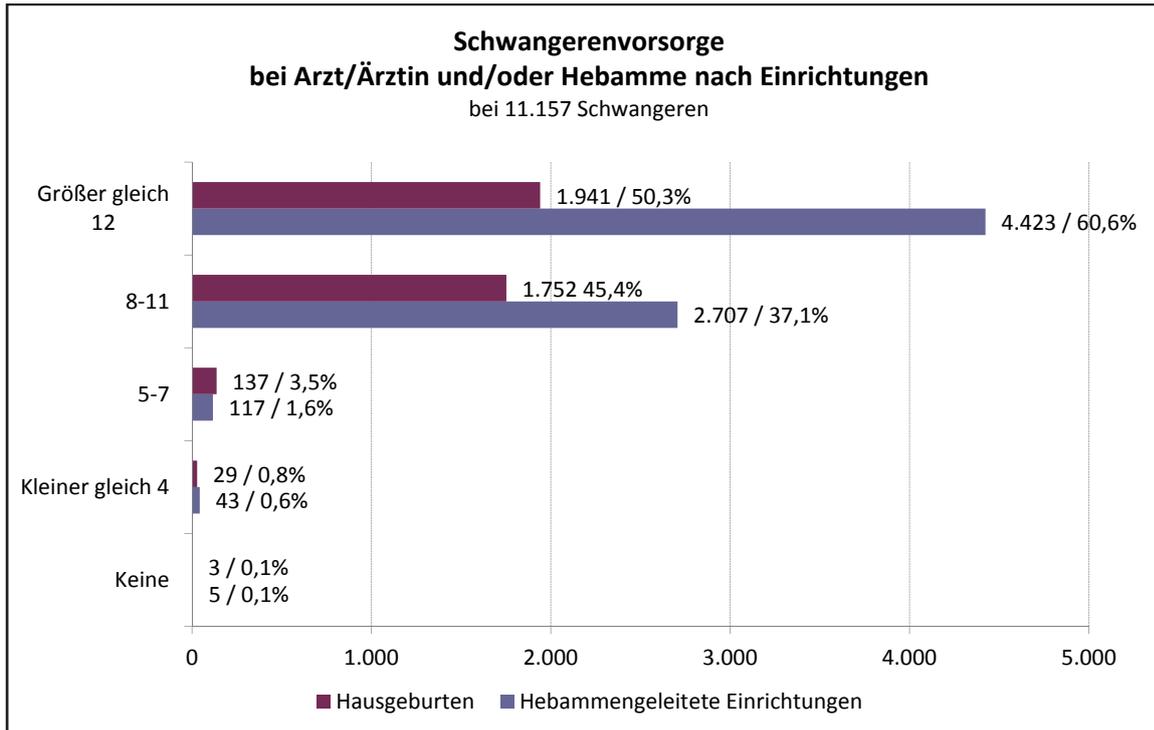


Tabelle 14 Vorsorgeuntersuchung (Verteilung) / Jahr

Vorsorgeuntersuchung (Verteilung)	2014	2013
	Wert	Wert
Maximum	30	30
Median	12	12
Minimum	0	0
Mittelwert	12,2	12,1
<b>Modal</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Tabelle 15 Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme / Jahr

Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammenvorsorge - Ja	10.281	92,1	9.717	91,7
Hebammenvorsorge - Nein	876	7,9	882	8,3
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.599</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Abbildung 10

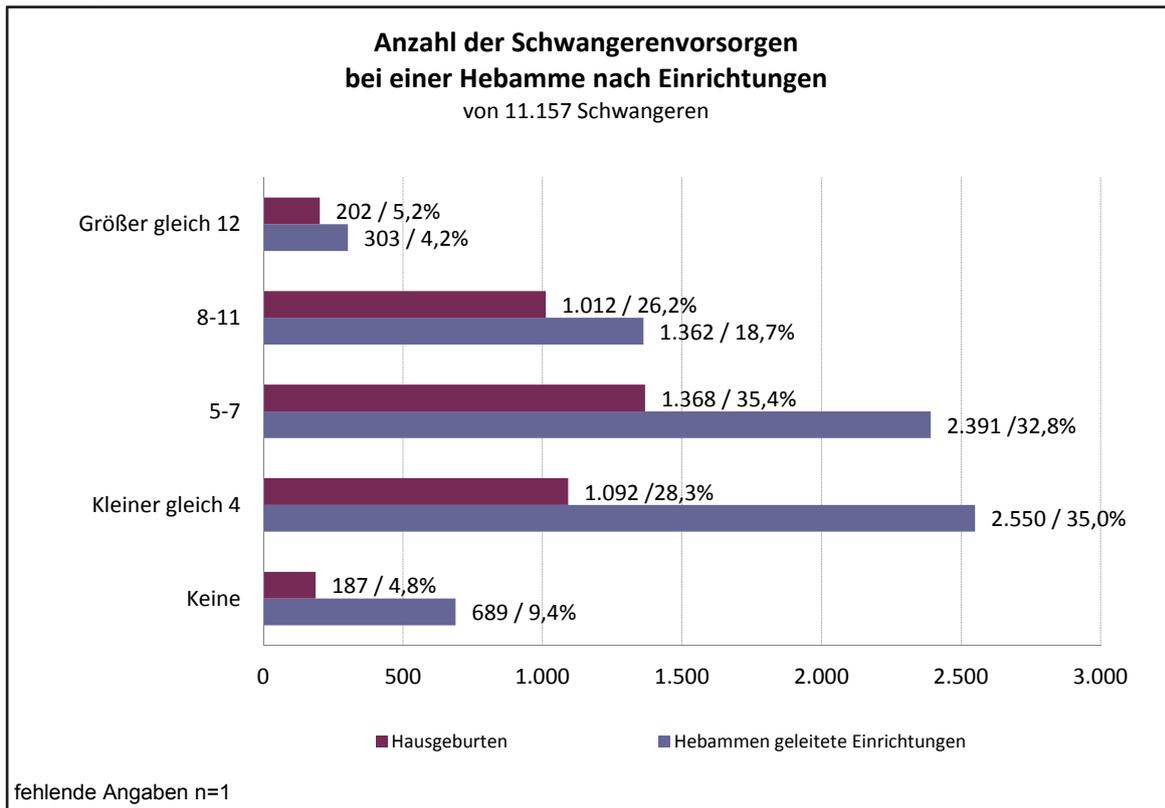


Tabelle 16 Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft / Jahr

Anzahl Ultraschalluntersuchung	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	132	1,2	131	1,2
kleiner gleich 4	7.850	70,4	7.299	68,9
5-7	2.553	22,9	2.529	23,9
8-11	523	4,7	550	5,2
größer gleich 12	99	0,9	91	0,9
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 17 Anzahl der Ultraschalluntersuchungen nach Einrichtungen

Ultraschall- untersuchungen	Ja		Nein		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hausgeburten	3.488	97,7	81	2,3	3.862	34,6
HgE	6.971	99,3	50	0,7	7.295	65,4
<b>Gesamt</b>	<b>10.469</b>	<b>98,8</b>	<b>131</b>	<b>1,2</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten nach Einrichtungen und des Jahrgangs

### 5.3 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft

Abbildung 11

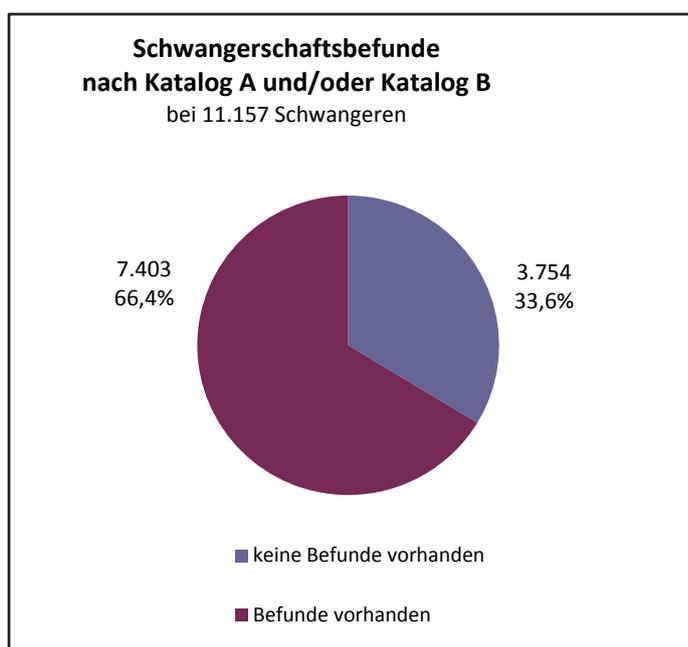


Tabelle 18 Schwangerschaftsbefunde / Jahr

Schwangerschaftsbefunde	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Befunde	3.754	33,6	3.556	33,5
Nur nach Katalog A	6.535	58,6	6.152	58,0
Nur nach Katalog B	245	2,2	238	2,2
nach Katalog A und B	623	5,6	654	6,2
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 12

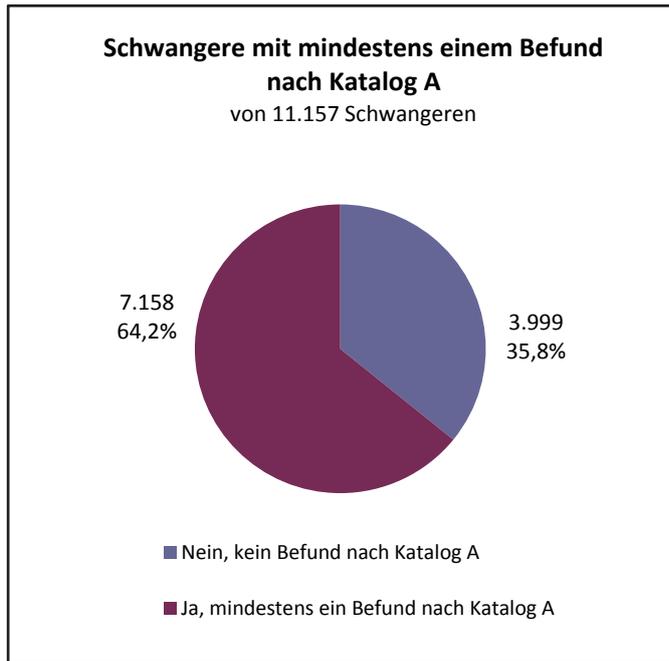


Tabelle 19 Die sieben häufigsten anamnestischen Befunde (nach Katalog A)

Befunde nach Katalog A nach Häufigkeit (die sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische oder psychische Krankheiten)	1	2.516	22,55	1	2.462	23,23
A14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)	2	2.349	21,05	3	2.262	21,34
A04 Allergie	3	2.347	21,04	2	2.298	21,68
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	4	1.216	10,90	4	1.132	10,68
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	5	643	5,76	7	547	5,16
A10 Adipositas	6	562	5,04	6	562	5,30
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)(648.4)	7	560	5,02	5	568	5,36

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 20 BMI zu Beginn der Schwangerschaft (errechnet aus den Angaben der Schwangeren bzw. der Messung bei der ersten Vorsorgeuntersuchung)

BMI	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unter 20	1.584	14,2	1.416	13,4
21 bis 24	5.530	49,6	5.317	50,2
25 bis 29	2.039	18,3	1.915	18,1
30 und mehr	659	5,9	617	5,8
Angaben nicht auswertbar	0	0,0	13	0,1
keine Angaben	1.345	12,1	1.322	12,5
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Schwangeren des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 21 Zustand nach Sectio (Katalog A23) bei > I Para

Zustand nach Sectio gemäß Parität	2014						2013
	Ja		Nein		Gesamt		Ja
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent
Zweitgebärende	420	10,0	3.765	90,0	4.185	100,0	9,2
Drittgebärende	140	8,0	1.610	92,0	1.750	100,0	8,4
Viert- und Mehrgebärende	83	10,6	699	89,4	782	100,0	8,3
<b>Gesamt</b>	<b>643</b>	<b>9,6</b>	<b>6.074</b>	<b>90,4</b>	<b>6.717</b>	<b>100,0</b>	<b>8,9</b>

Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Geburten der jeweiligen Parität

Tabelle 22 Anamnestische Befunde (nach Katalog A)/ Jahr

Befunde nach Katalog A nach Katalognummer	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische oder psychische Krankheiten)	2.516	22,55	2462	23,23
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	1.216	10,90	1132	10,68
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	138	1,24	156	1,47
A04 Allergie	2.347	21,04	2298	21,68
A05 Frühere Bluttransfusionen	78	0,70	67	0,63
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)(648.4)	560	5,02	568	5,36
A07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftl. Probleme)(648.9)	173	1,55	143	1,35
A08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgeg. SS)(656.1)	23	0,21	20	0,19
A09 Diabetesmellitus (648.0)	24	0,22	16	0,15
A10 Adipositas	562	5,04	562	5,30
A11 Kleinwuchs	111	0,99	94	0,89
A12 Skelettanomalien	272	2,44	238	2,25
A13 Schwangere unter 18 Jahren	7	0,06	6	0,06
A14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)	2.349	21,05	2262	21,34
A15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	263	2,36	217	2,05
A16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung	131	1,17	140	1,32
A17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	143	1,28	131	1,24
A18 Zustand nach Mangelgeburt	37	0,33	39	0,37
A19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	394	3,53	382	3,60
A20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	117	1,05	118	1,11
A21 Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	505	4,53	475	4,48
A22 Komplikationen post partum	116	1,04	122	1,15
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	643	5,76	547	5,16
A24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)	235	2,11	216	2,04
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	289	2,59	271	2,56
A26 Andere Besonderheiten	393	3,52	365	3,44
A54 Zustand nach HELLP	7	0,06	6	0,06
A55 Zustand nach Eklampsie	4	0,04	2	0,02
A56 Zustand nach Hypertonie	8	0,07	11	0,10

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 13

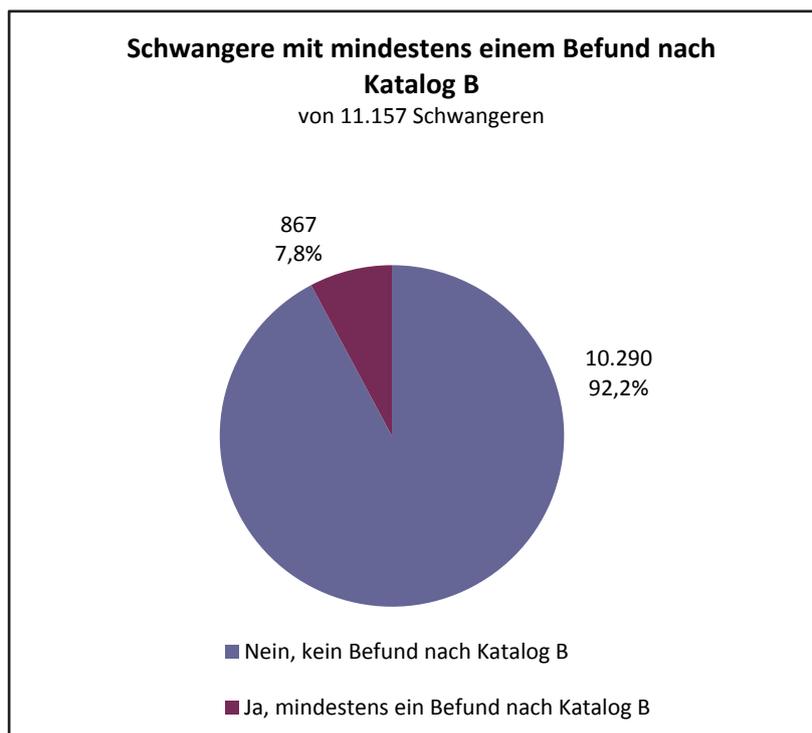


Tabelle 23 Die sieben häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B

Befunde nach Katalog B nach Häufigkeit (die sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
B52 Andere Besonderheiten (646.9)	1	164	1,47	1	162	1,53
B28 Dauermedikation	2	113	1,01	2	113	1,07
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)	3	88	0,79	3	101	0,95
B38 Terminunklarheit (646.9)	4	82	0,73	4	88	0,83
B32 Blutungen vor der 28. SSW (640.-)	5	80	0,72	5	82	0,77
B50 Gestationsdiabetes (648.0)	6	68	0,61			
B42 Anämie (648.2)	7	62	0,56			
B30 Besondere psychische Belastung (648.4)				7	69	0,65
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-)				6	72	0,68

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs.

Tabelle 24 Schwangerschaftsbefunde (nach Katalog B) für diese Schwangerschaft / Jahr

Befunde nach Katalog B nach Katalognummer	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-)	57	0,51	72	0,68
B28 Dauermedikation	113	1,01	113	1,07
B29 Abusus (648.-)	48	0,43	50	0,47
B30 Besondere psychische Belastung (648.4)	54	0,48	69	0,65
B31 Besondere soziale Belastung (648.9)	21	0,19	17	0,16
B32 Blutungen vor der 28. SSW (640.-)	80	0,72	82	0,77
B33 Blutungen nach der 28. SSW (641.-)	14	0,13	8	0,08
B34 Placenta praevia (641.-)	3	0,03	3	0,03
B35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	1	0,01
B36 Hydramnion (657)	10	0,09	4	0,04
B37 Oligohydramnie (658.0)	12	0,11	7	0,07
B38 Terminunklarheit (646.9)	82	0,73	88	0,83
B39 Placenta-Insuffizienz (656.5)	6	0,05	6	0,06
B40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)	36	0,32	29	0,27
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)	88	0,79	101	0,95
B42 Anämie (648.2)	62	0,56	58	0,55
B43 Harnwegsinfektion (646.6)	30	0,27	15	0,14
B44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)	1	0,01	0	0,00
B45 Risiko aus anderen serologischen Befunden	23	0,21	29	0,27
B46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-)	18	0,16	20	0,19
B47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l)	5	0,04	3	0,03
B48 Mittelgradige - schwere Ödeme (646.1)	9	0,08	13	0,12
B49 Hypotonie (669.2)	5	0,04	7	0,07
B50 Gestationsdiabetes (648.0)	68	0,61	59	0,56
B51 Lageanomalie (652.-)	13	0,12	14	0,13
B52 Andere Besonderheiten (646.9)	164	1,47	162	1,53
B53 Hyperemesis	29	0,26	35	0,33

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs.

## 6 Geburt

Insgesamt weisen 31,7% aller 9.294 Frauen, die ihre Geburt außerklinisch beenden, keinerlei Befunde laut Katalog C auf (siehe Tabelle 31).

Keinerlei Intervention während der Geburt (wie frühe Eröffnung der Fruchtblase, Medikamentengaben inklusive Homöopathie, Massagen und Akupunktur bzw. -pressur oder Dammschnitt) erfahren 36,0% aller Gebärenden. Mäßige Interventionen, die sich auf Naturheilkunde, Massagen und Akupunktur bzw. -pressur beziehen, bekommen 23,5% der 11.157 Frauen, wie aus Tabelle 38 ersichtlich wird.

Von allen 11.157 außerklinisch begonnenen Geburten enden 90,5% als Spontan-geburten und 2,7% mit Zange oder Saugglocke, somit 93,2% auf vaginalem Weg (wie aus Tabelle 50 ersichtlich wird).

Die bevorzugten Gebärhaltungen sind der Vierfüßlerstand sowie aufrecht hockend, sitzend oder auf dem Gebärhocker. Lediglich 5,6% aller 9.294 Frauen mit vaginal außerklinisch beendeter Geburt gebären in der Rückenlage (Abbildung 23).

Insgesamt 45,4% der 10.403 Frauen mit vaginaler Geburt haben keine Geburtsverletzung (einschließlich Episiotomie), wie in Tabelle 52 dokumentiert. Insgesamt 4,8% aller Gebärenden mit vaginaler Geburt erhalten einen Dammschnitt. Der Anteil an Dammrissen (DR) I° liegt bei 18,5%, an DR II° bei 17,2% und die Rate der DR III oder IV° bei 1,2% aller Gebärenden mit vaginaler Geburt (Tabelle 53). Allerdings sind diese Angaben entscheidend von der Parität abhängig.

Da auch die subpartale Verlegungsrate stark von der Parität abhängt, wird in Tabelle 42 die Verlegungsrate für die Hausgeburten (71,4% aller Erstgebärenden und 94,4% aller Mehrgebärenden werden nicht verlegt) und in Tabelle 43 für die HgE Geburten nach Parität (67,9% aller Erstgebärenden und 91,9% aller Mehrgebärenden werden nicht verlegt) differenziert dargestellt. Bei 88,4% aller 1.865 Verlegungen während der Geburt wird ein kurzer Transportweg von bis zu 10 km zurückgelegt (Tabelle 47). Abbildung 16 zeigt, dass innerhalb einer halben Stunde knapp 78% aller Verlegungen abgeschlossen sind. Innerhalb einer Stunde nach Ankunft in der Klinik sind 88,5% aller 1.865 subpartal verlegten Kinder geboren (Tabelle 48). Einen Kaiserschnitt erhalten 40,0% der 1.865 verlegten Gebärenden (Tabelle 49). Bezogen auf alle Geburten liegt die Kaiserschnitttrate bei 6,8%, wie aus Tabelle 50 hervorgeht. Im Jahr 2011 haben 9% aller Zweitgebärenden nach einem direkt vorausgegangen abdominal-operativen Geburtsmodus außerklinisch geboren, in den Jahren 2012 sowie 2013 sind es jeweils 9,2% und 2014 genau 10% (nicht in einer Tabelle dargestellt).

## 6.1 Überblick zum Geburtsort und zur Geburtsdauer

Tabelle 25 Verlegung nach Parität

Subpartale Verlegung aller betreuten Geburten	Erstgebärende		Mehrgebärende		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	nicht verlegt	3.049	68,7	6.243	92,9	9.292	83,3	8.804
verlegt	1.391	31,3	474	7,1	1.865	16,7	1.796	16,9
davon Geburt auf Transport	2	0,05	0	0	2	0,02	2	0,02
<b>Gesamt</b>	<b>4.440</b>	<b>100,0</b>	<b>6.717</b>	<b>100,0</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten nach Parität sowie auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 26 Geburtsdauer / Jahr

Dauer von Geburtsbeginn bis Geburt des Kindes	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unter 3 Stunden	1.433	12,8	1.290	12,2
3 bis unter 6 Std.	2.765	24,8	2.667	25,2
6 bis unter 9 Std.	2.095	18,8	1.998	18,8
9 bis unter 12 Std.	1.354	12,1	1.341	12,7
12 bis unter 15 Std.	925	8,3	881	8,3
15 bis unter 18 Std.	639	5,7	629	5,9
18 bis unter 21 Std.	486	4,4	463	4,4
21 bis unter 24 Std.	305	2,7	315	3,0
über 24 Std.	950	8,5	835	7,9
keine Angaben bzgl. Zeilen	205	1,8	181	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

## 6.2 Hebammenbetreuung

### 6.2.1 Betreuungszeit

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

Tabelle 27 Dauer der Anwesenheit der Hebamme bis zur Geburt

Dauer der Anwesenheit der Hebamme bis zur Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent
bis 1 Std.	1.479	13,3	1.308	12,7
1 bis 3 Std.	3.212	28,8	3.057	27,7
3 bis 5 Std.	2.081	18,7	1.945	18,8
5 bis 10 Std.	2.240	20,1	2.206	21,3
10 bis 24 Std.	1.639	14,7	1.633	15,3
über 24 Std.	215	1,9	201	2,0
Eintreffen zur Geburt	73	0,7	62	0,6
Eintreffen nach der Geburt	218	2,0	188	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

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 bei langen Betreuungszeiten gegenseitig ablösen können.

Tabelle 28 Adäquate Betreuungszeit während der Geburt / Jahr

Kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme bis zur Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Betreuungszeit (zwischen 1 bis 24 Stunden)	9172	82,2	8.841	83,0
Betreuungszeit (< 1 Stunde, > 24 Stunden)	1985	17,8	1.759	17,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

## 6.2.2 Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinisch begonnenen Geburt

Abbildung 14

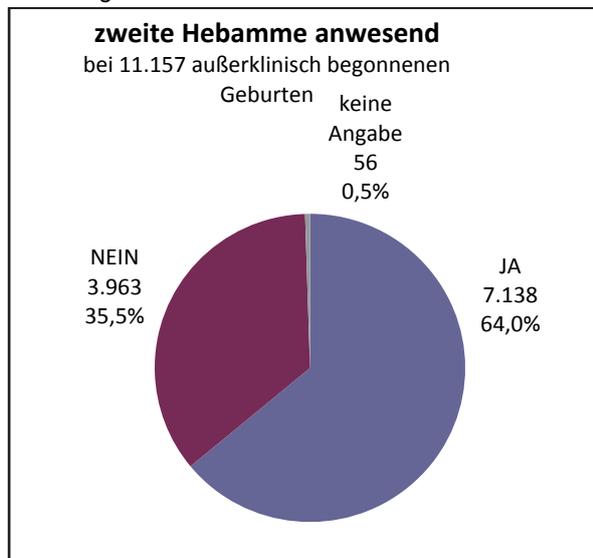


Abbildung 15

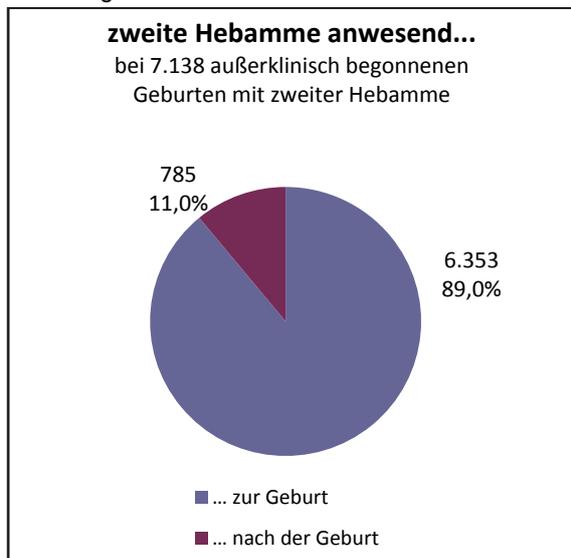


Tabelle 29 Anwesende bei der Geburt

Anwesende bei der Geburt	Geburt akl. beendet		Geburt s. p. verlegt		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Erste Hebamme ist <u>vor</u> der Geburt eingetroffen</b>	<b>9.004</b>	<b>80,7</b>	<b>1.862</b>	<b>16,7</b>	<b>10.866</b>	<b>97,4</b>
davon						
2. Hebamme anwesend	422	3,8	25	0,2	447	4,0
2. Hebamme und Arzt anwesend	42	0,4	15	0,1	57	0,5
2. Hebamme und weitere Personen anwesend	5.717	51,2	450	4,0	6.167	55,3
2. Hebamme, Arzt und weitere Personen anwesend	207	1,9	251	2,2	458	4,1
Arzt anwesend	185	1,7	11	0,1	196	1,8
Arzt und weitere Personen anwesend	182	1,6	357	3,2	539	4,8
Nur weitere Personen anwesend	2.357	21,1	609	5,5	2.966	26,6
Geburt ohne Anwesenheit weiterer Personen	180	1,6	58	0,5	238	2,1
<b>Eintreffen erster Hebamme <u>zur</u> oder <u>nach</u> Geburt</b>	<b>288</b>	<b>2,6</b>	<b>3</b>	<b>0,0</b>	<b>291</b>	<b>2,6</b>
fehlende Angaben	0	0	89	0,8	89	0,8

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

### 6.3 Dokumentierte Geburtsbefunde

Tabelle 30 Geburtsbefunde – Anzahl / Jahr

Anzahl der Geburtsrisiken nach Katalog C	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Befunde	2.961	26,5	2.738	25,8
1 Befund	5.076	45,5	4.949	46,7
2 Befunde	2.228	20,0	2.110	19,9
3 und mehr Befunde	892	8,0	803	7,6
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Tabelle 31 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	6.352	68,3	1.844	99,0	8.196	73,5
Kein Geburtsbefund	2.942	31,7	19	1,0	2961	26,5
<b>Gesamt</b>	<b>9.294</b>	<b>100,0</b>	<b>1.863</b>	<b>100,0</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf die Geburten nach tatsächlichem Geburtsort

Tabelle 32 Dokumentierte Befunde nach Katalog A, B und Katalog C

Befunde nach Katalog A bzw. B vorhanden	Geburtsbefund nach Katalog C					
	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Befund (weder Katalog A noch B)	1.173	10,5	2.581	23,1	3.754	33,6
Nur Befunde nach Katalog A	1.587	14,2	4.948	44,3	6.535	58,6
Nur Befunde nach Katalog B	75	0,7	170	1,5	245	2,2
Befunde nach Katalog A und B	126	1,1	497	4,5	623	5,6
<b>Gesamt</b>	<b>2.961</b>	<b>26,5</b>	<b>8.196</b>	<b>73,5</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

## 6.4 Geburtsbefunde und Hauptverlegungsgründe nach Katalog C

Tabelle 33 Die sieben häufigsten Geburtsbefunde nach Katalog C

Befunde nach Katalog C (die sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
C61 Überschreitung des Termins (645)	1	5.715	51,22	1	5.486	51,75
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2	2.283	20,46	2	2.186	20,62
C82 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der EP (662.0)	3	1.018	9,12	3	955	9,01
C69 Zust. nach Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	4	851	7,63	4	747	7,05
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	5	595	5,33	5	571	5,39
C83 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der AP (662.2)	6	477	4,28	6	470	4,43
C77 Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindl. HT	7	376	3,37	7	346	3,26

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 34 Die sieben häufigsten Hauptverlegungsgründe während der Geburt nach Katalog C

Hauptverlegungsgründe nach Katalog C (die sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
C82 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der EP (662.0)	1	786	42,1	1	719	40,0
C83 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der AP (662.2)	2	286	15,3	2	257	14,3
C77 Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindl. HT	3	232	12,4	3	228	12,7
E100 Auf Wunsch der Mutter	4	128	6,9	4	134	7,5
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	5	121	6,5	5	119	6,6
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	6	50	2,7	6	62	3,5
C92 Hoher Geradstand (652.5)	7	38	2,0	7	39	2,2

Prozentangaben bezogen auf alle Verlegungen des jeweiligen Jahrgangs, Mehrfachnennungen nicht möglich

Tabelle 35 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C	Befund		Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2014					
			in Ruhe		in Eile		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2.283	20,46	121	7,0	0	0,0	121	6,5
C61 Überschreitung des Termins (645)	5.715	51,22	8	0,5	0	0,0	8	0,4
C62 Mißbildung (655)	7	0,06	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C63 Frühgeburt (644.1)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Vd. auf) (656.5)	20	0,18	1	0,1	1	0,7	2	0,1
C66 Gestose/Eklampsie (642.5)	17	0,15	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C67 RH-Inkompatibilität (656.1)	30	0,27	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C68 Diabetesmellitus (648.0)	24	0,22	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C69 Zust. n. Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	851	7,63	15	0,9	2	1,5	17	0,9
C70 Plazentapraevia (641.-)	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)	14	0,13	1	0,1	5	3,7	6	0,3
C72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)	33	0,30	5	0,3	2	1,5	7	0,4
C73 Amnion-Infektionssyndr. (Vd. auf) (658.4)	29	0,26	19	1,1	0	0,0	19	1,0
C74 Fieber unter der Geburt (659.2)	11	0,10	5	0,3	0	0,0	5	0,3
C75 Mütterliche Erkrankung (648.-)	62	0,56	7	0,4	1	0,7	8	0,4
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	42	0,38	16	0,9	0	0,0	16	0,9
C77 Path. CTG oder auskult schlechte kindl. HT	376	3,37	151	8,7	81	60,0	232	12,4
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	595	5,33	48	2,8	2	1,5	50	2,7
C79 Azidose während der Geburt (656.3)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C80 Nabelschnurvorfal (663.0)	2	0,02	0	0,0	1	0,7	1	0,1
C81 Verdacht auf sonst. NS-Komplikationen (663.9)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C82 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der EP (662.0)	1.018	9,12	774	44,7	12	8,9	786	42,1
C83 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der AP (662.2)	477	4,28	271	15,7	15	11,1	286	15,3
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4)	47	0,42	17	1,0	1	0,7	18	1,0
C85 Droh./erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)	6	0,05	3	0,2	1	0,7	4	0,2
C86 Querlage/Schräglage (652.2)	6	0,05	6	0,3	0	0,0	6	0,3
C87 Beckenendlage (652.3)	44	0,39	19	1,1	7	5,2	26	1,4
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	83	0,74	10	0,6	0	0,0	10	0,5
C89 Vorderhauptslage (652.5)	32	0,29	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)	11	0,10	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C91 Tiefer Querstand (660.3)	23	0,21	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C92 Hoher Geradstand (652.5)	126	1,13	37	2,1	1	0,7	38	2,0
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	112	1,00	21	1,2	0	0,0	21	1,1
C94 Sonstiges	142	1,27	18	1,0	1	0,7	19	1,0
C95 HELLP	2	0,02	1	0,1	0	0,0	1	0,1
C96 intrauteriner Fruchttod (656.4)	4	0,04	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C97 pathologischer Dopplerbefund	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C98 Schulterdystokie	41	0,37	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E100 Auf Wunsch der Mutter	-	-	128	7,4	0	0,0	128	6,9
<b>Gesamt</b>			<b>1.730</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>

Prozentangaben für Geburtsbefunde (Mehrfachnennungen möglich) bezogen auf n= 11.157 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2014). Prozentangaben für Hauptverlegungsgründe bezogen auf die jeweilige Verlegungsart, keine Mehrfachnennung möglich. Zur Terminüberschreitung: Eintrag schon ab einem Tag nach Entbindungstermin.

Die zweihäufigsten Befunde der obigen Tabelle sollen genauer betrachtet werden: die Terminüberschreitung und der vorzeitige Blasensprung.

### Terminüberschreitung

Die folgende Tabelle zeigt, dass lediglich 214 Schwangere oder 2,1% aller Schwangeren rechnerisch von einer echten Übertragung (42 Wochen und mehr) betroffen waren.

Tabelle 36 Schwangerschaftsalter in Wochen / Jahr

Schwangerschaftsdauer	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< vollendete 35 Wochen	10	0,1	13	0,1
36+-0 bis 36+6	63	0,6	70	0,7
37+-0 bis 39+6	4.719	42,3	4.413	41,6
40+-0 bis 40+6	3.991	35,8	3.796	35,8
41+-0 bis 41+6	2.148	19,3	2.094	19,8
42+-0 bis 42+6	208	1,9	198	1,9
43+-0 bis 43+6	8	0,1	6	0,1
> 44 Wochen	10	0,1	10	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

### Vorzeitiger Blasensprung

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 37 Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt / Jahr

Blasensprung	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja, größer 24 Stunden	534	4,8	461	4,3
ja, innerhalb von 24 Stunden	9.346	83,8	8.943	84,4
keine Aussage möglich	1.277	11,4	1.196	11,3
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Die Rate der vorzeitigen Blasensprünge, die sich länger als 24 Stunden vor der Geburt ereigneten, liegt bei 4,3% aller Geburten.

## 6.5 Begleitende Maßnahmen

"Keine Interventionen" bedeutet für diesen Bericht, dass keine der Maßnahmen, welche in der Tabelle 39 gelistet sind, zur Anwendung kam. "Mäßige Interventionen" schließen Massagen, Naturheilkunde und Akupunktur und -pressur ein. "Invasive" Maßnahmen beinhalten zusätzlich Homöopathie, Wehenmittel, Tokolyse, Amniotomie und Episiotomie. 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 38 Maßnahmen während der Geburtsbegleitung / Jahr

Maßnahmen während der Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Intervention	4.013	36,0	3.606	34,0
mäßige Intervention	2.620	23,5	2.573	24,3
invasiv	4.524	40,5	4.421	41,7
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Für die Klassifikation der begleitenden Maßnahmen während der Geburt wurden folgende Angaben berücksichtigt:

Tabelle 39 Begleitende Maßnahmen während der Geburt

Begleitende Maßnahmen während der Geburt	Anzahl	Prozent
Homöopatika	4.632	67,4
Massagen	3.394	49,4
Naturheilkunde	1.617	23,5
Analgetika/Spasmolytika	1.261	18,3
Akupunktur/-pressur	1.157	16,8
Wehenmittel (Oxytocin)	274	4,0
Sonstiges	1.013	14,7
Medikamentöse Tokolyse	134	1,9
Amniotomie (30 Minuten und länger vor der Geburt)	458	4,1
Episiotomie	501	4,5

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Tabelle 40 Zeit der Fruchtblaseneröffnung differenziert nach Geburtsort

Zeit Amniotomie bis Geburt	Außerklinisch		Klinisch		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 30 min.	282	2,5	3	0,0	285	2,6
30 min - 3 Std	275	2,5	38	0,3	313	2,8
> 3 Std	52	0,5	93	0,8	145	1,3
<b>Amniotomien Gesamt</b>	<b>609</b>	<b>5,5</b>	<b>134</b>	<b>1,2</b>	<b>743</b>	<b>6,7</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

## 6.6 Verlegung der Gebärenden

### 6.6.1 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung

Tabelle 41 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik	Hausgeburten		Hebammen-geleitete Einrichtungen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 km	2.675	69,3	6.665	91,4	9.340	83,7
11 bis 20 km	828	21,4	365	5,0	1193	10,7
21 bis 30 km	284	7,4	236	3,2	520	4,7
31 bis 40 km	65	1,7	29	0,4	94	0,8
mehr als 40 km	10	0,3	0	0,0	10	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>3.862</b>	<b>100,0</b>	<b>7.295</b>	<b>100,0</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf die Gesamtmenge der jeweiligen Einrichtungen

### 6.6.2 Verlegungen während der Geburt

Tabelle 42 Verlegung von Hausgeburten nach Parität

Subpartale Verlegung der betreuten Hausgeburten	Erstgebärende		Mehrgebärende		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nicht verlegt	715	71,4	2700	94,4	3415	88,4
verlegt	287	28,6	160	5,6	447	11,6
Geburt auf Transport	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>100,0</b>	<b>2.860</b>	<b>100,0</b>	<b>3.862</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle außerklinisch begonnenen Hausgeburten nach Parität, inklusive Geburten auf Transport

Tabelle 43 Verlegung von hebammengeleiteten Geburten nach Parität

Subpartale Verlegung der betreuten HgE-Geburten	Erstgebärende		Mehrgebärende		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nicht verlegt	2.334	67,9	3.543	91,9	5.877	80,6
verlegt	1.104	32,1	314	8,1	1418	19,4
Geburt auf Transport	2	0,1	0	0,0	2	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>3.438</b>	<b>100,0</b>	<b>3.857</b>	<b>100,0</b>	<b>7.295</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle außerklinisch begonnenen hebammengeleiteten Geburten nach Parität, inklusive Geburten auf Transport

Tabelle 44 Verlegungsart / Jahr

Verlegungen während der Geburt	Anzahl	Prozent aller Verlegungen (n= 1.865)	Prozent aller Geburten 2014 (n= 11.157)	Prozent aller Geburten 2013 (n= 10.600)
in Ruhe	1.730	92,8	15,5	15,6
in Eile	135	7,2	1,2	1,3
keine Angaben	0	0,0	16,7	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>	<b>15,5</b>	<b>16,9</b>

Prozentbezug auf alle Verlegungen während der Geburt sowie alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

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

Tabelle 45 Transportmittel bei Verlegung in Ruhe

Transportmittel bei Verlegung (in Ruhe)	Anzahl	Prozent aller Verlegungen in Ruhe (n= 1.730)	Prozent aller Verlegungen (n= 1.865)
PKW	1.397	80,8	74,9
Rettungsfahrzeug	195	11,3	10,5
Sonstiges	138	8,0	7,4
<b>Gesamt</b>	<b>1.730</b>	<b>100,0</b>	<b>92,8</b>

Prozentbezug auf alle Verlegungen während der Geburt in Ruhe sowie auf alle Verlegungen während der Geburt

Tabelle 46 Transportmittel bei Verlegung in Eile

Transportmittel bei Verlegung (in Eile)	Anzahl	Prozent aller Verlegungen in Eile (n= 135)	Prozent aller Verlegungen (n= 1.865)
PKW	30	22,2	1,6
Rettungsfahrzeug	88	65,2	4,7
Sonstiges	17	12,6	0,9
<b>Gesamt</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>7,2</b>

Prozentbezug auf n= alle Verlegungen während der Geburt in Eile sowie auf alle Verlegungen während der Geburt

## 6.6.2.2 Transportweg zur Klinik und Betreuung in der Klinik

Tabelle 47 Tatsächlicher Transportweg in Kilometern

Tatsächlicher Transportweg	Hausgeburten		Hebammen-geleitete Einrichtungen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 km	328	73,4	1.321	93,2	1.649	88,4
11 bis 20 km	79	17,7	50	3,5	129	6,9
21 bis 30 km	33	7,4	42	3,0	75	4,0
31 bis 40 km	7	1,6	5	0,4	12	0,6
mehr als 40 km	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>447</b>	<b>100,0</b>	<b>1.418</b>	<b>100,0</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf die Gesamtmenge der Verlegungen der jeweiligen Einrichtungen sowie auf n= 1.796 (alle Verlegungen während der Geburt)

Abbildung 16

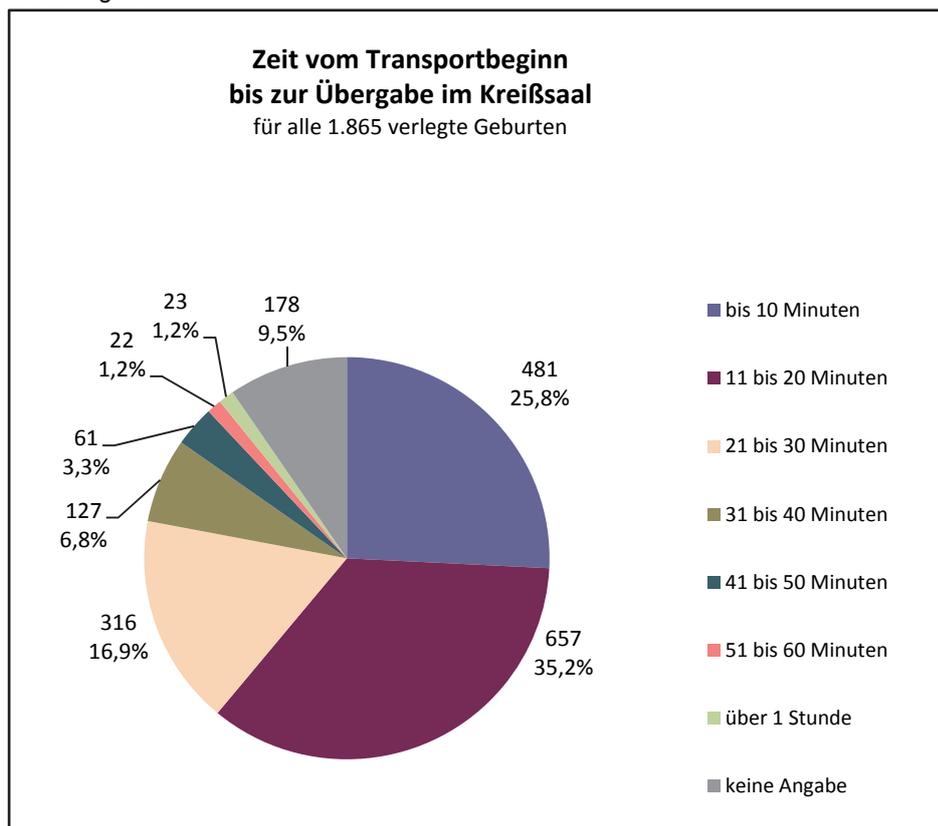
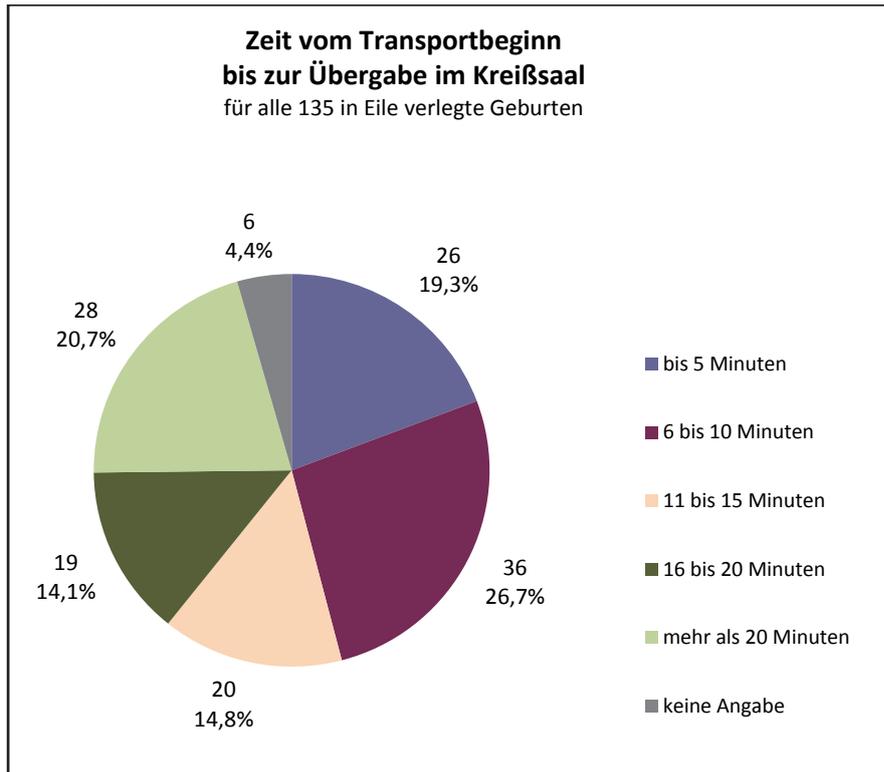
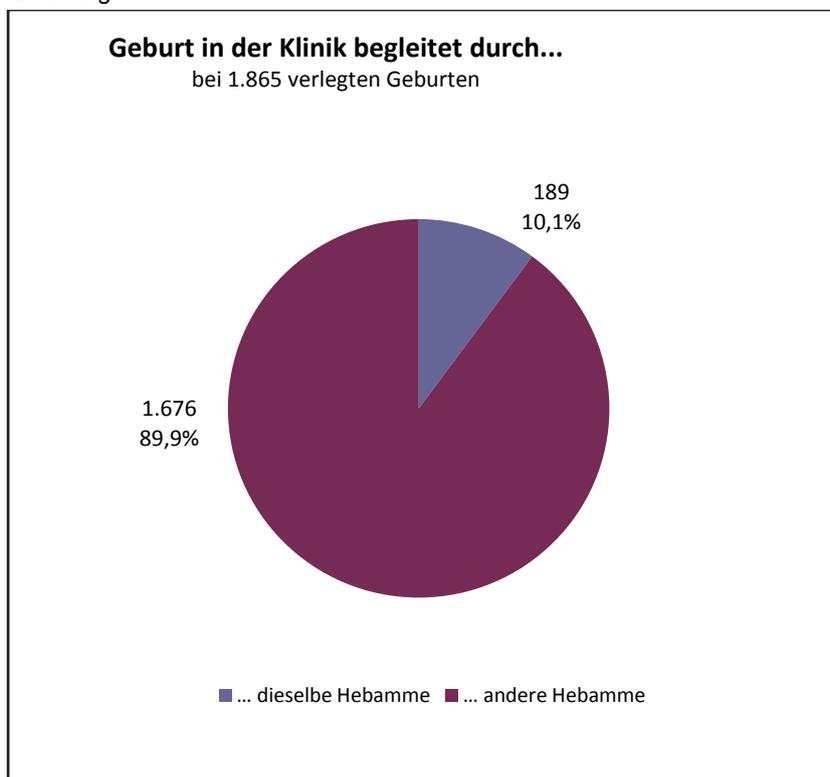


Abbildung 17



### 6.6.2.3 Betreuungskontinuität nach der Verlegung

Abbildung 18



### 6.6.2.4 Restliche Geburtsdauer nach Verlegung in Ruhe oder in Eile

Tabelle 48 Zeit zwischen Übergabe und Geburt nach Transport in Ruhe und in Eile

Dauer zwischen Übergabe in der Klinik bis zur Geburt	in Ruhe		in Eile		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 1 Stunde	1.522	88,0	129	95,6	1.651	88,5
1 bis 6 Std.	33	1,9	0	0,0	33	1,8
6 bis 12 Std.	3	0,2	0	0,0	3	0,2
über 12 Stunden bis 1 Tag	0	0,0	0	0,0	0	0,0
über 24 Stunden bis 2 Tage	0	0,0	0	0,0	0	0,0
über 2 Tage	0	0,0	0	0,0	0	0,0
keine Zeitangabe	172	9,9	6	4,4	178	9,5
<b>Gesamt</b>	<b>1.730</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>

Prozentzahlen beziehen sich auf die jeweilige Transportart von allen Verlegungen während der Geburt aus einer außerklinischen Institution oder von zu Hause in eine Klinik

Tabelle 49 Geburtsmodus bei allen Verlegungen

Geburtsmodus nach Verlegungsart		spontan		Sectio		vaginal- operativ		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 1 Stunde	Notfall	55	2,9	48	2,6	24	1,3	129	6,9
	In Ruhe	687	36,8	615	33,0	220	11,8	1.522	81,6
1 bis 6 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	14	0,8	14	0,8	5	0,3	33	1,8
6 bis 12 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	2	0,1	1	0,1	0	0,0	3	0,2
Später als 12 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Keine Zeitangaben	Notfall	1	0,1	4	0,2	1	0,1	6	0,3
	In Ruhe	81	4,3	72	3,9	19	1,0	172	9,2
Keine Angabe									
<b>Gesamt</b>		<b>840</b>	<b>45,0</b>	<b>754</b>	<b>40,4</b>	<b>269</b>	<b>14,4</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>

Prozentangaben bezogen auf alle Verlegungen während der Geburt

## 6.7 Geburtsspezifische Ergebnisse

### 6.7.1 Geburtsmodus

Tabelle 50 Geburtsmodus Übersicht

Geburtsmodus	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Vaginal	10.403	93,2	9.905	93,4
Abdominal (Sectio)	754	6,8	695	6,6
Keine Angaben	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 19

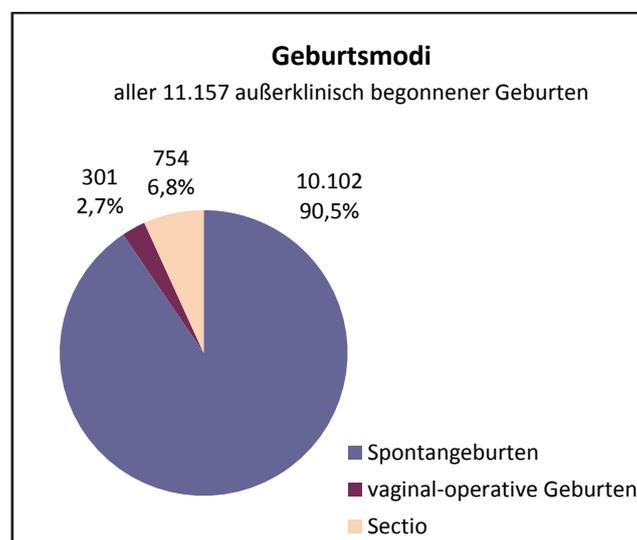


Abbildung 20

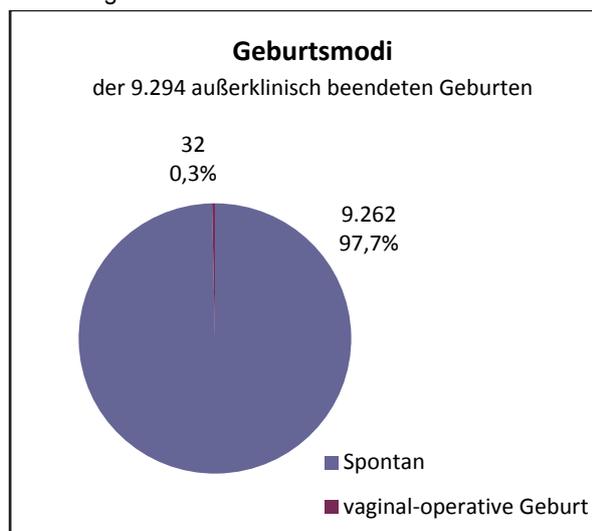


Abbildung 21

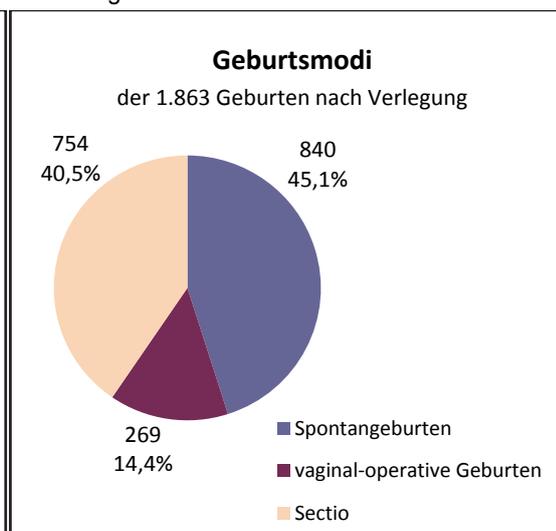


Tabelle 51 Dauer des aktiven Mitschiebens bei vaginaler Geburt / Jahr

Dauer des aktiven Mitschiebens	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< 15 Minuten	5.080	48,8	4.849	49,0
15 – 60 Minuten	3.494	33,6	3.264	33,0
> 60 Minuten	937	9,0	996	10,1
keine Angabe	892	8,6	796	8,0
<b>Gesamt</b>	<b>10.403</b>	<b>100,0</b>	<b>9.905</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des Jahrgangs

## 6.7.2 Gebärlpositionen

Abbildung 22

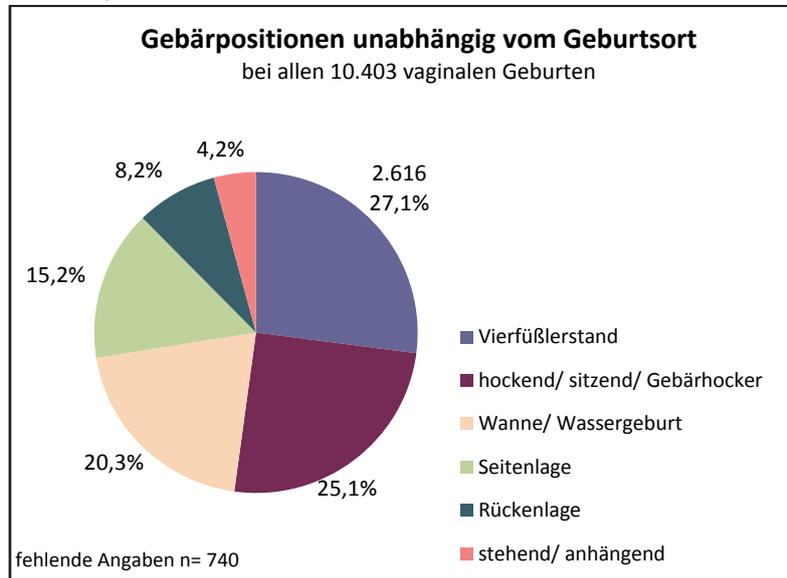


Abbildung 23

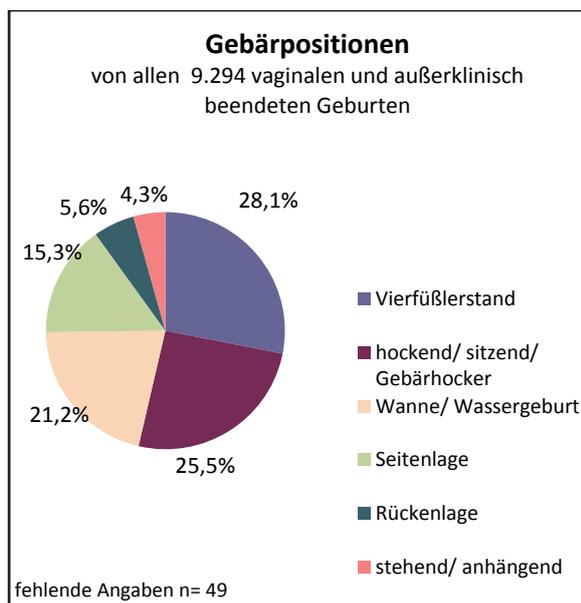
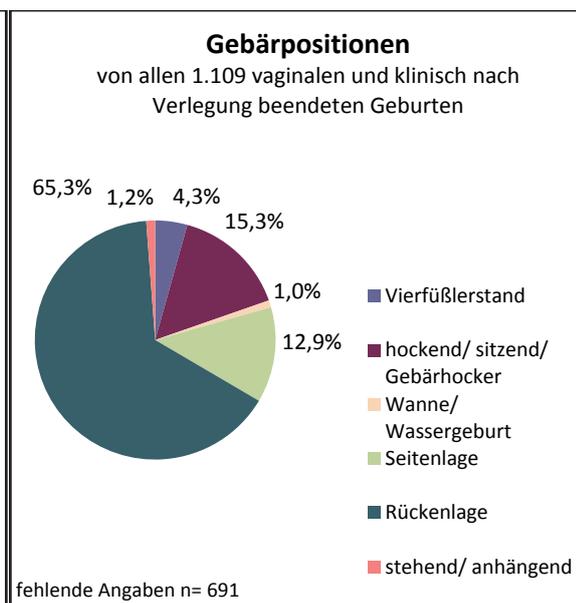


Abbildung 24



### 6.7.3 Geburtsverletzungen

Tabelle 52 Geburtsverletzungen bei vaginaler Geburt / Jahr

Geburtsverletzungen	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	5.678	54,6	5.408	54,6
nein	4.725	45,4	4.497	45,4
<b>Gesamt</b>	<b>10.403</b>	<b>100,0</b>	<b>9.905</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 25

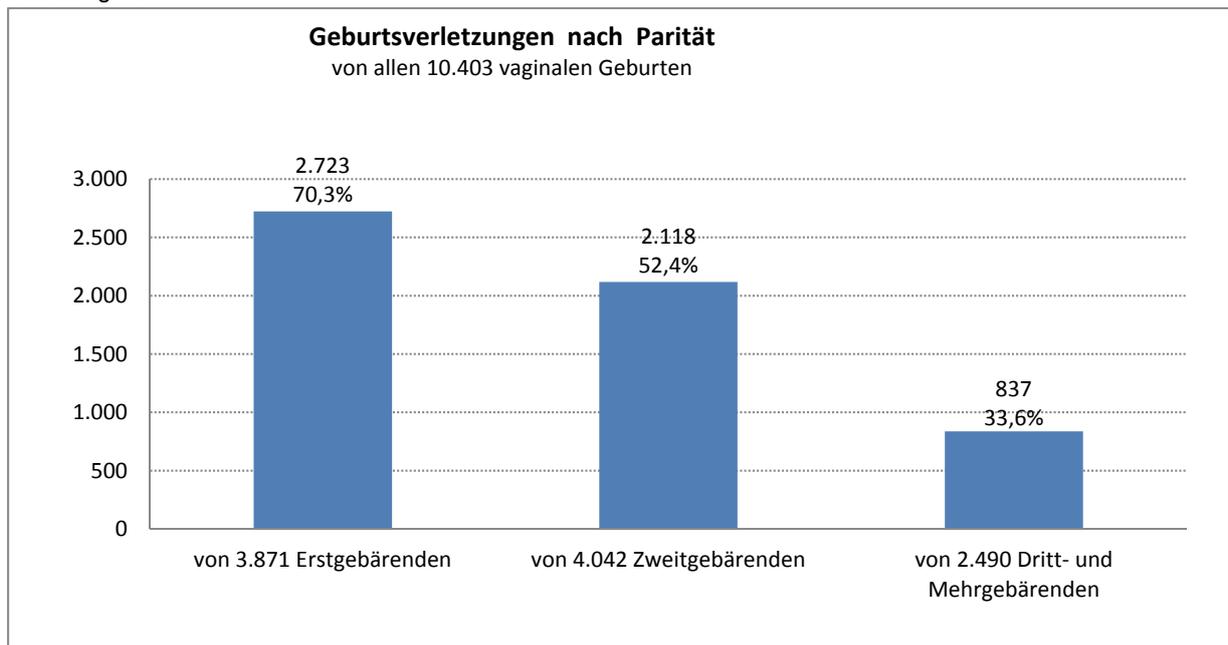


Tabelle 53 Geburtsverletzungen nach Art und Parität

Geburtsverletzungen bei vaginaler Geburt	Erstgebärende n=3.871		Mehrgebärende n=6.532		Gesamt n=10.403	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Geburtsverletzung	1.148	29,7	3.577	54,8	4.725	45,4
DR I°	569	14,7	1.354	20,7	1.923	18,5
DR II°	856	22,1	936	14,3	1.792	17,2
DR III-IV°	94	2,4	30	0,5	124	1,2
Episiotomie	386	10,0	115	1,8	501	4,8
davon Episiotomie mit DR III-IV° kombiniert	17	0,4	2	0,0	19	0,2
andere Risse	1.127	29,1	706	10,8	1.833	17,6
davon andere Risse mit den anderen Verletzungen kombiniert	287	7,4	174	2,7	461	4,4

Mehrfachantworten waren möglich. Prozentzahlen bezogen auf alle vaginalen Geburten nach Parität

## 7 Nach der Geburt des Kindes

Knapp 95% aller 11.157 Mütter haben direkt nach der Geburt keine Auffälligkeiten (siehe Tabelle 54). Von den auftretenden Komplikationen werden Plazentalösungsstörungen mit 2,0% aller Geburten am häufigsten genannt, wie Tabelle 55 zeigt. Insgesamt 396 Wöchnerinnen (3,6% aller Mütter) werden nach der Geburt verlegt, auch hier sind die Plazentalösungsstörungen als Verlegungsgrund mit 1,34% aller Geburten am häufigsten genannt (siehe Tabelle 56).

Von allen 11.138 Lebendgeborenen haben 99,3% einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber (siehe Tabelle 66). Insgesamt 2,4% aller Kinder werden verlegt (siehe Tabelle 60). Eine Reanimation ist bei 2,5% aller Lebendgeborenen verzeichnet (siehe Tabelle 62). Mindestens eine Morbidität liegt lediglich bei 5,4% aller 11.157 geborenen Kinder vor (siehe Tabelle 64). Atemstörungen sind dabei die häufigste Morbidität und auch der häufigste Verlegungsgrund (siehe Tabellen 65 und 61). Fehlbildungen wurden bei 108 Kindern diagnostiziert, davon in 83 Fällen (76,9% aller Fehlbildungen) bereits pränatal (siehe Tabelle 68). Die perinatale Mortalität im Jahr 2014 liegt mit 18 in diesem Zeitraum verstorbenen Kindern bei 0,16% bzw. 1,6‰ aller 11.157 Kinder (siehe Tabelle 72) und für die geplant außerklinisch geborenen Kinder bei 1,3‰ (Tabelle 71). Für 92,9% aller Kinder kann der Zustand nach der Geburt als gut bzw. sehr gut bezeichnet werden (siehe Tabelle 74).

Aussagen zum Wochenbettverlauf der Mutter werden nicht erhoben, jedoch kann für 2014 festgestellt werden, dass keine Mutter im Zusammenhang mit der Geburt verstorben ist.

### 7.1 Gesundheit der Mutter

Tabelle 54 Mütterliche Probleme p.p. unabhängig vom Geburtsort auch ohne Verlegung / Jahr

Mütterliche Probleme p.p.	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	572	5,1	562	5,3
nein	10.585	94,9	10.025	94,6
Keine Angabe	0	0	13	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des Jahrgangs

Tabelle 55 Probleme der Mutter nach der Geburt laut Katalog E/ Jahr

Mütterliche Probleme nach der Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine mütterlichen Probleme	10.585	94,9	10.038	94,7
101 Blutungen über 1000 ml	183	1,6	178	1,7
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	223	2,0	221	2,1
103 komplizierte Geburtsverletzung	98	0,9	99	0,9
105 Eklampsie	1	0,0	2	0,0
106 HELLP	1	0,0	1	0,0
107 Sepsis	0	0,0	2	0,0
108 Verdacht auf Embolie	1	0,0	3	0,0
keine Spezifizierung	65	0,6	56	0,5

Mehrfachnennungen möglich. Prozent bezogen auf alle Geburten des Jahrgangs

### 7.1.1 Postpartale Verlegungen von Müttern

Tabelle 56 Verlegungsgrund nach der Geburt (unabhängig vom Geburtsort)

Verlegungsgrund bei mütterlichen Problemen p.p.	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
E100 Auf Wunsch der Mutter	0	0,00	0	0,00
E101 Blutungen > 1000ml	65	0,58	50	0,47
E102 Plazentalösungsstörung / unvollständige Plazenta	150	1,34	143	1,35
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	61	0,55	57	0,54
E104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen	48	0,43	45	0,42
E105 Gestose / Eklampsie	0	0,00	2	0,02
E106 HELLP	0	0,00	0	0,00
E107 Sepsis	0	0,00	0	0,00
E108 Verdacht auf Embolie	0	0,00	3	0,03
E109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage	2	0,02	3	0,03
E110 zum normalen Wochenbett	8	0,07	11	0,10
E111 zur Begleitung des verlegten Kindes	35	0,31	30	0,28
E112 Sonstiges	27	0,24	33	0,31
<b>Gesamt</b>	<b>396</b>	<b>3,55</b>	<b>377</b>	<b>3,56</b>

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

## 7.2 Gesundheit der Kinder nach der Geburt

Tabelle 57 Geschlecht der Kinder / Jahr

Geschlecht	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
weiblich	5.516	49,4	5.116	48,3
männlich	5.640	50,6	5.483	51,7
Keine Angabe	1	0,0	1	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

### 7.2.1 Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen

Tabelle 58 Ärztliche Hilfe bei bzw. nach der Geburt anwesend / Jahr

Arzt/ Ärztin anwesend bei Und/ oder nach der Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	1.258	11,3	1.271	12,0
nein	9.899	88,7	9.329	88,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 59 Ärztliche Hilfe bei bzw. nach der Geburt anwesend, differenziert nach Verlegungsstatus

Arzt/ Ärztin anwesend bei oder nach der Geburt bzw. zur Verlegung		außerklinisch beendet		subpartu verlegt		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	Anzahl	616	6,6	642	34,4	1.258	11,3
	Prozent		49,0		51,0		100,0
nein	Anzahl	8.676	93,4	1.223	65,6	9.899	88,7
	Prozent		87,6		12,4		100,0
<b>Gesamt</b>		<b>9.292</b>	<b>100,0</b>	<b>1.865</b>	<b>100,0</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>

Prozentangaben bezogen auf die Geburten nach Geburtsort in Verbindung mit Verlegungsstatus (in Weiß) sowie bezogen auf die Geburten mit/ ohne ärztliche(r) Anwesenheit (in Grau).

Tabelle 60 Verlegung des Neugeborenen in die Kinderklinik

Kind in Kinderklinik verlegt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	271	2,4	242	2,3
nein	10.886	97,6	10.358	97,7
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 61 Die sieben häufigsten Verlegungsgründe für Kinder (nach Katalog D)

Verlegungsgründe für Kinder (die sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
D04 andere Atemstörungen (770)	1	84	0,75	1	71	0,67
D19 zur Beobachtung	2	67	0,60	2	67	0,63
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)	3	37	0,33	3	43	0,41
D17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))	4	24	0,22	5	18	0,17
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	5	20	0,18	6	15	0,14
D06 Ikterus (774)	6	17	0,15	4	19	0,18
D20 Sonstiges	7	14	0,13	7	11	0,10

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 62 Reanimationsmaßnahmen

Reanimation	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	279	2,5	283	2,7
nein	10.859	97,5	10.307	97,3
<b>Gesamt</b>	<b>11.138</b>	<b>100,0</b>	<b>10.590</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Lebendgeburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 63 Reanimationsmaßnahmen im Einzelnen

Reanimationsmethode	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mund-zu-Mund	26	0,2	32	11,5
Maske	102	0,9	103	37,1
O-2 Dusche	159	1,4	157	56,5
Intubation	12	0,1	19	6,8
Sonstiges	67	0,6	54	19,4

Mehrfachnennungen möglich. Prozent bezogen auf alle reanimierten und postpartal nicht verstorbenen Kinder des jeweiligen Jahrgangs

## 7.2.2 Morbidität und Mortalität

Tabelle 64 Kindliche Morbidität

Kindliche Morbidität	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	598	5,4	551	5,2
nein	10.448	93,6	9.952	93,9
Keine Angaben	111	1,0	97	0,9
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 65 Die sieben häufigsten Morbiditäten der Kinder (nach Katalog C)

Morbiditäten der Kinder (sieben häufigsten)	2014			2013		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
D04 andere Atemstörungen (770)	1	198	1,77	1	158	1,49
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	2	81	0,73	2	89	0,84
D19 zur Beobachtung	3	58	0,52	3	51	0,48
D20 Sonstiges	4	35	0,31	4	50	0,47
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	5	31	0,28	6	29	0,27
D06 Ikterus (774)	6	31	0,28	7	27	0,25
D05 Schockzustand (785)	7	29	0,26	5	36	0,34

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 66 Apgar-Werte aller lebend geborenen Kinder / Jahr

Apgar nach 5 Minuten	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	5	0,04	3	0,0
1 - 2	5	0,04	7	0,1
3 - 4	15	0,13	12	0,1
5 - 6	55	0,49	43	0,4
7 - 8	336	3,01	311	2,9
9 - 10	10.734	96,25	10.212	96,4
Keine Angaben	2	0,02	2	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>11.152</b>	<b>100,00</b>	<b>10.590</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Lebendgeburten des Jahrgangs

Tabelle 67 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	31	0,28	6	0,05
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	81	0,73	37	0,33
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	25	0,22	20	0,18
D04 andere Atemstörungen (770)	198	1,77	84	0,75
D05 Schockzustand (785)	29	0,26	5	0,04
D06 Ikterus (774)	31	0,28	17	0,15
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)(775)	8	0,07	9	0,08
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte, Aminosäuren (270), Galaktose, Fructose (271), AGS (255), Mucoviszidose (277)	3	0,03	0	0,00
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246)	0	0,00	0	0,00
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)	2	0,02	2	0,02
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,00	0	0,00
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemissyndrom) (779)	2	0,02	2	0,02
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)	2	0,02	1	0,01
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)	15	0,13	3	0,03
D17 generalisierte Infektion / TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320)	25	0,22	24	0,22
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)(771)	10	0,09	5	0,04
D19 zur Beobachtung	58	0,52	67	0,60
D20 Sonstiges	35	0,31	14	0,13
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.)(758)	20	0,18	9	0,08
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	4	0,04	1	0,01
D27 Anenzephalus (740)	0	0,00	0	0,00
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	2	0,02	0	0,00
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	2	0,02	0	0,00
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	4	0,04	0	0,00
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	6	0,05	3	0,03
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	0,02	1	0,01
D33 Gaumen- und Lippenpalten (749)	10	0,09	2	0,02
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	0,01	1	0,01
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	1	0,01	1	0,01
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	4	0,04	1	0,01
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	14	0,13	0	0,00
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	23	0,21	1	0,01
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	2	0,02	2	0,02
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	1	0,01	1	0,01
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	3	0,03	0	0,00
D42 Hernien (550-553)	1	0,01	0	0,00
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	7	0,06	0	0,00
D44 andere Anomalie	14	0,13	2	0,02

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs.

Tabelle 68 Kinder mit und ohne Fehlbildungen in Bezug zur pränatalen Diagnose

Mindestens eine Morbidität (D25 bis D44)	pränatal diagnostiziert		nicht pränatal diagnostiziert		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anomalie vorhanden	83	76,9	25	23,1	108	100,0
Anomalie nicht vorhanden	0	0,0	11.049	100,0	11.049	100,0

Prozent bezogen auf alle Kinder mit Fehlbildungen (n=87) bzw. ohne Fehlbildungen (n= 10.513)

Es sind im Jahr 2014 vier Kinder mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen verstorben.

Tabelle 69 Fehlbildungen (Ausschnitt aus Tabelle 42) und davon pränatal diagnostiziert

Fehlbildungen nach Katalog D	von allen 11.157 Geburten	davon pränatal diagnostiziert
	Anzahl	Anzahl
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.) (758)	20	16
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	4	4
D27 Anenzephalus (740)	0	0
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	2	2
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	2	2
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	4	4
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	6	3
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	2
D33 Gaumen- und Lippenspalten (749)	10	10
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	1
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	1	1
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	4	3
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	14	9
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	23	20
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	2	2
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	1	1
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	3	2
D42 Hernien (550-553)	1	1
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	7	1
D44 andere Anomalie	14	11

Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 70 Perinatale Mortalität / Jahr

Perinatale Mortalität	2014		2013	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
ja	18	1,6	16	1,5
nein	11.139	998,4	10.584	998,5
<b>Gesamt</b>	<b>11.157</b>	<b>1000,0</b>	<b>10.600</b>	<b>1000,0</b>

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 71 Perinatal verstorbene Kinder nach tatsächlichem Geburtsort

Geburtsort	Kind perinatal verstorben in 2014		Kind perinatal verstorben in 2013	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
Außerklinisch beendet	15	1,3	8	0,9
Klinik, sub partu verlegt	3	1,6	8	4,5

Promilleangaben beziehen sich auf die jeweilige Anzahl an Geburten nach Geburtsort des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 72 Kindliche Mortalität und Todeszeitpunkt / Jahr

Kindliche Mortalität	2014		2013		2012	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
Alle Kinder	11.157	1.000	10.600	1.000	10.734	1.000
Alle Todesfälle	19	1,7	20	1,9	23	2,1
<b>davon perinatale Mortalität</b>	<b>18</b>	<b>1,6</b>	<b>16</b>	<b>1,5</b>	<b>19</b>	<b>1,8</b>
davon: Totgeborene	5	0,5	10	0,9	9	0,8
Todeszeitpunkt: antepartal	4	0,4	7	0,7	7	0,7
subpartal	1	0,1	3	0,3	2	0,2
davon: postpartal verstorbene (Todeszeitpunkt: innerhalb der ersten 7 Lebenstage)	13	1,4	6	0,6	10	0,9
Tod nach dem 7. Tag pp	1	0,1	4	0,4	4	0,4

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des Jahrgangs

Keines der 2 Kinder, die 2014 auf dem Transportweg geboren worden sind, ist während der Verlegung verstorben.

Tabelle 73 Perinatale Mortalität 2005 bis 2012

Jahr	Geburten		Perinatale Mortalität*	
	Anzahl		Promille	
2012	10.734		1,8	
2011	10.377		1,1	
2010	10.699		1,6	
2009	10.374		2,1	
2008	9.736		1,8	
2007	9.428		0,2	
2006	9.500		1,2	
2005	10.003		2,0	

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

\*Hierin berücksichtigt wurden alle Fälle ohne Angabe des Todeszeitpunktes.

### 7.2.3 Zusammenfassung – Outcome der Kinder

Tabelle 74 Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

Fetales Outcome	außerklinisch		klinisch		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
sehr gut/gut	8.732	93,9	1.638	87,9	10.370	92,9	9.862	93,0
befriedigend	50	0,5	7	0,4	57	0,5	69	0,7
Morbidität und/ oder Verlegung	419	4,5	162	8,7	581	5,2	535	5,0
Mortalität	15	0,2	4	0,2	19	0,2	20	0,2
Keine Angaben zu Morbiditäten	78	0,9	52	2,8	130	1,2	114	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>9.294</b>	<b>100,0</b>	<b>1.863</b>	<b>100,0</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

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

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

Tabelle 75 Zustandsbeurteilung Fetal Outcome im Detail

<b>Zustandsbeurteilung beim Neugeborenen</b>			
<b>Zustand</b>	<b>Angaben</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>gut bis sehr gut</b> (alle Angaben müssen zutreffen)	lebend geboren	11.138	99,8
	keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik	10.886	97,6
	keine Morbidität nach Katalog D	10.448	93,6
	keine Reanimationsmaßnahmen	10.865	97,4
	gemäß Tragzeit reif geboren	11.084	99,3
	APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8	11.002	98,7
<b>befriedigend</b> (alle Angaben müssen zutreffen)	lebend geboren	11.138	99,8
	keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik	10.886	97,6
	keine Morbidität nach Katalog D	10.448	93,6
<b>Morbidität und/oder Verlegung</b>	Morbidität	598	5,4
	Verlegung p.p.	271	2,4
<b>Mortalität</b>	verstorben	19	0,2

Prozent bezogen auf alle außerklinisch begonnenen Geburten

### 7.3 Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

Tabelle 76 Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

<b>Zustand des Neugeborenen</b>	<b>Zustand der Mutter post partum</b>				<b>Gesamt 2014</b>		<b>Gesamt 2013</b>	
	<b>auffällig</b>		<b>unauffällig</b>		<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>				
Zustand des Neugeborenen unauffällig	510	4,6	9.936	89,1	10.446	93,6	9.948	93,8
Zustand des Neugeborenen auffällig	29	0,3	242	2,2	271	2,4	242	2,3
keine Angaben zum Zustand des Neugeborenen	35	0,3	405	3,6	440	3,9	410	3,9
<b>Gesamt</b>	<b>574</b>	<b>5,1</b>	<b>10.583</b>	<b>94,9</b>	<b>11.157</b>	<b>100,0</b>	<b>10.600</b>	<b>100,0</b>

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Hierzu wurde eine Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Tabelle 77 Zustandsbeurteilung für Mutter und Kind

<b>Zustandsbeurteilung</b>			
<b>Zustand</b>	<b>Angaben</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>Mutter auffällig</b> (eine Angabe muss zutreffen)	mütterliche Problematik postpartal	572	5,1
	Verlegung postpartal (ausgenommen: zur Nahtversorgung, nur zur Begleitung des verlegten Kindes und zum normalen Wochenbett)	305	2,7
<b>Mutter unauffällig</b>	keine der genannten Auffälligkeiten vorhanden	10.585	94,9
<b>Kind auffällig</b> (eine Angabe muss zutreffen)	in eine Klinik verlegt	271	2,4
	Morbidität nach Katalog D	598	5,4
	verstorben	19	0,2
<b>Kind unauffällig</b>	keine der genannten Auffälligkeit vorhanden	10.448	93,6

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

## 8 Zusammenfassende Bemerkungen zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 11.157 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2014 ein gutes Outcome sowie eine hohe Ergebnisqualität der geleisteten Geburtshilfe durch die an der Dokumentation beteiligten Hebammen. Anhand der validen Daten zur Verlegung, zum Geburtsmodus, zu den Geburtsverletzungen sowie zu den Befunden vor, während und nach der Geburt wurden für die 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 (99,3%) hatten einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber. Genau 92,9% aller Kinder konnte ein guter bis sehr guter Zustand bescheinigt werden. In der Rate perinatal verstorbener Kinder sind auch besondere Fälle von bereits pränatal festgestellter infausten Prognose enthalten, die nicht mit der „normalen“ außerklinischen Geburtshilfe gleichgesetzt werden können. In Einzelfallanalysen werden alle Todesfälle in der jährlichen Beiratssitzung analysiert. Für das Jahr 2014 ist eine perinatale Mortalitätsrate von 1,6 auf 1.000 Geburten belegt.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass manche ermittelten Werte in einzelnen Kategorien (wie bspw. der perinatalen Mortalität) auf Grund der zu kleinen Zahlen oder auch auf Grund fehlender Zusatzinformationen, die im Nachhinein nicht mehr beschaffbar sind, nicht oder unzureichend interpretiert werden können, ist den außerklinisch tätigen Hebammen ein sehr zuverlässiges Management bei der Geburt von Einlingen zu bestätigen.

Eine Rate von 83,3% außerklinisch beendeten 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. Der Befund Zustand nach Sectio steigt weiter an – dieser Trend muss weiter beobachtet werden. Die Geburt gestaltete sich bei den meisten Frauen als Spontangeburt in aufrechter Gebärposition, bei Mehrgebärenden normalerweise ohne Dammschnitt oder -riss.

Insgesamt 95% aller Wöchnerinnen hatten keine Probleme nach der Geburt. Die postpartale Verlegungsrate von Wöchnerinnen liegt bei 3,5% und die der Kinder nach der Geburt bei 2,4% aller Geburten.

## 9 Kurzdarstellung der Geminigeburten (sowohl außerklinisch geplanter als auch ungeplanter Geburten)

<b>Alle Mütter</b>	<b>8</b>
--------------------	----------

### Anamnese

Vorausgegangene Schwangerschaften	Anzahl
0	3
1	1
2	3
3	0
4	1

Direkt vorausgegangener Entbindungsmodus	Anzahl
spontan	5
vaginal-operativ	0
Sectio	0
trifft nicht zu, da Erstpara	3

### Schwangerschaft

Alle dokumentierten Schwangerschaftsbefunde	Anzahl
A02 frühere eigene schwere Erkrankung	0
A14 Schwangere über 35 Jahre	4
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	0
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	0
B35 Mehrlingsschwangerschaft	8

Mehrfachnennungen möglich

### Probleme der Mutter postpartal

Probleme der Mutter postpartal	Anzahl
ja	0
nein	8

<b>Alle Kinder</b>	<b>16</b>
--------------------	-----------

Für 1 Kind fehlen die Angaben im Detail. Bekannt ist, dass beide Kinder der betroffenen Mutter per sekundärer Sectio nach Verlegung geboren wurden.

### Geburt

geplanter Geburtsort	Anzahl
Haus	8
HgE	5
Klinik	3

tatsächlicher Geburtsort	Anzahl
Haus	10
HgE	2
Klinik	4

Alle dokumentierten Geburtsbefunde nach Katalog C	Anzahl
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	4
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	15
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	2
C87 Beckenendlage (652.3)	1
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	1
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	1

Tragzeit	Anzahl
SSW 37 bis 42	16

Verlegung intrauterin	Anzahl
nein	12
ja	4

Mehrfachnennungen möglich

Geburtsmodus	Anzahl
spontan	12
vaginal-operativ	0
Sectio	4
keine Angabe	0

Lage	Anzahl
regelrechte Schädellage	11
regelwidrige Schädellage	1
Beckenendlage	1
unbekannt	3

### Nach der Geburt

Apgar Wert nach 5 Minuten	Anzahl
unter 8	1
8	0
9	1
10	13
keine Angabe	1

Gewicht	Anzahl
unter 2.500g	3
2.500g und mehr	12
keine Angabe	1

Perinatale Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	15
trifft zu	0
keine Angabe	1

Morbidität nach Katalog D	Anzahl
keine	13
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	1
D04 andere Atemstörungen	1

Mehrfachnennungen möglich

Verlegung nach der Geburt	Anzahl
nein	13
ja	2
keine Angabe	1

## 10 Kurzdarstellung der für die Klinik geplanten und ungeplant außerklinisch beendeten Geburten 2014

Die ungeplanten außerklinischen Geburten sollen weiter beobachtet werden, da es sich dabei um Geburten handelt, zu denen eine Hebamme in Not gerufen wurde. Daher wurde diese Sonderauswertung erstellt. Frauen wurden meist von einer zu schnellen Geburt überrascht. In früheren Jahren lag dieser Wert konstant bei 2,4%, seit 2008 sinkt er. Für 2009 wurden 1,8%, für 2010 genau 1,9%, für 2011 insgesamt nur noch 1,5%, für 2012 genau 1,4%, für 2013 genau 1,2% (n= 134) und für 2014 weiterhin abnehmend 1,1% (n= 127) ungeplante außerklinisch beendete Geburten gemeldet.

<b>Anzahl Geburten</b>	<b>127</b>
davon Einlinge	127

### Anamnese

Parität	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	27	21,3
Zweitgebärende	78	61,4
Mehrggebärende (> 2)	22	17,3
Gesamt	127	100,0

Befund nach Katalog A und/ oder B	Anzahl	Prozent
ja	102	80,3
nein	25	19,7
Gesamt	127	100,0

## Schwangerschaft

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A	Anzahl	Prozent (n=127)
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	32	25,20
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber Nieren, ZNS, Psyche)	16	12,60
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	4	3,15
A04 Allergie	36	28,35
A05 Frühere Bluttransfusionen	1	0,79
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)	6	4,72
A07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme)	3	2,36
A08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgegangen. Schwangersch.)	0	0,00
A09 Diabetes mellitus	0	0,00
A10 Adipositas	7	5,51
A11 Kleinwuchs	2	1,57
A12 Skelettanomalien	3	2,36
A13 Schwangere unter 18 Jahren	0	0,00
A14 Schwangere über 35 Jahren	43	33,86
A15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	3	2,36
A16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung	1	0,79
A17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	6	4,72
A18 Zustand nach Mangelgeburt	3	2,36
A19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	5	3,94
A20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	1	0,79
A21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entb.	15	11,81
A22 Komplikationen post partum	2	1,57
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	11	8,66
A24 Zustand nach anderen Uterusoperationen	5	3,94
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	2	1,57
A26 Andere Besonderheiten	4	3,15
A54 Zustand nach HELLP	0	0,00
A55 Zustand nach Eklampsie	0	0,00
A56 Zustand nach Hypertonie	0	0,00

Mehrfachnennungen möglich

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B	Anzahl	Prozent (n=127)
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg.	2	1,57
B28 Dauermedikation	2	1,57
B29 Abusus	3	2,36
B30 Besondere psychische Belastung	1	0,79
B31 Besondere soziale Belastung	0	0,00
B32 Blutungen vor der 28. SSW	1	0,79
B33 Blutungen nach der 28. SSW	0	0,00
B34 Placenta praevia	0	0,00
B35 Mehrlingsschwangerschaft	0	0,00
B36 Hydramnion	0	0,00
B37 Oligohydramnie	0	0,00
B38 Terminunklarheit	0	0,00
B39 Placenta-Insuffizienz	0	0,00
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	0	0,00
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	2	1,57
B42 Anämie	0	0,00
B43 Harnwegsinfektion	1	0,79
B44 Indirekter Coombstest positiv	1	0,79
B45 Risiko aus anderen serologischen Befunden	1	0,79
B46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	0	0,00
B47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l) oder mehr	0	0,00
B48 Mittelgradige - schwere Ödeme	1	0,79
B49 Hypotonie	0	0,00
B50 Gestationsdiabetes	2	1,57
B51 Lageanomalie	1	0,79
B52 Andere Besonderheiten	2	1,57
B53 Hyperemesis	1	0,79

Mehrfachnennungen möglich

### Geburt

geplanter Geburtsort	Anzahl
Klinik	127

tatsächlicher Geburtsort	Anzahl	Prozent
HgE	11	8,7
Haus	116	91,3
Gesamt	127	100,0

Eintreffen der Hebamme	Anzahl	Prozent
Eintreffen vor der Geburt (bis 1 Stunde)	64	50,4
Eintreffen vor der Geburt (> 1 Stunde)	49	38,6
Eintreffen zur Geburt	0	0
Eintreffen nach Geburt	14	11,0
Gesamt	127	100,0

Arzt anwesend	Anzahl	Prozent (n=127)
ja, zur Geburt	13	10,2
ja, nach der Geburt	114	89,8

Weitere Personen anwesend	Anzahl	Prozent
ja	115	90,6
nein	12	9,4
Gesamt	127	100,0

Tragzeit	Anzahl	Prozent
< vollendete 35 Wochen	1	0,8
36+-0 bis 36+6	5	3,9
37+-0 bis 39+6	54	42,5
40+-0 bis 40+6	48	37,8
41+-0 bis 41+6	19	15,0
42+-0 bis 42+6	0	0,0
43+-0 bis 43+6	0	0,0
> 44 Wochen	0	0,0
Gesamt	127	100,0

Geburtsmodus	Anzahl
spontan	127
vaginal-operativ	0

Lage	Anzahl	Prozent
regelrechte SL	124	97,6
regelwidrige SL	1	0,8
BEL	1	0,8
keine Angabe	0	0,0
Gesamt	1	0,8

Geburtsbefunde nach Katalog C	Anzahl	Prozent (n=127)
C60 Vorzeitiger Blasensprung	21	17,6
C61 Überschreitung des Termins [SSW >40+0]	56	47,1
C62 Mißbildung	1	0,8
C63 Frühgeburt	6	5,0
C64 Mehrlingsschwangerschaft	0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf)	1	0,8
C66 Gestose/Eklampsie	0	0,0
C67 RH-Inkompatibilität	0	0,0
C68 Diabetesmellitus	0	0,0
C69 Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen	15	12,6
C70 Plazentapraevia	0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung	0	0,0
C72 Sonstige uterine Blutungen	0	0,0
C73 Amnion-Infektionssyndrom (Vd. auf)	0	0,0
C74 Fieber unter der Geburt	0	0,0
C75 Mütterliche Erkrankung	2	1,7
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	2	1,7
C77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	4	3,4
C78 Grünes Fruchtwasser	5	4,2
C79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	1	0,8
C80 Nabelschnurvorfal	0	0,0
C81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen	0	0,0
C82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	1	0,8
C83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	2	1,7
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken	0	0,0
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	0	0,0
C86 Querlage/Schräglage	0	0,0
C87 Beckenendlage	1	0,8
C88 Hintere Hinterhauptslage	0	0,0
C89 Vorderhauptslage	0	0,0
C90 Gesichtslage/Stirnlage	0	0,0
C91 Tiefer Querstand	0	0,0
C92 Hoher Geradstand	0	0,0
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen	0	0,0
C94 Sonstiges	1	0,8
C95 HELLP	0	0,0
C96 intrauteriner Fruchttod	0	0,0
C97 pathologischer Dopplerbefund	0	0,0
C98 Schulterdystokie	0	0,0

Mehrfachnennungen möglich

## Nach der Geburt

Apgar Wert nach 5 Minuten	Anzahl	Prozent
0	0	0,0
1 - 2	0	0,0
3 - 4	1	0,8
5 - 6	0	0,0
7 - 8	2	1,6
9 - 10	123	96,9
Keine Angabe	1	0,8
Gesamt	127	100,0

Gewicht	Anzahl	Prozent
unter 2.500 g	3	2,4
2.500 g bis 3.499 g	67	52,8
3.500 g bis 3.999 g	41	32,3
4.000 g bis 4.499 g	16	12,6
4.500 g bis 4.999 g	0	0,0
über 5.000 g	0	0,0
Gesamt	127	100,0

Perinatale Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	127

Verlegung des Kindes nach der Geburt	Anzahl	Prozent (n=127)
ja	9	7,1
nein	118	92,9

Morbidität/ Verlegung des Kindes	Anzahl	Prozent (n=127)	Verlegung Anzahl
D01 Unreife/Mangelgeburt	6	4,7	5
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	2	1,6	1
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit	0	0,0	0
D04 andere Atemstörungen	2	1,6	1
D05 Schockzustand	0	0,0	0
D06 Ikterus	4	3,1	2
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)	0	0,0	0
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)	0	0,0	0
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)	0	0,0	0
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))	0	0,0	0
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))	0	0,0	0
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel)	0	0,0	0
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,0	0
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemisyndrom)	0	0,0	0
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme	0	0,0	0
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen	0	0,0	0
D17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))	0	0,0	0
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)	0	0,0	0
D19 zur Beobachtung	1	0,8	2
D20 Sonstiges	2	1,6	0
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.)	2	1,6	1
D26 (andere) multiple Mißbildungen	0	0,0	0
D27 Anenzephalus	0	0,0	0
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)	0	0,0	0
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien	0	0,0	0
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals	0	0,0	0
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	1	0,8	0
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge)	0	0,0	0
D33 Gaumen- und Lippenpalten	0	0,0	0
D34 Anomalie Ösophagus/Magen	0	0,0	0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	0	0,0	0
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	1	0,8	0
D37 Anomalie Genitalorgane	0	0,0	0
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln	1	0,8	0
D39 Zwerchfellmißbildung	0	0,0	0
D40 Gastroschisis/Omphalozele	0	0,0	0
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.)	0	0,0	0
D42 Hernien	0	0,0	0
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation)	0	0,0	0
D44 andere Anomalie	0	0,0	0

Mehrfachnennungen bei Morbidität möglich

### Probleme der Mutter postpartal

Probleme der Mutter postpartal	Anzahl	Prozent
ja	4	3,1
nein	123	96,9
Gesamt	127	100,0

Verlegung der Mutter nach der Geburt	Anzahl	Prozent
Mutter verlegt	14	11,0
Mutter nicht verlegt	113	89,0
Gesamt	127	100,0

Mütterliche Probleme laut Katalog E nach der Geburt	Anzahl	Prozent
101 Blutungen über 1000 ml	1	0,8
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	2	1,6
103 komplizierte Geburtsverletzung	0	0,0
105 Eklampsie	0	0,0
106 HELLP	0	0,0
107 Sepsis	0	0,0
108 Verdacht auf Embolie	0	0,0
keine Angabe	1	0,8
keine mütterlichen Probleme nach der Geburt	123	96,9
Grundgesamtheit: 134 Datensätze	127	100,0

Verlegungsgrund (Mutter) laut Katalog E	Anzahl
E100 Auf Wunsch der Mutter	0
E101 Blutungen > 1000ml	0
E102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Placenta	2
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	0
E104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen	6
E105 Gestose / Eklampsie	0
E106 HELLP	0
E107 Sepsis	0
E108 Verdacht auf Embolie	0
E109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage	0
E110 zum normalen Wochenbett	2
E111 zur Begleitung des verlegten Kindes	2
E112 Sonstiges	2

Keine Mehrfachnennungen möglich

Mütterliche Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	127

**11 Studie zur außerklinischen Geburtshilfe  
(Thema außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea)**

Mit freundlicher Genehmigung der Herausgeberinnen und Autorinnen wird folgende Studie abgedruckt:

Beckmann, L.; Dorin, L.; Metzinger, S.; Hellmers, C. (2015)

**Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Eine qualitative Analyse zur Entscheidungsfindung der Eltern für den Geburtsort.**

Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) 03(01):  
13-19, 23

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der DGHWi e.V.

## Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Eine qualitative Analyse zur Entscheidungsfindung der Eltern für den Geburtsort

*Birth in out-of-hospital settings after a caesarean section: A qualitative study of decision-making by the parents*

Lea Beckmann M.Sc.<sup>1</sup>, Lena Dorin MPH<sup>1</sup>, Jun. Prof. Dr. rer. medic. Sabine Metzling<sup>2</sup> & Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers<sup>1</sup>

### Abstract

**Hintergrund:** In Deutschland entscheiden sich jährlich ca. 1,6% der werdenden Eltern für eine außerklinische Geburt. Ca. 5% der Frauen hatten einen direkt vorausgegangenen Kaiserschnitt.

**Ziel:** Diese Studie analysiert den Entscheidungsfindungsprozess der Eltern zur nächsten, außerklinisch angestrebten Geburt.

**Methode:** Qualitative Interviews mit 10 Paaren, die sich nach einem Kaiserschnitt für die außerklinische Geburt entschieden. Die Mütter und Väter wurden einzeln befragt. Die inhaltsanalytische Auswertung der 20 Interviews erfolgte nach Mayring.

**Ergebnis:** Einige Frauen hatten sich bereits in der ersten Schwangerschaft mit dem außerklinischen Geburtsort auseinandergesetzt, suchten aber wegen Sicherheitsbedenken der Partner oder aus medizinischen Gründen eine Klinik auf. Die dann folgende negative Klinikerfahrung beeinflusste die Entscheidung der Eltern für den außerklinischen Geburtsort beim nächsten Kind. Die Entscheidung wurde mit Hilfe professioneller medizinischer Unterstützung zwischen den Partnern ausgehandelt. Verwandte, Freunde und Nachbarn werden in einigen Fällen weder involviert noch informiert.

**Schlussfolgerung:** Empathisches Verhalten der klinischen Fachkräfte hat einen Einfluss auf das Geburtserleben. Hier kann professionelles und selbstreflektierendes Verhalten zum Wohlbefinden der werdenden Eltern beitragen. Das Verschweigen des geplanten Geburtsortes scheint im Zusammenhang mit der fehlenden Akzeptanz des außerklinischen Geburtsortes in der Gesellschaft zu stehen.

**Schlüsselwörter:** Entscheidungsfindung, außerklinische Geburt, Sectio caesarea

### Hintergrund

Seit ungefähr 10 Jahren ist die Zahl der Frauen, die sich für ein außerklinisches Setting entscheiden, mit ca. 1,6% im gesamten Bundesgebiet stabil (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.), 2014). Außer in Großbritannien und Island, wo die Hausgeburtsraten zwischen 1,4% und 3,7% liegen, beträgt der Anteil der Hausgeburten in den meisten europäischen Ländern weniger als ein Prozent. Die Niederlande weisen traditionell den höchsten Anteil an Hausgeburten auf. Jedoch ist die niederländische Hausgeburtsrate in den letzten Jahren rückläufig und liegt aktuell bei 16% (European Perinatal Health Report, 2013). Bei Untersuchungen der soziodemographischen Daten der Frauen, die sich für eine Geburt im außerklinischen Setting entscheiden, zeigte sich, dass diese Mütter älter sind als der

**Background:** Nearly 1.6% of all births in Germany begin in an out-of-hospital setting. About 5% of these women had a prior cesarean section.

**Aim:** This study explored the decision-making process of parents choosing the out-of-hospital setting for their next birth.

**Method:** 10 couples were interviewed. All women had a prior cesarean section and started their next birth in an out-of-hospital setting. The mothers and fathers were interviewed separately. Structured content analysis was used to analyse the 20 interviews.

**Results:** Some women considered an out-of-hospital setting for their first birth, but chose the hospital because of safety concerns of their partners, or for medical reasons. The negative experience they had while giving birth in the hospital influenced the parents' decision to choose an out-of-hospital setting for their next birth. The decision about the birthplace was negotiated between the partners and with the advice of supportive health care providers. Often, relatives, friends and neighbors were neither involved nor informed.

**Conclusion:** Empathic and sensitive behavior of the clinical health care provider has an influence on the birth experience. Professional and self-reflective behavior supports the well-being of the parents. There seems to be a correlation between the intimately held decision about place of birth and the lack of acceptance of out-of-hospital birth in society.

**Keywords:** Decision making, out-of-hospital birth, cesarean section

Durchschnitt der Gebärenden und häufiger über eine höhere Schulbildung verfügen (Kleiverda et al., 1990; Soderstrom, 1990; Bastian, 1993; Neuhaus et al., 2002; Jonge et al., 2009; Brocklehurst et al., 2011; van Haaren-ten Haken et al., 2012).

Im Jahr 2012 hatten in Deutschland 5,2% der Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entschieden, eine direkt vorausgegangene Sectio (Loytved, 2014). Im Gegensatz zu den Niederlanden stellt in Deutschland der Status nach Sectio kein Ausschlusskriterium für eine Geburt im außerklinischen Setting dar (GKV, 2011). Die Befürwortung und Ablehnung wird jedoch international kontrovers diskutiert (Harrington et al., 1997; Lieberman et al., 2004; Latendresse et al., 2005; David et al., 2009; Deline et al., 2012; Beckmann et al., 2014).

Einige Autoren beschreiben bei der vaginalen Geburt nach Sectio caesarea Risiken wie Placentalösungsstörungen, Blutungen und Uterusrupturen (Gurol-Urganci et al., 2011; Kramer et al., 2011; Welsch, 2011, S. 1207-1224). In aktuellen Studien werden diese Ergebnisse jedoch relativiert. Das Rupturrisiko bei Status nach Sectio steigt bei klinischen Interventionen wie der Gabe von Wehen fördernden Mitteln (Kwee et al., 2007; Dekker et al., 2010; Barger et al., 2011) und dem Einsatz der Periduralanästhesie (Cahill et al., 2010; Barger et al., 2011). Diese Maßnahmen werden in Deutschland im außerklinischen Setting nicht eingesetzt. Zudem ist die Inzidenz von Placentalösungsstörungen und postpartalen Blutungen bei Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt gegenüber den Erstgebärenden im außerklinischen Setting in Deutschland nicht erhöht (Beckmann et al., 2015).

In Untersuchungen zur Motivation bei der Wahl des außerklinischen Geburtsortes sind international die am häufigsten genannten Gründe die vertraute Hebamme, die Selbstbestimmung der Frauen und die vertraute Umgebung (Kleiverda et al., 1990; Rogasch, 1998; Viisainen, 2001; Neuhaus et al., 2002). In einer aktuellen Übersichtsarbeit kommen die Autorinnen zu dem Ergebnis, dass Frauen, die sich für ein außerklinisches Setting entscheiden, dem Recht auf eine informierte Entscheidung einen hohen Stellenwert beimessen (Hadjigeorgiou et al., 2012). Jedoch beziehen sich diese Angaben nicht explizit auf Frauen mit vorausgegangener Sectio caesarea.

In Deutschland wird die Motivation der Mütter zur Nutzung des außerklinischen Setting im Perinatalerhebungsbogen dokumentiert. Bei Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt wurden am häufigsten die vertraute Hebamme (75 %), die Selbstbestimmung (73 %), die Geburtserfahrung (67%) und die vertraute/angenehme Umgebung (62%) angegeben (Beckmann, 2014).

In einer schwedischen Befragung wurde landesweit an alle Frauen, die zwischen 1992 und 2005 zuhause geboren hatten, ein Fragebogen verschickt. Von den 735 angeschriebenen Frauen beantworteten 594 (80.8%) die offen gestellte Frage nach den Reaktionen des sozialen Umfeldes zu ihrer Entscheidung zum außerklinischen Geburtsort. Die schriftlichen Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Die Autorinnen fassen in ihren Ergebnissen zusammen, dass mit emotionalen Argumenten, der Anschuldigung der Verantwortungslosigkeit bis hin zur sozialen Ausgrenzung versucht wurde, die Frauen von der Notwendigkeit eines klinischen Settings zu überzeugen (Sjöblom et al., 2012).

Heckhausen (2006) beschreibt, dass einer individuellen Entscheidung eine Interaktion von situativen Anreizen und persönlichen Eigenschaften vorausgeht. Bei Jungermann et al. (2010) wird die Entscheidung als bewusste Beurteilung von mindestens zwei Möglichkeiten hinsichtlich ihres Nutzens und der möglichen Konsequenzen beschrieben. Als gelungen wird der Entscheidungsprozess von den Autoren bewertet, wenn die Ergebnisse der Recherche über die Möglichkeiten umfassend und vielseitig vorliegen. Die umfassende und vielseitige Suche nach Informationen wird jedoch häufiger von Personen mit höherem Bildungsabschluss umgesetzt (Ahner et al., 1996; Rahden, 2011).

## Zielsetzung und Forschungsfragen

Die besondere Gruppe der Frauen mit Status nach Sectio in der außerklinischen Geburtshilfe ist, abgesehen von wenigen Studien zum maternalen und neonatalen Outcome, kein umfassend bearbeiteter Gegen-

stand der internationalen Forschung. Um erste Erkenntnisse zu gewinnen ist das Ziel dieser Arbeit die Darstellung der Entscheidungsfindung für den außerklinischen Geburtsort von Eltern nach einem erlebten Kaiserschnitt.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Forschungsfragen.

- ◆ Welche zentralen Einflussfaktoren führten zur Entscheidung für eine außerklinische Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt?
- ◆ Wie gestaltete sich der Entscheidungsfindungsprozess, sowohl im Hinblick auf die individuelle als auch auf die gemeinsame Entscheidungsfindung als Paar?

## Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Design gewählt. Um ein möglichst vollständiges Bild des Prozesses der Entscheidungsfindung zum Geburtsort rekonstruieren zu können, wurden beide Elternteile für ein Interview gewonnen. Da die Anwesenheit des Partners bzw. der Partnerin die Inhalte eines Interviews beeinflussen können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010), wurden die Paare getrennt befragt. Für das teilstrukturierte Interview wurde zunächst ein Leitfaden nach den Empfehlungen von Helfferich (2005) und Kruse (2011) entwickelt. Nach einem Erzählimpuls zu Beginn des Interviews wurden die Befragten in ihrer narrativen Erzählweise unterstützt. Bei Unklarheiten oder offenen Punkten wurden konkrete Fragen bzw. Rückfragen gestellt.

Die durchgeführten Interviews (n = 20) mit Müttern und Vätern, die nach einem erlebten Kaiserschnitt die Geburt ihres nächsten Kindes außerklinisch begonnen hatten und deren Kind zum Zeitpunkt des Interviews unter einem Jahr alt war, wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet. Das gesamte Interviewmaterial wurde zunächst strukturierend analysiert. Es folgte eine induktive Kategorienbildung. Die Aussagen der Paare wurden auf ihre Übereinstimmung geprüft. Die Interviews wurden unabhängig von zwei Forscherinnen ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in einem zweiten Schritt abgeglichen. Unklare Interviewpassagen wurden in einer Analysegruppe vertiefend besprochen. Die vorliegende Arbeit orientierte sich dabei an den Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Steinke (1999). Für das Forschungsvorhaben wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V. gestellt, die ein ethisches Clearing erteilte.

Die Kontaktaufnahme zur Rekrutierung von Interviewteilerinnen und -teilnehmern erfolgte über die Vorsitzende der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) und die Landeskoordinatorinnen in der außerklinischen Geburtshilfe. Die Paare wurden ausführlich und in schriftlicher Form über das Forschungsvorhaben informiert. Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Neben der Zusicherung der Anonymisierung der personenbezogenen Daten wurden alle Interviewpartner auf den jederzeit möglichen Abbruch des Interviews hingewiesen. Die Daten wurden zunächst pseudonymisiert und im Anschluss anonymisiert.

## Stichprobe

Die Auswahl der Interviewteilerinnen und Interviewteiler fand unter dem Aspekt der höchstmöglichen Heterogenität der Gruppe statt,

um ein breites Spektrum an Hintergründen und Erfahrungen in die Analysen einbeziehen zu können. Es wurde darauf geachtet, dass unterschiedlich geplante Geburtsorte und unterschiedliche Ursachen für den erlebten Geburtsmodus Kaiserschnitt beim ersten Kind vorlagen. Weitere Auswahlkriterien waren Unterschiede zum geplanten und tatsächlichen Geburtsort sowie der Geburtsmodus bei der darauf folgenden Geburt. Die 20 Interviews wurden im Zeitraum vom 31.05.2013 bis 09.01.2014 geführt. Diese wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

Alle befragten Eltern lebten in einem gemeinsamen Haushalt und in einer Partnerschaft. Es wurde jeweils ein Interview nur mit den Müttern und dann ein zweites nur mit den Vätern geführt. Die Wohnorte der Familien waren über das deutsche Bundesgebiet verteilt und die Interviews fanden bei den Paaren zuhause statt. Das Alter der Frauen lag zwischen 27 und 39 Jahren und das der Männer zwischen 29 und 45 Jahren. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 30 Minuten. Das längste Interview dauerte 50 Minuten. Ein sehr kurzes Interview von 10 Minuten mit einem Vater ist dem Zeitdruck des Befragten geschuldet. Über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügten 80% und über ein abgeschlossenes Studium 45% der Interviewpartnerinnen und -partner. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung der Altersstufe 25 bis 45 Jahre (Destatis, 2013). Die interviewten Frauen hatten verschiedene Indikationen für die erste Sectio. Diese waren Beckenendlage, Gemini, Geburtsstillstand und Fehleinstellung. Die darauf folgende außerklinische Geburt fand bei drei Frauen zuhause und bei drei Frauen im Geburtshaus statt. Vier Frauen wurden während der Geburt in das klinische Setting verlegt. Zwei dieser Frauen erlebten eine Re-Sectio, eine Frau hatte eine Vakuum Extraktion und eine Frau hat in der Klinik spontan geboren.

### Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden kategoriengeleitet die zentralen Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung für das außerklinische Setting nach erlebtem Kaiserschnitt dargestellt. Hier zeigte sich, dass das Erleben und die Verarbeitung der ersten Geburt als bedeutsamer Schritt in der Entscheidungsfindung gegen eine weitere Geburt im Krankenhaus wahrgenommen wurden. Daraus resultiert der zweite zentrale Aspekt, das Handeln in Vorbereitung auf die zweite Geburt. Im Aushandlungsprozess zwischen den Paaren zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Geburt. Ebenfalls bedeutsam sind der Umgang mit der Verbalisierung der Entscheidung gegenüber Dritten und die Reaktionen auf die Entscheidung im Umfeld der Paare. Die Bilanzierung der Entscheidung für das außerklinische Setting wird im letzten Absatz der Ergebnisdarstellung aufgeführt.

### Das Erleben und die Verarbeitung der ersten Geburt

Alle interviewten Paare präferierten in der ersten Schwangerschaft eine Spontangeburt, erlebten aber einen Kaiserschnitt. Es besteht folglich eine Diskrepanz zwischen dem gewünschten und dem erlebten Geburtsmodus. So beschreibt eine Mutter nach einer außerklinischen Anbetreuung der ersten Geburt durch eine Hebamme ihr Gefühl nach der Entscheidung zur Sectio mit folgenden Worten: „Ich war dann auch am Boden zerstört.“ (Frau 9) Aufgrund des Kaiserschnittes musste also eine Enttäuschung verarbeitet werden.

Einige Eltern berichteten, dass sie sich bereits vor der ersten Geburt mit einem möglichen außerklinischen Geburtsort auseinander gesetzt haben. Drei der befragten Mütter hatten die erste Geburt außerklinisch begonnen, wurden jedoch aufgrund eines Geburtsstillstandes subpartal in die Klinik verlegt. Mütter, die sich schon beim ersten Kind eine außerklinische Geburt wünschten, aber dennoch das klinische Setting wählten, beugten sich den Sicherheitsbedenken ihrer Partner.

*„Weil ich es beim ersten Kind schon machen wollte. Und da hab ich mich nicht getraut. Mein Mann war auch nicht grad begeistert, zuhause zu entbinden. Beim ersten Kind. Beim Zweiten auch nicht. Aber ich, da hab ich mich durchgesetzt.“ (Frau 1)*

Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einstellung zum außerklinischen Geburtsort. Während sich einige der befragten Frauen klar für das außerklinische Setting positionieren, verbalisieren einige Männer Bedenken und Vorbehalte. Sie selbst würden sich aus Sorge vor möglichen Risiken eher für eine Klinikgeburt entscheiden.

#### 1. Klinikerfahrung bei der ersten Geburt

In den Aussagen der Paare fällt auf, dass das Krankenhaus häufig mit „krank sein“ verbunden wird. Dies steht der positiven Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt konträr gegenüber, da diese, von den hier Befragten, nicht mit Krankheit assoziiert wird. Auffallend ist, dass alle Eltern übereinstimmend bei ihrer ersten Geburt mit der Betreuung im Krankenhaus unzufrieden waren. Vor allem die fehlende Intimität und unbeachtete Privatsphäre wurden beklagt. Zudem wird von den Paaren Stress, Bevormundung und mangelnde Empathie des Personals kritisiert. Ein Vater, dessen zweites Kind nach subpartaler Verlegung spontan in der Klinik geboren wurde, beschreibt die erlebte Atmosphäre im Kreißaal wie folgt:

*„Die Ärzte kommen mal rein und raus und ich hatte das Gefühl, dass sie sich mit uns nicht unterhalten so wirklich, sondern nur gucken, was ist da Sache und gehen wieder raus und das ist halt dann ganz schwierig.“ (Mann 6)*

Beiden Elternteilen bleibt in Erinnerung, dass sich die fehlende Ruhe und Wertschätzung sowie die vorherrschende Hektik negativ auf die Atmosphäre auswirkt. Eine Mutter berichtet nach zwei subpartalen Verlegungen und zwei Sectionen:

*„Ich war ja dann da in so einem Kreißaalzimmer drinnen und da geht die Tür auf, zu, auf, zu, kommt jemand raus, rein. Fremde Leute, die man nicht kennt, und du willst eigentlich ganz intim dein Kind gebären und ständig ist jemand anders da, dann wird man permanent untersucht und das sind alles Fremde für mich. Das ist für mich eigentlich ist es das unnatürlichste auf der Welt sein Kind im Krankenhaus auf die Welt zu bringen, meiner Meinung nach. Das ist ein Ort des Stresses.“ (Frau 7)*

#### 2. Traumatisches Erlebnis Kaiserschnitt

Das fehlende Geburtserlebnis durch den erlebten Kaiserschnitt, gepaart mit der Gesamtsituation eines Klinikaufenthaltes, wirkt bei vielen Frauen noch lange nach. Eine Mutter beschreibt ihr Gefühl nach der ersten Sectio aufgrund von Gemini mit folgenden Worten:

*„Und ich empfand das im Nachhinein/ empfand das alles als sehr traumatisch, weil das alles so hoppla hopp ging. [...] ich hatte immer so das Gefühl, das war so unpersönlich, und anonym, das war so, als wären die [Anm. Kinder] mit Federal Express geliefert worden.“ (Frau 3)*

Diese negativ geprägte Gesamtreflexion des Klinikaufenthalts fließt in die Entscheidung für den Geburtsort des nächsten Kindes ein. Wenn möglich, möchten die Frauen einen erneuten Kaiserschnitt vermeiden und spontan gebären. Diesem Wunsch entsprechend folgt eine intensive Auseinandersetzung, die einen Ort, an dem ausschließlich spontan geboren wird, als sehr attraktiv erscheinen lässt. Von einer Spontan- geburt versprechen sich die Frauen, die oftmals traumatisch erlebte Schnittentbindung endgültig zu verarbeiten und ihr Selbstvertrauen durch eine vaginale Spontangeburt zu stärken. Eine Mutter, die ihr zweites Kind im Geburtshaus geboren, hat sagt dazu:

*„Also ja, vielleicht noch so, das muss ich ganz ehrlich sagen, dass diese außerklinische Entbindung auch eine unglaublich heilsame Erfahrung war. Für mich. Also es hat wirklich ganz, ganz viel, was die erste Entbindung kaputt gemacht hat, sozusagen, wieder heile gemacht. Und mir ein unglaubliches Selbstvertrauen gegeben was das angeht. Ja, auch was in so, in puncto Körperakzeptanz und solche Sachen.“ (Frau 5)*

## Handeln als Vorbereitung auf die zweite Geburt

Dem in der passiven Rolle erlebten Kaiserschnitt begegnen die Frauen nun mit einer aktiv handelnden Vorgehensweise in Vorbereitung auf die Geburt des zweiten Kindes. Vor allem die Mütter setzten sich mit ihren persönlichen Erfahrungen intensiv auseinander und suchten nach individuellen Lösungen für den Geburtsmodus und den Geburtsort für das zweite Kind. Im Aushandlungsprozess zwischen den Paaren nimmt der Wunsch der Mütter für ein außerklinisches Setting nun einen anderen Stellenwert ein. Nicht mehr der Sicherheitsgedanke, sondern das Wohlbefinden der Partnerin gewinnt eine höhere Bedeutung.

*„...weil letztendlich ist sie ja die, die das Kind da austragen muss und dann zur Welt bringen muss und die soll sich wohl fühlen“ (Mann 6)*

Von den Vätern wird klar verbalisiert, dass ihre Partnerin die größere Verletzung an Körper und Seele durch den erlebten Kaiserschnitt erlitten hat. So gibt ein Vater, dessen Frau bei beiden Geburten eine Hausgeburt anstrebte und zweimal eine Sectio erlebte, an:

*„Letzten Endes ist es der Bauch von meiner Frau und es ist die, auch die Narbe von meiner Frau, die letztlich diesen Geburtsprozess überstehen muss.“ (Mann 8)*

## 1. Informationsquellen

Zur Verarbeitung ihrer Erlebnisse suchen Frauen den Erfahrungsaustausch mit betroffenen Müttern und sammeln Informationen über ihre Möglichkeiten für eine vaginale Geburt. Dazu nutzen sie Bücher, Broschüren, das Internet und Fernsehen. Hier zeigt sich eine größere Initiative auf Seiten der Frauen, die dann ihren Partnern eher eine Zusammenfassung ihrer Informationen weitergeben. Im Kontext der Auseinandersetzung mit dem Geburtsort wird die bereits erlebte Geburt wieder präsenter und erneut reflektiert. Eine Mutter, die sich bereits in der ersten Schwangerschaft für eine Geburt im Geburtshaus interessiert hatte, sich aber dann für eine Klinikgeburt entschied, berichtet:

*„Und dann habe ich auch so einen Geburtsbericht im Internet gelesen und ah ja, ich habe noch dieses Buch, wie heißt dieses Buch, 'Kaiserschnitt-Mütter', also das Buch habe ich gelesen und da kam mir langsam der Gedanke, dass ich wahrscheinlich bei der Wahl der, vom Geburtsort nicht richtig gemacht habe.“ (Frau 9)*

Dies kann also dazu beitragen, dass eine starke Verbindung zwischen dem Krankenhaus als Geburtsort und dem erlebten Kaiserschnitt

hergestellt wird. Da der Geburtsort in Deutschland frei wählbar ist, liegt somit auch die Verantwortung für diese Wahl zumindest teilweise bei den Eltern selbst. Dies kann dazu führen, dass die Krankenhausentscheidung nachträglich als „fehlerhaft“ klassifiziert und damit sogar eine Teilschuld am erlittenen Kaiserschnitt verbunden wird.

Durch die Beschäftigung mit dem Thema werden jedoch nicht nur Informationen gesammelt, sondern auch Bestätigung für die eigene Entscheidung, eine außerklinische Geburt anzustreben, gesucht und manchmal auch atmosphärische Erwartungen geweckt.

*„Wir haben uns Bücher eigentlich besorgt und in den Büchern gelesen und gemerkt, dass gerade Leute, die eine natürliche Geburt zuhause oder im Geburtshaus bevorzugen, einfach schöne Argumente hatten dafür, dass man das lieber dort macht, weil die Atmosphäre ruhiger ist, weil man viel familiärer da ist und nicht in so einem gleißendem Licht und nicht so einer Sterilität und Anonymität da durchgeschleust wird, sondern es viel persönlicher ist.“ (Mann 10)*

## 2. Einflüsse von außen

Auf der Suche nach Vorbildern nehmen Frauen Kontakt mit anderen Müttern auf, die nach einem Kaiserschnitt vaginal geboren haben.

Einen hohen Stellenwert haben zudem die Toleranz und, sofern vorhanden, die Unterstützung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte. Übereinstimmend berichteten die Frauen, dass sie bei ärztlicher Ablehnung gegenüber ihres Vorhabens, nach einem Kaiserschnitt außerklinisch zu gebären, nach alternativer, sie unterstützender Betreuung suchten. Alle

**dghw** Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

## Hebammenforschung – Frauen im Fokus

### 3. Internationale Fachtagung

am 12. Februar 2016, 10:30 – 17:00 Uhr in Fulda

### Call for Abstracts

15. Mai 2015 – 31. August 2015

Die Fachtagung dient der Präsentation von Forschungsergebnissen und Arbeiten der Hebammenwissenschaft sowie relevanter anderer Fachgebiete. Eingeladen sind Teilnehmer/innen aus Forschung, Lehre, Praxis und Ausbildung. Die **Keynote** spricht die renommierte kanadische Hebamme **Ellen Hodnett, PhD, FCAHS**, die sich insbesondere um die Berücksichtigung der Interessen der Nutzerinnen der Hebammenversorgung und -forschung verdient gemacht hat. Sie war leitende Forscherin von mehreren großen, national und international geförderten Multicenter randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zur Versorgung von Frauen während der Geburt. Ellen Hodnett hat mehrere hebammenrelevante Cochrane-Reviews geleitet und erarbeitet.

Informationen zum **Call for Abstracts**, zur Anmeldung sowie zum ausführlichen Programm (veröff. Ende des Jahres), finden Sie unter [www.dghwi.de](http://www.dghwi.de) ➔ 3. Internationale Fachtagung.

**Frühbucher-Rabatt: bis einschließlich 31. Oktober 2015**

Frauen hatten während ihrer zweiten Schwangerschaft neben der Betreuung durch Hebammen auch ärztliche Begleitung. Männer registrierten die Toleranz von Medizinerinnen für ihr Vorhaben zum Teil mit Überraschung.

*„Das war, jeder hat gesagt, 'es ist alles in Ordnung' bei uns. 'Super. Das Kind ist klar in der Norm.' Also alles. 'Macht das.' Also ich habe eigentlich immer erwartet, dass die uns das ausreden im Krankenhaus. 'Wieso macht ihr das?' oder so. Aber eigentlich, der Arzt hat das auch gesagt, 'ja es spricht nichts dagegen' und das hat uns bestärkt halt eigentlich, weil es war ja alles, die Werte und so alles gut, wo man sich halt danach richten kann.“ (Mann 7)*

Sehr wichtig für die Paare ist das persönliche Gespräch mit den begleitenden Hebammen, zu denen sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Hier zeigt sich, dass die Mütter mit ihrem Wunsch nach einer außerklinischen Geburt aktiv an eine Hebamme herantreten, die dann die Aufgabe übernimmt, die Sicherheitsbedenken der Partner ernst zu nehmen und zu relativieren. Ein Vater, dessen Frau schon beim ersten Kind zuhause bleiben wollte, sich aber aufgrund der Sicherheitsbedenken des Partners für eine Geburt in der Klinik entschied, beschreibt:

*„Und das hat mich dann schon jetzt für die Entscheidung dann beim [Name vom Kind] eine Hausgeburt zu machen, schon ein bisschen beunruhigt immer, dass das wieder irgendwo das Problem sein könnte. Aber gut, ich hab mich dann auch von der Hebamme überzeugen lassen.“ (Mann 1)*

### 3. Umgang mit sozialem Umfeld

Die Entscheidungsfindung wird zwischen den Paaren ausgehandelt und größtenteils nicht offen im sozialen Umfeld kommuniziert. Findet ein Austausch über den geplanten Geburtsort in den Familien statt, so dominieren manchmal Vorbehalte, Skepsis und Unverständnis für diese Entscheidung.

*„Und dann kam eine Invasion an, 'das kannst du nicht machen', 'oh mein Gott, das ist zu gefährlich' und 'jetzt stell dir mal vor, da passiert was'“ (Frau 7)*

*„Zwischen 'sie ist verrückt', zwischen, ja, 'auf gar keinen Fall, das darfst du nicht zulassen'. Und, na ja, alles Negatives. Wirklich, es ist kein einziger Mensch gesagt, 'ja'.“ (Mann 4)*

Als Konsequenz auf die ablehnenden Reaktionen und aus Selbstschutz vor weiteren negativen Äußerungen von Skeptikern, wird die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld gemieden, bis hin zum retrospektiven Verschweigen des Geburtsortes.

*„Ich wollte meine Kräfte sparen, also ich wollte mich nicht auf diese Diskussionen einlassen und ja, also ich dachte, ich mache einfach meine Sache und im Nachhinein erzähle ich das oder auch nicht. [...] Also unsere Eltern wissen das heute nicht, dass die Enkeltochter im Geburtshaus zur Welt kam. Das wäre für sie wahrscheinlich eine Horrorgeschichte. So ohne Ärzte.“ (Frau 9)*

Wenn auf die Wahl des außerklinischen Settings nicht mit Ablehnung reagiert wird, so wird die Entscheidung als mutig bewertet. Damit bleibt die Verantwortung für die Entscheidung bei den werdenden Eltern. Mit Mut wird im Allgemeinen nicht nur positives Handeln, sondern auch die Risikobereitschaft ausgedrückt. Damit wird vermittelt, dass mit der Entscheidung potenzielle Risiken in Kauf genommen werden. Gelingt das „Risiko“ einer außerklinischen Geburt, so wird im Nachhinein

Anerkennung geäußert. Gelingt die außerklinische Geburt jedoch nicht, so wird das mit der eingegangenen Risikobereitschaft verbunden und durchaus als gescheitertes Vorhaben gewertet. So bewertet eine Mutter, die ihr zweites Kind im Geburtshaus zur Welt brachte, ihre Entscheidung selbst als mutig.

*„Ich kenne Frauen, die sich in einem Krankenhaus auch einfach sicherer fühlen würden. Ich kenne auch Frauen, die auch bei der ersten Geburt schon Mut dazu haben zuhause zu bleiben, dazu braucht man in heutiger Zeit Mut, glaube ich.“ (Frau 9)*

Ein Vater beurteilte die zweite subpartale Verlegung seiner Frau unter dem Aspekt der öffentlichen Verlegung eher negativ.

*„Hat mir nicht so gefallen, das wir da jetzt wieder einpacken müssen mit den Wehen und die Nachbarn sind draußen auf der Terrasse und sehen uns.“ (Mann 7)*

Der von außen suggerierte nötige Mut für diese Entscheidung stärkt jedoch das Selbstbewusstsein und erfüllt besonders die Mütter nach gelungener außerklinischer Geburt mit Stolz über ihre eigene Leistung.

### Bilanzierung der Entscheidung

Rückblickend bilanzieren alle Paare ihre Entscheidung für den außerklinischen Geburtsbeginn positiv. Lediglich eine Frau und kein Mann würden bei einer weiteren Geburt das Krankenhaus dem außerklinischen Setting vorziehen. Auch bei den Paaren, die beide Geburten in der Klinik erlebt haben, zwei davon mit einer Re-Sectio, überwiegt die positive Erinnerung an das außerklinische Setting. Eine dieser beiden Frauen mit zwei Sectiones sagt:

*„und falls es einmal irgendwie ein Drittes gibt, ich glaube dann würde ich es zumindest wieder daheim anfangen lassen.“ (Frau 8)*

Insbesondere die persönliche Betreuung, die angenehme Atmosphäre in gewohnter Umgebung und die Ruhe bleiben den Eltern in positiver Erinnerung. Gleichzeitig werden auch notwendige Voraussetzungen wie ein unauffälliger Schwangerschaftsverlauf für diese Entscheidung beschrieben.

*„Wenn die Schwangerschaft normal verläuft, und Frau und Kind gesund sind, und man keine größeren Bedenken erst mal sieht, dann würde ich das auf jeden Fall empfehlen, weil: Es ist einfach eine völlig andere Atmosphäre. Das ist eine völlig andere Art und Weise, zu entbinden. Und es ist einfach. Ja, da wird halt dieses Medizinische total raus genommen. Das ist eine Geburt. Das ist ein natürlicher Vorgang.“ (Mann 5)*

Mit dem Wissen, dass eine Spontangeburt nach einem Kaiserschnitt möglich ist, suchen sich die Eltern mit dem außerklinischen Geburtsort ein Setting, in dem die Atmosphäre einer spontanen Geburt aus ihrer Sicht förderlich ist. In Erinnerung bleibt, dass das außerklinische Setting den natürlichen Geburtsvorgang sehr angenehm unterstützt.

### Diskussion

Die hier befragten Paare blicken auf Geburtserfahrungen sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting zurück. Einen wichtigen Einflussfaktor zur Entscheidung für den außerklinischen Geburtsort stellt die negative Klinikerfahrung dar. Frauen, die sich bereits vor der ersten Geburt mit dem außerklinischen Setting auseinandergesetzt hatten, beugten sich den Sicherheitsbedenken der Partner und wählten als Geburtsort eine Klinik. Hier zeigt sich die hohe Bedeutung der gemeinschaftlichen Entscheidung der Paare bei der Wahl des Geburts-

ortes für das gemeinsame Kind. Mit der zweiten Schwangerschaft wird die Entscheidung für einen Geburtsort erneut ausgehandelt. Die hier befragten Mütter und Väter haben, als gemeinsame Erfahrung, die erste Geburt und den Klinikaufenthalt in negativer Erinnerung. Die Väter reagieren in der zweiten Schwangerschaft auf den Wunsch ihrer Partnerinnen, ihr Kind im Geburtshaus oder Zuhause zur Welt zu bringen, nicht mehr mit Abwehr, sondern mit Verständnis. Die negative erste Geburtserfahrung als wesentlicher Einflussfaktor für die Entscheidung, beim nächsten Kind das außerklinische Setting zu wählen, wurde bereits von Boucher et al. (2009) beschrieben. Dass das mütterliche Wohlbefinden -zumindest zeitweise- beeinträchtigt ist, wenn der geplante Geburtsmodus nicht dem tatsächlichen entspricht, beschreibt auch Hellmers (2005 S. 187). Die hohe Priorität der vertrauten oder angenehmen Umgebung, die auch aus einer erlebten Klinik Erfahrung resultieren kann, wird bei Cheyney (2008) und Murray-Davis et al. (2012) aufgezeigt.

Die Entscheidungsfindung als Paar, nach einem von beiden Partnern negativ erlebten Klinikaufenthalt, wird von den Vätern häufig als eine, durch die Frau dominierte Entscheidung beschrieben, der die männlichen Partner dann aber gut folgen konnten. Hier scheinen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung zum Gebären und zum klinischen Setting eine tragende Rolle zu spielen. Die Entscheidung, ein Kind nicht im Krankenhaus sondern zuhause oder im Geburtshaus zu gebären, wird in Deutschland von einer Minderheit umgesetzt. In der Mehrheit der Bevölkerung scheinen Sicherheitsbedenken zu bestehen oder es fehlen Informationen über das außerklinische Setting, die sich in Abwehrreaktionen zeigen. Auffallend ist die Übereinstimmung der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer zu den negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes. So wird das klinische Setting von außenstehenden Personen mit dem Aspekt der Sicherheit für Mutter und Kind assoziiert, das außerklinische Setting hingegen mit der Vorstellung von der mangelnden Möglichkeit des raschen Handelns bei Komplikationen.

Dieses Ergebnis stimmt mit der Arbeit von Sjöblom et al. (2012) überein. Die Betroffenen begegnen den Vorbehalten aber nicht argumentativ, sondern durch Verschweigen des geplanten Geburtsortes. Die Auseinandersetzung wird gemieden, um „Kraft zu sparen“. Die befragten Frauen waren sich sehr sicher, mit dem außerklinischen Setting die richtige Wahl zum Geburtsort getroffen zu haben. Geburt wurde von allen Frauen als natürlicher Vorgang wahrgenommen und Krankenhaus mit „krank sein“ assoziiert. Die Mütter hatten sich umfassend mit den Möglichkeiten und Grenzen der außerklinischen Geburt bei Status nach Sectio auseinandergesetzt, sahen es aber nicht als ihre Aufgabe an, die Entscheidung gegenüber Dritten zu rechtfertigen. Nach der erfolgreichen außerklinischen Geburt reagieren Familie, Freunde, Nachbarn und Kollegen positiv. Dann wird die Entscheidung für das außerklinische Setting als mutig bezeichnet. Unklar bleibt, ob sich der Mut auf das eingegangene Risiko oder auf die Abweichung vom Normverhalten bezieht. Hier ist weitergehende Forschung notwendig, um das Phänomen der mangelnden gesellschaftlichen Akzeptanz des außerklinischen Geburtsortes zu untersuchen.

Der mütterliche Stress, der durch eine subpartale Verlegung hervorgerufen werden kann, dient häufig als Argumentation, den vorausgegangenen Kaiserschnitt als Ausschlusskriterium für die Außenklinik zu definieren. In der vorliegenden Arbeit konnte diese Annahme nicht

bestätigt werden und wurde auch von Wiegers et al. (1998) entkräftet. Die Autoren beschreiben, dass die ungeplante subpartale Verlegung wenig Einfluss auf die Entscheidung des nächsten Geburtsortes hat. Vielmehr ist die positive Geburtserfahrung ein wesentlicher Indikator, den bekannten Geburtsort erneut zu präferieren. Die hier befragten Eltern hoben alle die Vorteile einer vertrauten bzw. angenehmen Umgebung auch für den Geburtsbeginn hervor. Die Vorteile der außerklinischen Anbetreuung wurden von allen Männern, deren Frauen verlegt wurden, deutlich betont. Bei den subpartal verlegten Frauen bilanzierte lediglich eine Mutter, dass sie beim nächsten Kind von Beginn an ein klinisches Setting wählen würde. Hier zeigt sich ein Umdenken bei den Vätern. Diejenigen, die bei der ersten Geburt noch Sicherheitsbedenken äußerten, sind nach der außerklinischen Erfahrung von der richtigen Entscheidung zum Geburtsort überzeugt.

## Limitationen

Die Anzahl der befragten Mütter und Väter ist mit  $n = 20$  gering, so dass die hier gewonnenen ersten Erkenntnisse in weiterführenden Studien verifiziert werden sollten. Zudem hätte eine tiefergehende Sequenzanalyse möglicherweise weitere Entscheidungshintergründe aufgedeckt. Ebenfalls bedeutsam könnte die Gewichtung der Einflussfaktoren sein, die jedoch durch die inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring limitiert ist. Die hier untersuchte Gruppe weist starke Gemeinsamkeiten in der Einstellung zum Geburtsort auf. Eine kontrastierende Studie, die Paare einbezieht, die sich aufgrund von Bedenken des werdenden Vaters gegen ein außerklinisches Setting entscheiden, könnte die hier gewonnenen Erkenntnisse vertiefen. Zudem wären gemeinsame Interviews mit Paaren, in denen sich der Aushandlungsprozess klarer zeigen könnte, eine Möglichkeit für weitere Forschung.

## Schlussfolgerung

Der Einflussfaktor „negative Geburtserfahrung“, der zur Entscheidung für das außerklinische Setting beigetragen hat, ist von wesentlicher Bedeutung. Die Anbetreuung Zuhause, auch bei anschließender Verlegung, wurde von allen Paaren als positiv beschrieben. Hier wird der Stellenwert der vertrauten oder angenehmen Umgebung deutlich sichtbar. Wenn eine Anbetreuung im außerklinischen Setting, auch bei (geplanter) Verlegung wesentlich zum Wohlbefinden der Gebärenden beiträgt, könnte dies als ein mögliches Betreuungsmodell weiter ausgebaut werden. Die Intimität der gewohnten Umgebung, die Anwesenheit vertrauter Menschen und die damit assoziierte Ruhe, die nötig ist, um in Sicherheit zu gebären, wird von vielen Paaren hervorgehoben. Dieses Bedürfnis wird auch in anderen Studien beschrieben (Boucher et al., 2009; Cheyney, 2008). Die hier untersuchte Gruppe von Müttern und Vätern, die nach einem vorausgegangenen Kaiserschnitt das außerklinische Setting der Klinik vorzogen, fühlte sich umfassend über die Möglichkeiten und Grenzen der außerklinischen Geburt bei Status nach Sectio informiert. Die Mütter, die über die hohe bundesweite Verlegungsrate von 38% (Beckmann et al., 2014) informiert waren, bezogen diese Zahl nicht auf die eigene Situation und nahmen sie auch nicht als Bedrohung wahr.

Die übereinstimmend negative Klinik Erfahrung der Befragten kann durch professionelles und selbstreflektierendes Verhalten der klinischen Fachkräfte im Krankenhaus deutlich minimiert werden um eine Atmosphäre zu schaffen, die zum Wohlbefinden der werdenden Eltern beiträgt. Auch bei einem notwendigen Kaiserschnitt muss die Atmosphäre

nicht zwangsläufig, wie bei der untersuchten Gruppe, mit Unruhe, mangelnder Empathie und Stress verbunden sein. Wenn die Geburt als intimer Moment der werdenden Eltern von allen Beteiligten wahrgenommen, respektiert und empathisch begleitet wird, dann kann auch das klinische Setting als „angenehme Umgebung“ wahrgenommen werden.

Die Erkenntnis, dass die Gesellschaft kritisch auf die Entscheidung eines außerklinischen Geburtsortes reagiert, sollte zu vermehrter Aufklärung in der Öffentlichkeit führen, um Vorurteile und Fehlinformationen entgegen zu wirken.

**Institutionen:** <sup>1</sup> Hochschule Osnabrück, Universität Witten/Herdecke; <sup>2</sup> Universität Witten/Herdecke, Hochschule Osnabrück.

**Interessenkonflikt:** Das Forschungskolleg FamLe – Familiengesundheit im Lebensverlauf, in dessen Rahmen diese Arbeit entstand, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ 01KX1113A; FKZ 01KX1113B). Es wurde jedoch keinerlei Einfluss auf diese Arbeit genommen.

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 03.02.2015, angenommen am: 11.05.2015.

**Kontakt:** L\_Beckmann@t-online.de

## Literatur

- Ahner, R., Stokreiter, C., Kubista, E. & Husslein, P. (1996). Ansprüche an die Geburtshilfe in der Großstadt: Präpartale Erhebung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56(1), 50-54.
- Barger, M. K., Weiss, J., Nannini, A., Werler, M., Heeren, T. & Stubblefield, P. G. (2011). Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 56(7-8), 313-320.
- Bastian, H. (1993). Personal beliefs and alternative childbirth choices: a survey of 552 women who planned to give birth at home. *Birth*, 20(4), 186-192.
- Beckmann, L. (2014). *Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Entscheidungsfindung von Eltern für den Geburtsort*. Universität Witten/Herdecke und Hochschule Osnabrück, Vortrag auf der 2. Fachtagung: Familiengesundheit im Lebensverlauf, Witten.
- Beckmann, L., Barger, M., Dorin, L., Metzging, S. & Hellmers, C. (2014). Vaginal birth after cesarean in German out-of-hospital settings: maternal and neonatal outcomes of women with their second child. *Birth*, 41(4), 309-315.
- Beckmann, L., Dorin, L., Metzging, S. & Hellmers, C. (2015). Die Geburt im außerklinischen Setting – Unterschiede im maternalen und neonatalen Outcome von zweitgebärenden Frauen mit Status nach Sectio caesarea gegenüber Erstgebärenden. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, in Druck.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 119-126.
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M. & Petrou, S. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, 343(7840), d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
- Cahill, A. G., Odibo, A. O., Allsworth, J. E. & Macones, G. A. (2010). Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(4), 355.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.041.
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254-267.
- David, M., Gross, M. M., Wiemer, A., Pachaly, J. & Vetter, K. (2009). Prior cesarean section--an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(2), 106-110.
- Dekker, G. A., Chan, A., Luke, C. G., Priest, K., Riley, M., Halliday, J., King, J. F., Gee, V., O'Neill, M., Snell, M., Cull, V. & Comes, S. (2010). Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior cesarean section: a retrospective population-based cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(11), 1358-1365.
- Deline, J., Varnes-Epstein, L., Dresang, L. T., Gideonsen, M., Lynch, L. & Frey, J. J. (2012). Low primary cesarean rate and high VBAC rate with good outcomes in an Amish birthing center. *The Annals of Family Medicine*, 10(6), 530-537.
- Destatis (2013). *Bildungsstand*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Bildungsstand.html> (Stand: 29.01.2015).
- European Perinatal Health Report (2010). *Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html> (Stand: 29.01.2015)
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2014). <http://www.quag.de/quag/geburtzahlen.htm> (Stand: 29.01.2015)
- GKV (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen) (2011). *Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V: über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen*. [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/geburtshaeuser/](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/) (Stand: 29.01.2015)
- Guroi-Urganci, I., Cromwell, D. A., Edozien, L. C., Smith, G. C. S., Onwere, C., Mahmood, T. A., Templeton, A. & van der Meulen, J. H. (2011). Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 95. doi:10.1186/1471-2393-11-95.
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I. & Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, 28(3), 380-390.
- Haaren-ten Haken, T. van, Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R. & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Place of Birth*, 28(5), 609-618.
- Harrington, L. C., Miller, D. A., McClain, C. J. & Paul, R. H. (1997). Vaginal birth after cesarean in a hospital-based birth center staffed by certified nurse-midwives. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(4), 304-307.
- Heckhausen, J. (2006). *Motivation und Handeln*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hellmers, C. (2005). *Geburtsmodus und Wohlbefinden: Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-)Kaiserschnittes*. Aachen: Shaker.
- Jonge, de A., van der Goes, B. Y., Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., Gravenhorst Bennebroek, J. & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1177-1184.
- Jungermann, H., Fischer, K. & Pfister, H.-R. (2010). *Die Psychologie der Entscheidung: Eine Einführung*. 3. Aufl. Heidelberg: Spektrum.
- Kleiverda, G., Steen, A. M., Andersen, I., Treffers, P. E. & Everaerd, W. (1990). Place of delivery in the Netherlands: maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 36, 1-9. doi:10.1016/0028-2243(90)90043-Z.
- Kramer, M. S., Dahhou, M., Vallerand, D., Liston, R. & Joseph, K. S. (2011). Risk factors for postpartum hemorrhage: can we explain the recent temporal increase? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(8), 810-819.

Fortsetzung der Literaturliste auf Seite 23

die Leistungserbringer als auch für die betroffenen Familien verhindert werden. Diese Voraussetzung ist bei der vorgesehenen Gesetzesänderung, die eine Klärung des Grades der Fahrlässigkeit in jedem einzelnen Schadensfall erforderlich macht, nicht gegeben. Sowohl eine Ausweitung des Regressverzichts auf Fälle der groben Fahrlässigkeit als auch die diskutierten Fondslösungen stellen Alternativen dar, die eine deutliche Verbesserung der Situation der Eltern und Hebammen mit sich bringen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Instrumente zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Gesundheits-

dienstleistungen, also auch für die Geburtshilfe, zur Verfügung stehen. Die Einführung von Mindestmengenregelungen in der außerklinischen Geburtshilfe ist hierbei weder notwendig, noch zielführend oder umsetzbar.

Gleichzeitig konnten in dieser Stellungnahme an unterschiedlichen Stellen Forschungslücken aufgezeigt werden. Für die DGHWi ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, dass Hebammen in die Lage versetzt werden müssen, eigene Themen, wie in allen anderen Berufen üblich, selbst zu erforschen.

## Autorinnen:

Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc. und Elke Mattern M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Literatur

- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M. & Schliwen, A. W. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe – Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin: IGES-Institut.
- Alfirecic, Z., Deyane, D. & Gyte G. M. L. (2013) Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5*. Art. No.: CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg.) (2010). *Aus der Fehleranalyse gemeinsam lernen*. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/pressemitteilungen/pm2010-07-06.pdf/view?searchterm=Aus%20der%20Fehleranalyse> (Stand: 22.3.2015).
- Bauer, S., Kötter, C. (2013). Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 217(1), 14-23.
- Bohnet-Joschko, S., Zippel, C. (2014). Humanzentriertes Risikomanagement im Krankenhaus. *Der Betriebswirt*, 1, 21-25.
- David, M., Pachaly, J., Wiemer, A. (2006). Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland – Perinataldaten "großer", "mittlerer" und "kleiner" Geburtshäuser im Vergleich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 205(5), 166-172.
- Eiff, W. von (2012). Best practice management: in search of hospital excellence. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1), 48-60.
- GKV-SV Bund (Hg.) (2011). *Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen bundesweit*. [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011\\_Pilotprojekt\\_Vergleich\\_klin-ausserklin\\_Geburten\\_GKV-SV\\_18221.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich_klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf) (Stand: 22.3.2015).
- Interministerielle Arbeitsgruppe (2014). *Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“*. [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504\\_IGES-Gutachten\\_Versorgungs-\\_und\\_Verguetungssituation\\_in\\_der\\_ausserklinischen\\_Hebammenhilfe.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf) (Stand: 22.3.2015).
- Latzke, M., Schiffinger, M. & Steyrer, J. (2014). Der Einfluss eines anonymen Fehlermeldesystems auf das organisationale Lernen und die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 66(2) 120-146.
- Loytvad, C. (2013). *Qualitätsbericht 2011. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Wissenschaftliche Scripten, Auerbach.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE Clinical Guidelines CG190. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190#> (Stand: 22.3.2015).

## Fortsetzung der Literaturliste von Seite 19

- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Juventa.
- Kwee, A., Bots, M. L., Visser, G. H. & Bruinse, H. W. (2007). Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 132(2), 171-176.
- Latendresse, G., Murphy, P. & Fullerton, J. (2005). A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 386-391.
- Lieberman, E., Ernst, E. K., Rooks, J. P., Stapleton, S. & Flamm, B. (2004). Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5, Part 1), 933-942.
- Loytvad, C. (2014). *Qualitätsbericht 2012: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach: Wissenschaftliche Skripten.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L. & Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28(5), 576-581.
- Neuhaus, W., Piroth, C., Kiencke, P., Göhring, U. J. & Mallman, P. (2002). A psychosocial analysis of women planning birth outside hospital. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 143-149.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. München: Oldenbourg.
- Rahden, O. von (2011). *Die Wahl des Geburtsortes – Eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals*. Dissertation, Uni-Bremen. <http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102359-1.pdf>. (Stand: 30.04.15)
- Rogasch, N. (1998). *Motivation zur Hausgeburt in Deutschland*. Marburg: Tectum-Verlag.
- Sjöblom, I., Idvall, E., Rådestad, I. & Lindgren, H. (2012). A provoking choice – Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women and Birth*, 25(3), e11. doi:10.1016/j.wombi.2011.07.147.
- Soderstrom, B., Stewart, P. J., Kaitell, C. & Chamberlain, M. (1990). Interest in alternative birthplaces among women in Ottawa-Carleton. *Canadian Medical Association Journal*, 142(9), 963-969.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1109-1121.
- Welsch, H. (2011). Müttersterblichkeit. In H. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Wiegert, T. A., van der Zee, J & Keirse, M. J. N. C. (1998). Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth*, 25(1), 19-24.