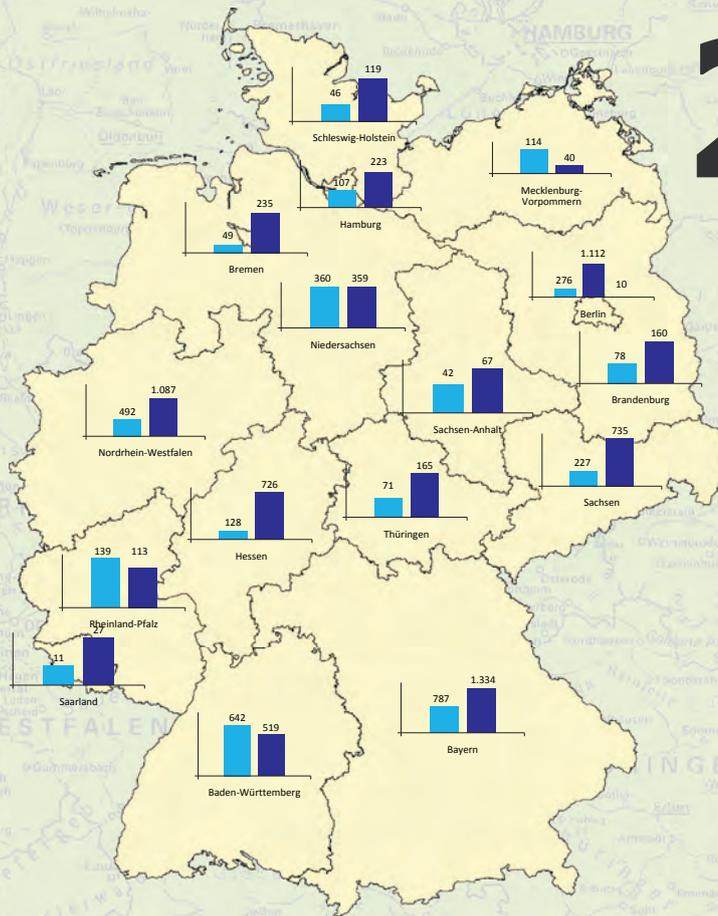


Qualitätsbericht 2013

Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland



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

Qualitätsbericht 2013

Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland

Herausgeber:

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

Autorin:

Christine Loytved

Ansprechpartner für das Verfahren:

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

Druck und Verarbeitung:

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

1. Auflage 2014

ISBN: 978-3-95735-018-3

Qualitätsbericht 2013

**Außerklinische
Geburtshilfe in
Deutschland**

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

Inhalt

1	EINLEITUNG	5
1.1	Erfasste Geburten.....	5
1.2	Zur Frage der Vollständigkeit	7
1.3	Der Dokumentationsbogen.....	10
2	ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY 2013	14
2.1	Die Geburten aus 2013 im Überblick	16
3	TEILNEHMENDE AN DER DOKUMENTATION UND GEBURTENZAHLEN	17
3.1	Beteiligte Hebammen und Einrichtungen	17
3.2	Geburtenzahlen nach Teilnehmenden.....	17
3.3	Gruppierte Geburtenzahlen der einzelnen Einrichtungen	18
3.4	Aus den Bundesländern	19
3.4.1	<i>Geburtenzahlen nach Einrichtung und Bundesland</i>	19
3.4.2	<i>Erreichbarkeit des außerklinischen Angebots</i>	20
4	ANGABEN ZU DEN BETREUTEN FRAUEN	21
4.1	Geburtenrang und Alter der Frauen.....	21
4.2	Motivation der Frauen	22
4.3	Berufstätigkeit in der Schwangerschaft	23
5	BETREUUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT	24
5.1	Kontakt zur Hebamme.....	24
5.2	Rat und Hilfe in der Schwangerschaft	26
5.3	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft.....	28
6	GEBURT	34
6.1	Überblick zum Geburtsort und zur Geburtsdauer	35
6.2	Hebammenbetreuung	36
6.2.1	<i>Betreuungszeit</i>	36
6.2.2	<i>Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinisch begonnenen Geburt</i>	37
6.3	Dokumentierte Geburtsbefunde	38
6.3.1	<i>Geburtsbefunde und Hauptverlegungsgründe nach Katalog C</i>	39

6.4	Begleitende Maßnahmen	42
6.5	Verlegung der Gebärenden.....	43
6.5.1	<i>Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung.....</i>	43
6.5.2	<i>Verlegungen während der Geburt</i>	43
6.5.3	<i>Transportmittel bei der Verlegung in Ruhe und im Notfall</i>	44
6.5.3.1	<i>Transportweg zur Klinik und Betreuung in der Klinik</i>	45
6.5.3.2	<i>Betreuungskontinuität nach der Verlegung.....</i>	46
6.5.3.3	<i>Restliche Geburtsdauer nach Verlegung in Ruhe oder in Eile.....</i>	47
6.6	Geburtsspezifische Ergebnisse	48
6.6.1	<i>Geburtsmodus</i>	48
6.6.2	<i>Gebärpositionen</i>	49
6.6.3	<i>Geburtsverletzungen</i>	50
7	NACH DER GEBURT DES KINDES	51
7.1	Gesundheit der Mutter	51
7.1.1	<i>Postpartale Verlegungen von Müttern</i>	52
7.2	Gesundheit der Kinder nach der Geburt	53
7.2.1	<i>Betreuung der Kinder nach der Geburt im Einzelnen</i>	53
7.2.2	<i>Morbidität und Mortalität</i>	55
7.2.3	<i>Zusammenfassung – Outcome der Kinder.....</i>	59
7.3	Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal.....	60
8	ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN.....	62
9	KURZDARSTELLUNG DER GEMINIGEBURTEN.....	64
10	KURZDARSTELLUNG DER FÜR DIE KLINIK GEPLANTEN UND UNGEPLANT AUSSERKLINISCH BEENDETEN GEBURTEN 2013... 	66
11	STUDIE ZUR AUSSERKLINISCHEN GEBURTSHILFE (THEMA DAMMVERSORGUNG).....	74

Kvasnicka, S.; König-Bachmann, M.; Loytved, Ch. (2014).

Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammriss ersten und zweiten Grades? Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), 02 (01), 9-16

1 Einleitung

In regelmäßiger Folge werden die jährlichen Ergebnisse der bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Hebammengeleiteten Einrichtungen¹ (HgE) und in Arztpraxen vorgestellt. Wie in den vorhergehenden Jahren wurde eine Extraauswertung für die Geminigeburten erstellt (in tabellarischer Form unter Punkt 9). 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 der BRD 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 kann². 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.

Die Entstehungsgeschichte der außerklinischen Qualitätssicherung ist unter www.quag.de nachzulesen.

1.1 Erfasste Geburten

Die Erhebung möglichst aller geplanten außerklinischen Geburten in Deutschland ist – in Anlehnung an die bundesweite klinische Berichterstattung – auf Dauer angelegt. 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.

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

² 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.

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

* 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	davon außerklinisch
		geborene Kinder**	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
Gesamt	115.877	15.642	100.235

* 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 10.766 Kindern (siehe Tabelle 3) – darunter 4 Zwillingspaare (2012: 8 Zwillingspaare) – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt³ und zudem die Mütter doppelt erfasst wären, werden die Daten dieser 8 Kinder und 4 Mütter aus der Gesamtmenge heraus-

³ 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).

genommen und unter Punkt 8 separat dargestellt. Ebenso wurden die 134 ungeplant außerklinisch begonnenen Geburten gesondert ausgewertet, da an ihnen die Qualität der Hebammenarbeit nicht gemessen werden kann (siehe Punkt 9). Auch werden die 24 im Ausland von Hebammen aus Deutschland betreuten Geburten nicht berücksichtigt. **Somit beläuft sich die ausgewertete Menge auf genau 10.600 außerklinisch geplante und dort auch begonnene Einlingsgeburten.** Auf der Basis einer Geburtenzahl von 10.600 Einlingen 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 2013				
Bezugsgruppe		Anzahl	Prozent	
Alle Kinder		10.766	100,0	
	davon			
		Einlinge	10.758	99,9
		Zwillinge	8	0,1
Alle Einlinge		10.758	99,9	
	davon			
		nicht in Deutschland geboren	24	0,2
		in Deutschland geboren	10.734	99,7
Alle in der BRD geborenen Einlinge		10.734	99,7	
		ungeplant außerklinisch geboren	134	1,2
		bei oder nach Verlegung geboren	1.796	16,7
		geplant außerklinisch geboren	8.004	74,3
Alle in der BRD geborenen Einlinge (geplant außerklinisch geboren oder verlegt)		10.600	98,5	

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 Berechnung des Erfassungsgrades der außerklinisch beendeten Geburten verwendet. Seit 2011 sind in der Rubrik "dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder" keine Einlinge mehr enthalten, die im Ausland geborenen 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

Jahr	geborene Kinder in Deutschland	davon in Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3	dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder*
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene)	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik Fachserie 12 Reihe 6.1, Punkt 2.15)	(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)
2011	665.072	654.243	10.829 = 1,63%	8.828 = 81,5%
2012	675.944	665.780	10.164 = 1,50%	9.090 = 89,4%
2013	684.656**	674.245	10.411 = 1,52%	8.943 = 85,9%

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

** vorläufiges Ergebnis

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

Jahr	geborene Kinder in Deutschland	davon in Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3	dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, 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
1999	773.862	763.669	10.193 = 1,32%	7.433 = 72,9%
2000	770.053	759.488	10.565 = 1,37%	7.644 = 72,4%
2001	737.360	727.315	10.045 = 1,36%	8.266 = 82,3%
2002	721.950	711.458	10.492 = 1,45%	8.238 = 78,8%
2003	709.420	699.795	9.625 = 1,36%	8.586 = 88,8%
2004	708.350	695.885	12.465 = 1,79%	8.715 = 69,9%
2005	688.282	675.688	12.594 = 1,83%	8.640 = 68,6%
2006	675.144	663.979	11.165 = 1,65%	8.351 = 74,8%
2007	687.233	675.892	11.341 = 1,65%	8.221 = 72,5%
2008	684.926	674.751	10.175 = 1,48%	8.327 = 81,8%
2009	667.464	656.265	11.199 = 1,68%	8.769 = 78,3%
2010	680.413	668.950	11.463 = 1,68%	9.045 = 78,9%

Es gibt in Deutschland ca. 21.000 Hebammen, von denen der größte Anteil als angestellte Hebammen in Kliniken arbeitet (aktuelle Angaben von 2011⁴). Zurzeit sind rund 17.500 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 einigen 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 erfasst und weitergegeben werden könnten, ergäben sie eine korrekte Zahl der außerklinisch beendeten Geburten, wenn auch ohne Erfassung des Planungsstatus. In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des 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 (Hausgeburts) und Geburt in einer ambulanten Geburtseinrichtung vorgeschlagen. Leider fand der Vorschlag in der Novellierung des Gesetzes Anfang 2013 keinen Eingang.

⁴ 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

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 Online-Erfassung 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 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 Perinatalbogens 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, zunächst ohne Verlegung, anschließend mit 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 die genaue Institutionszugehörigkeit wurden gelöst. Im Jahr 2010 wurde ein neuer Erfassungsbeleg für die Dokumentation erstellt, der sich je nach subpartalem Verlegungsstatus etwas anders gestaltet (siehe unten).

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 Secio vag.-op. Spontan
 7. Motivation der Frau zur außerklin. Geburt
 Sicherheitsbedürfnis Vertraute Hebamme Selbstbestimmung
 Vertraute / angenehme Umgebung Geburtserfahrung Sonstige

VORSORGE/SCHWANGERSCHAFT

8. Berechneter, ggf. korrigierter, 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 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 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

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 (Petrucci, 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. Geburtshaus-/Entbindungsheimtyp des tatsächlichen Geburtsortes
 hebammengeleitet ärztlich geleitet GH oder EH an / in einer Klinik
 trifft nicht zu
 59a. Entfernung zwischen Wfg. der Hebamme und Wfg. 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 Saugimbalation
 Mutter hatte pos. B-Streptokokken-Befund, Kind länger beobachtet
 Grünes Fruchtwasser bei Geburt, Kind länger beobachtet
 Verzögerte Plazentalage Mutter ist kreislaunslabil
 Frau konnte noch kein Wasser lassen Organisatorische 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- / Einrichtungsnr.
 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. korrig. Geburtstermin
 9. Hebammenkontaktkontakt 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 80 Minuten über 80 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 Schädellage Beckenendlage unbekannt
 Regelwidrige Schädellage
 wenn ja, welche (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 (Petrusa, Cliford) 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. Geburtshaus-/Entbindungsheimtyp des tatsächlichen Geburtsortes
 hebammengeleitet ärztlich geleitet GH oder EH an / in einer Klinik
 trifft nicht zu
 58a. 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>Katalog A (zu Zeile 15) Anamnese und allgemeine Befunde (identisch mit Mutterpass)</p> <p>01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber Nieren, ZNS, Psyche) 03 Blutungs-/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 (648.0) 10 Adipositas 11 Kleinwuchs 12 Skelettanomalien 13 Schwangere unter 18 Jahren 14 Schwangere über 35 Jahren(659.-) 15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung 17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) 18 Zustand nach Mangelgeburt 19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr. 20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entb. 22 Komplikationen post partum 23 Zustand nach Sectio (654.2) 24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2) 25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr) 26 Andere Besonderheiten 54 Zustand nach HELLP 55 Zustand nach Eklampsie 56 Zustand nach Hypertonie</p>	<p>Katalog C (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) (658.4) 74 Fieber unter der Geburt (659.2) 75 Mütterliche Erkrankung (648.-) 76 Mangelnde Kooperation der Mütter 77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herzklänge (656.3) 78 Grünes Fruchtwasser (656.3) 79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetatblutanalyse) (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 (663.4) 85 Drohende/erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1) 86 Querlage/Schräglage (652.2) 87 Beckenendlage (652.3) 88 Hintere Hinterhauptslage (660.3) 89 Vorderhauptslage (652.5) 90 Gesichtslage/Stirnslage (652.4) 91 Tiefer Querstand (660.3) 92 Hoher Geradstand (652.5) 93 Sonstige regelwidrige Schädelagen (652.8) 94 Sonstiges 95 HELLP 96 intrauteriner Fruchttod (656.4) 97 pathologischer Dopplerbefund 98 Schulterdystokie</p>	<p>18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.) (771) 19 zur Beobachtung 20 Sonstiges</p> <p>25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.) (758) 26 (andere) multiple Mißbildungen (759) 27 Anenzephalus (740) 28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741) 29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742) 30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744) 31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747) 32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748) 33 Gaumen- und Lippspalten (749) 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750) 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751) 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753) 37 Anomalie Genitalorgane (752) 38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln(755,756) 39 Zwerchfellmißbildung (7566) 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671) 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757) 42 Hernien (550-553) 43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüftdysplasie, Hüftluxation) (754) 44 andere Anomalie</p> <p>Katalog E (zu Zeilen 34, 42) <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 >1000ml 102 Placentalösungsstörg. / unvollst. Placenta 103 Komplizierte Geburtsverletzungen 104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen 105 Gestose / Eklampsie 106 HELLP 107 Sepsis 108 Verdacht auf Embolie 109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage 110 zum normalen Wochenbett 111 zur Begleitung des verlegten Kindes 112 Sonstiges</p>
<p>Katalog B (zu Zeile 15) Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (identisch mit Mutterpass)</p> <p>27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-) 28 Dauermedikation 29 Abusus (648.-) 30 Besondere psychische Belastung (648.4) 31 Besondere soziale Belastung (648.9) 32 Blutungen vor der 28. SSW(640.-) 33 Blutungen nach der 28. SSW (641.-) 34 Placenta praevia (641.-) 35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-) 36 Hydramnion (657) 37 Oligohydramnie (658.0) 38 Terminunklarheit (646.9) 39 Placenta-Insuffizienz (656.5) 40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5) 41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-) 42 Anämie (648.2) 43 Harnwegsinfektion (646.6) 44 Indirekter Coombstest positiv (656.1) 45 Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-) 47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l) oder mehr (646.2) 48 Mittelgradige - schwere Ödeme (646.1) 49 Hypotonie (669.2) 50 Gestationsdiabetes (648.0) 51 Lageanomalie (652.-) 52 Andere Besonderheiten (646.9) 53 Hyperemesis</p>	<p>Katalog D (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 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775) 10 hereditäre Stoffwechselfekte (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>Katalog F (zu Zeile 57) Länderschlüssel für den tatsächlichen Geburtsort des Kindes</p> <p>01 Baden – Württemberg 02 Bayern 03 Berlin 04 Brandenburg 05 Bremen 06 Hamburg 07 Hessen 08 Mecklenburg - Vorpommern 09 Niedersachsen 10 NRW 11 Rheinland - Pfalz 12 Saarland 13 Sachsen - Anhalt 14 Sachsen 15 Schleswig - Holstein 16 Thüringen 20 Dänemark 21 Niederlande 22 Belgien 23 Luxemburg 24 Frankreich 25 Schweiz 26 Österreich 27 Tschechien 28 Polen</p>

2 Zusammenfassung / Summary 2013

Zusammenfassung für den Jahrgang 2013

Im Jahr 2013 wurden 10.600 Einlingsgeburten dokumentiert, die außerklinisch begonnen haben. 41,8% 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: 3.569 Hausgeburten, 7.021 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen und 10 Geburten waren in einer Arztpraxis vorgesehen. werdende Eltern und Hebammen wägen den gewünschten Geburtsort sorgfältig ab. Insgesamt 95% der Mütter hatten keine Probleme post partum. Während der Geburt wurden 16,9% 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	90,7%
Bevorzugte Gebärlage	aufrecht
Damm intakt nach vaginaler Geburt	45,4%
Dammriss dritten oder vierten Grades nach vaginaler Geburt	1,1%
Episiotomie	4,6%
Sectio	6,6%
Keinerlei Interventionen	34,0%
Keine mütterlichen Probleme nach der Geburt	95%
Verlegung der Mutter nach der Geburt	3,6%
5 Minuten Apgar-Wert ≥ 7 (bezogen auf Lebendgeburten)	99,3%
Häufigste kindliche Morbidität	Atemstörungen
Perinatale Mortalität	0,15% (= 1,5‰)

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

Summary for out-of-hospital Births (2013)

10,600 singleton births starting out-of-hospital (41.8% 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: 3,569 home births, 7,021 births in midwife-led institutions like independent birth centres, and 10 births in a centre run by an obstetrician. Of all women, 95% had no specific problems. During birth, 16.9% 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	90.7%
Preferred birthing position	vertical
Intact perineum after vaginal birth	45.4%
Third or fourth degree perineal tear after vaginal birth	1.1%
Episiotomy	4.6%
C-section	6.6%
No intervention of any kind	34.0%
No problems after birth	95% of all mothers
Transfer after birth	3.6% of all mothers
5 minute Apgar-score ≥ 7	99.3% of all live-births
Most frequent morbidity for newborns	breathing problems
Perinatal mortality	0.15% (= 1.5‰)

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

2.1 Die Geburten aus 2013 im Überblick

Von 10.600 außerklinisch begonnenen Geburten konnten 83,1% am geplanten Geburtsort stattfinden (siehe Abbildung 1). In 1.796 Fällen oder bei 16,9% aller Geburten wurde während der Geburt verlegt. Von diesen ereigneten sich 2 Geburten während des Transports und sind nach deutschem Personenstandrecht außerklinische Geburten. In der vorliegenden Auswertung werden sie jedoch rechnerisch den Klinikgeburten zugeordnet. Eine Verlegung nach der Geburt (postpartal) wurde in 3,5% aller 10.600 Frauen eingeleitet. Insgesamt 2,3% aller 10.600 Kinder wurden – unabhängig vom jeweiligen Geburtsort – in eine Kinderklinik verlegt.

Abbildung 1 Überblick über die ausgewerteten Geburten 2013



Prozentzahlen bezogen auf n=10.600 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten im Jahr 2013). Prozentbezüge, die mehr als 100,0% ergeben, sind Folge der Ab- bzw. Aufrundung.

3 Teilnehmende an der Dokumentation und Geburtenzahlen

Im Jahr 2013 haben 408 Hebammen in der Hausgeburtshilfe (2012: n= 430), 122 hebammengeleitete Einrichtungen (2012: n= 128) und eine Arztpraxis (2012: n= 1), zusammen 531 Dokumentierende (2012: n= 559) 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

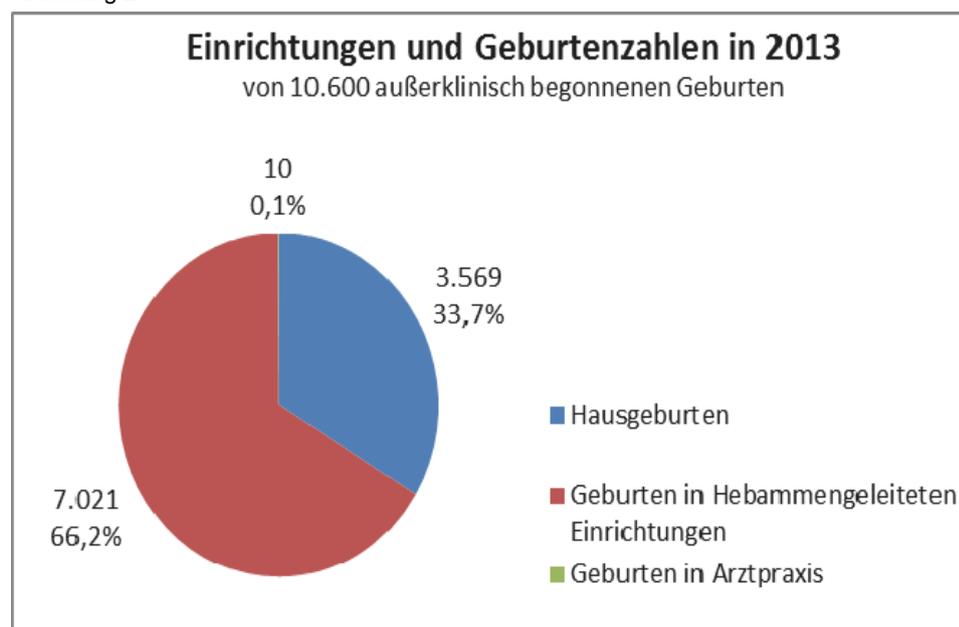
Tabelle 6 Teilnehmende an den Erhebungen / Jahr

Einrichtungen im Verfahren	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammen (in der Hausgeburtshilfe)	408	76,8	430	76,9
Hebammengeleitete Einrichtungen	122	23,0	128	22,9
Ärztlich geleitete außerklinische Institution (Arztpraxis)	1	0,2	1	0,2
Gesamt	531	100,0	559	100,0

Prozentangaben bezogen auf jeweilige Anzahl aller Einrichtungen des jeweiligen Jahrgangs

3.2 Geburtenzahlen nach Teilnehmenden

Abbildung 2



3.3 Gruppierte Geburtzahlen der einzelnen Einrichtungen

Hebammen in der Hausgeburtshilfe gruppiert nach Geburtzahlen

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

Hebammen mit Anzahl Hausgeburten/ Jahr	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 Geburten	281	68,9	339	76,5
11-20 Geburten	87	21,3	75	16,9
21-30 Geburten	23	5,6	22	5,0
31 und mehr Geburten	17	4,2	7	1,6
Gesamt	408	100,0	443	100,0

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 Geburtzahlen

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

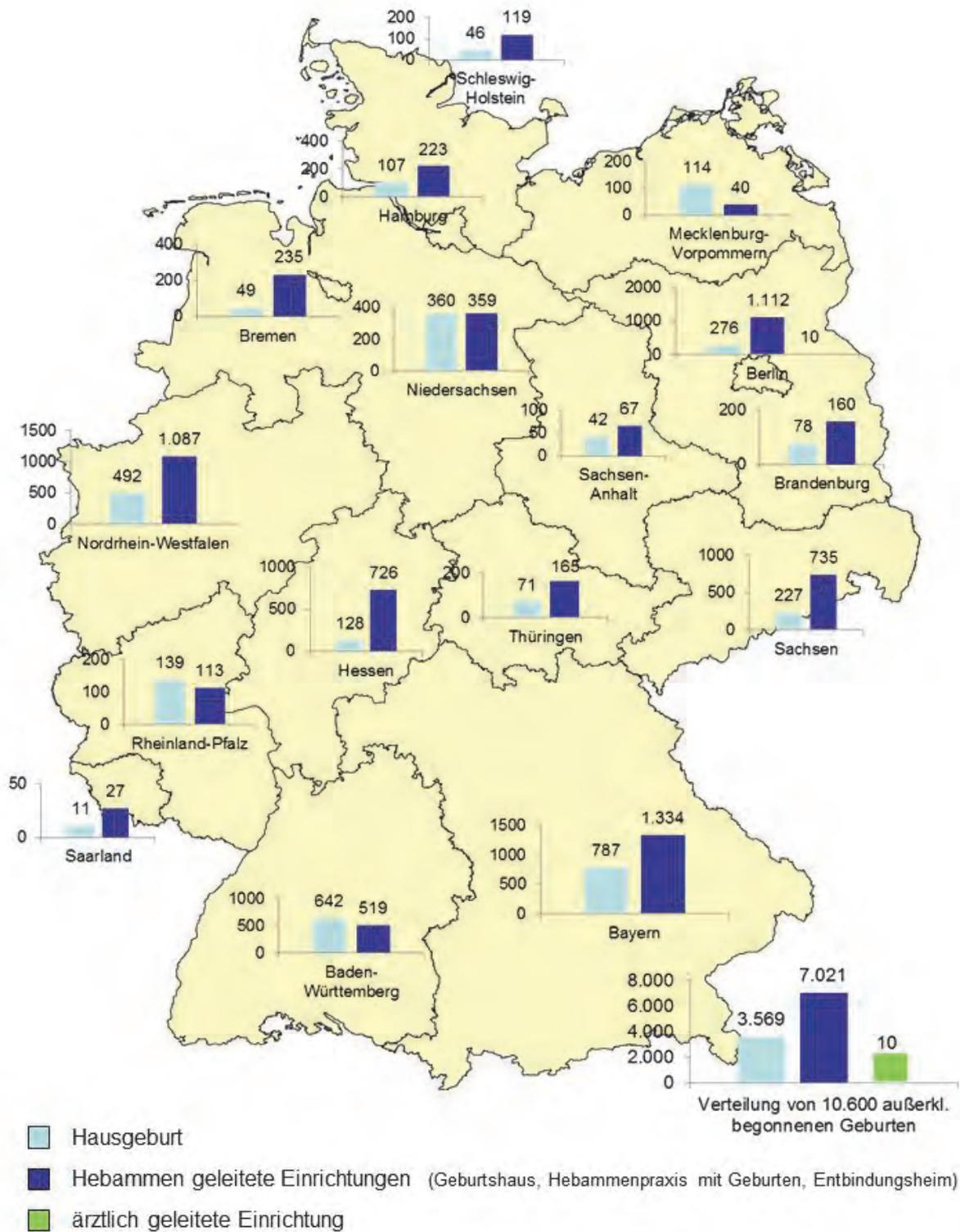
Hebammengeleitete Einrichtungen mit Anzahl Geburten/ Jahr	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 50 Geburten	65	53,3	74	57,8
51-100 Geburten	40	32,8	35	27,3
101-150 Geburten	11	9,0	12	9,4
151-200 Geburten	2	1,6	3	2,3
201 und mehr Geburten	4	3,3	4	3,1
Gesamt	122	100,0	128	100,0

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



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 2013

Anzahl der Geburten nach Einrichtung Bundesland	Haus- geburten (HG) (Anzahl)	Hebammen- geleitete Einrichtung = HgE (Anzahl)	GH oder Praxis mit ärztlicher Leitung (AP) (Anzahl)	Gesamt Jahr 2013	
				Anzahl	Prozent
Baden-Württemberg	642	519	0	1.161	11,0
Bayern	787	1.334	0	2.121	20,0
Berlin	276	1.112	10	1.398	13,2
Brandenburg	78	160	0	238	2,2
Bremen	49	235	0	284	2,7
Hamburg	107	223	0	330	3,1
Hessen	128	726	0	854	8,1
Mecklenburg-Vorpommern	114	40	0	154	1,5
Niedersachsen	360	359	0	719	6,8
Nordrhein-Westfalen	492	1.087	0	1.579	14,9
Rheinland-Pfalz	139	113	0	252	2,4
Saarland	11	27	0	38	0,4
Sachsen-Anhalt	42	67	0	109	1,0
Sachsen	227	735	0	962	9,1
Schleswig-Holstein	46	119	0	165	1,6
Thüringen	71	165	0	236	2,2
Gesamt	3.569	7.021	10	10.600	100,0

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

4 Angaben zu den betreuten Frauen

Im Jahr 2013 liegt der Anteil der Erstgebärenden bei 41,8%. Der Anteil der Erstgebärenden im Alter von 35 bis 39 Jahren beträgt 6,0% aller 10.600 Schwangeren (siehe Abbildung 4).

Die Selbstbestimmung (78,6%) sowie die vertraute Hebamme (74,6%) sind die entscheidenden Motivationen der Schwangeren für eine außerklinische Geburt (siehe Abbildung 5). Insgesamt 68,9% der Frauen sind in der Schwangerschaft berufstätig (siehe Abbildung 6).

4.1 Geburtenrang und Alter der Frauen

Tabelle 10 Geburtenrang der Frauen / Jahr

Parität	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	4.433	41,8	4.390	40,9
Zweitgebärende	3.750	35,4	3.918	36,5
Dritt- und Mehrgebärende	2.417	22,8	2.426	22,6
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

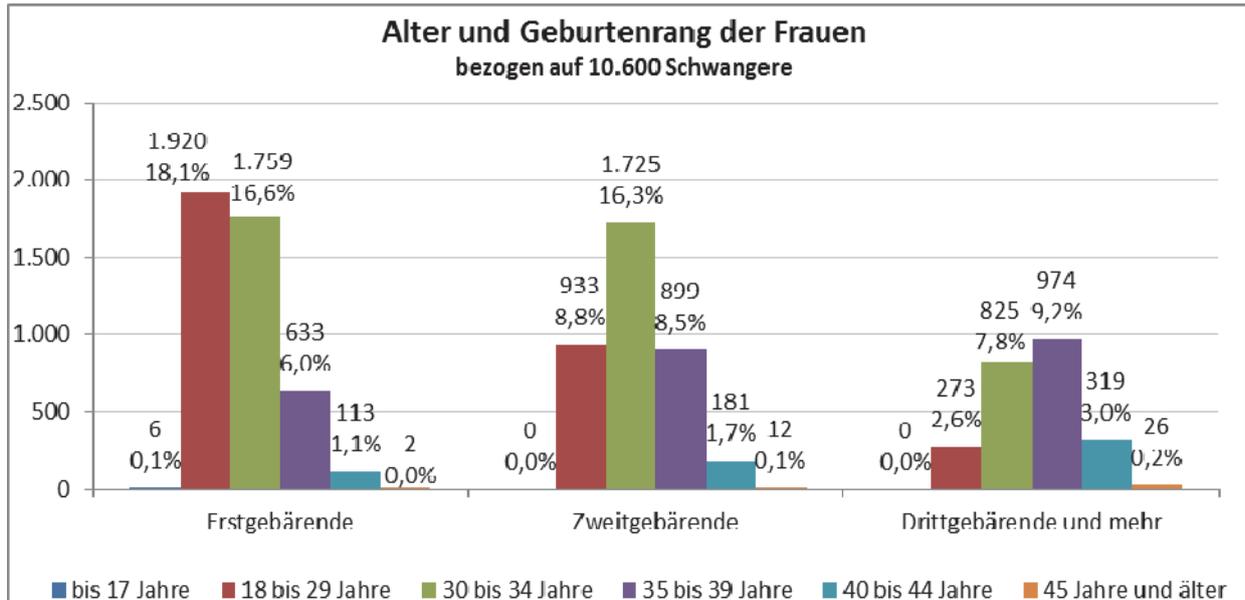
Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 11 Geburtenrang der Frauen nach Einrichtung

Parität	Hausgeburt		Hebammengeleitete Einrichtung		Arztpraxis	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	942	26,4	3.482	49,6	1	10,0
Zweitgebärende	1.362	38,2	2.388	34,0	0	0,0
Dritt- und Mehrgebärende	1.265	35,4	1.151	16,4	9	90,0
Gesamt	3.569	100,0	7.021	100,0	10	100,0

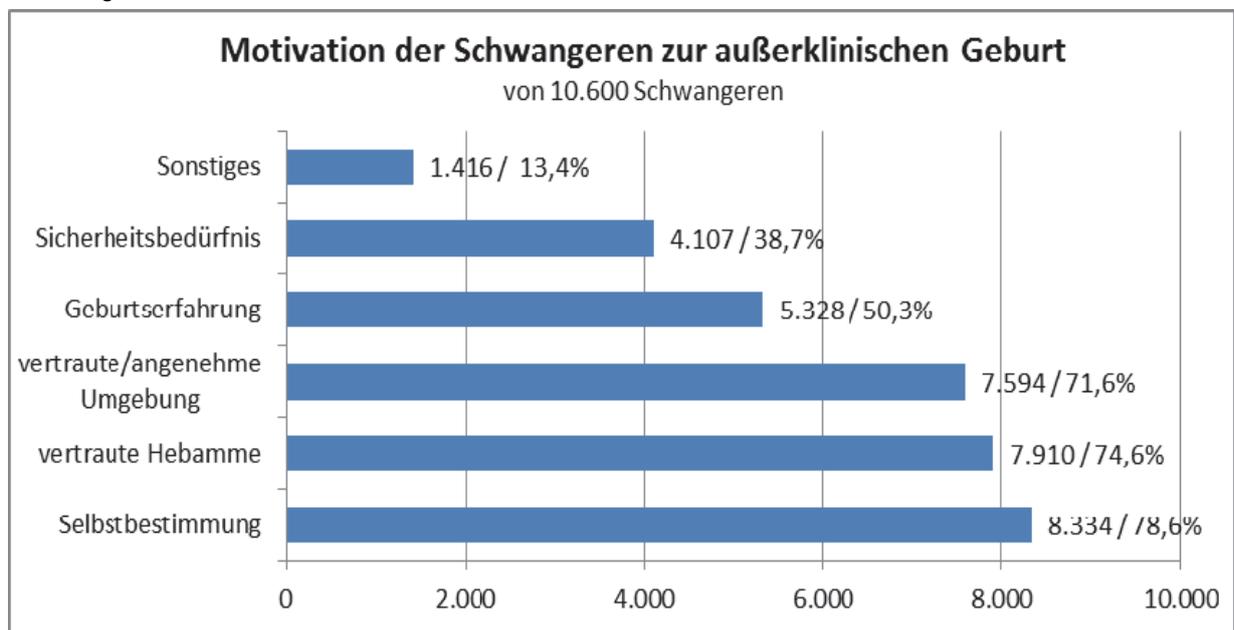
n= 10.600 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2013). Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge der jeweiligen Einrichtungen

Abbildung 4



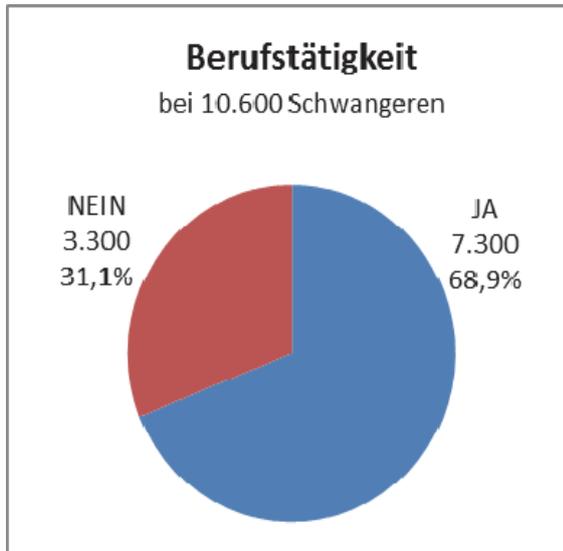
4.2 Motivation der Frauen

Abbildung 5



4.3 Berufstätigkeit in der Schwangerschaft

Abbildung 6



5 Betreuung in der Schwangerschaft

Schwangerschaft

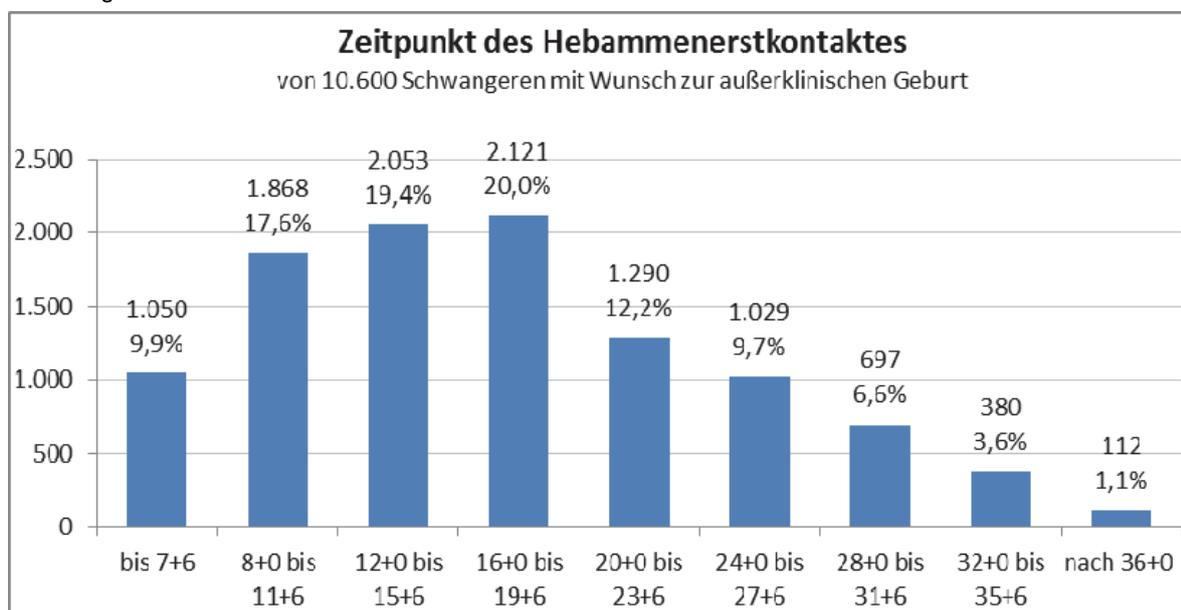
Die meisten Schwangeren kontaktieren ihre Hebamme vor 28 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen, am häufigsten (20,0 Prozent) zwischen 16 und 19 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen (siehe Abbildung 7). Fast alle Schwangeren (99,6%) gehen zur Vorsorgeuntersuchung (sei sie ärztlich oder von Hebammen angeboten), wie Tabelle 13 zeigt. Vorsorgeuntersuchungen werden zu 91,7% auch bei Hebammen wahrgenommen (siehe Tabelle 15). Fast alle Schwangeren (98,8%) lassen mindestens eine Ultraschalluntersuchung durchführen (siehe Tabelle 16).

Genau 91,6% der Schwangeren können von ihren Voraussetzungen aus (keine Befunde nach Katalog B) mit einer normalen Geburt rechnen (siehe Tabelle 18). Viele der einzelnen Einträge, die auf eine problematische Geburt schließen lassen, liegen jeweils unter der Einprozentmarke (siehe Tabelle 22). Zu beachten ist, dass innerhalb der Befunde nach Katalog A die Adipositas bei 5,30% und die besondere psychische Belastung bei 5,36% liegen und es sich somit nicht ausschließlich um sogenannte low-risk Schwangere handelt (siehe Tabelle 19). Einen BMI von 25 bis 29 weisen 18,1% aller Schwangeren auf; 5,8% aller Schwangeren liegen mit dem BMI über 30, allerdings auch 13,4% unter 20 (siehe Tabelle 20).

5.1 Kontakt zur Hebamme

Erstkontakt

Abbildung 7



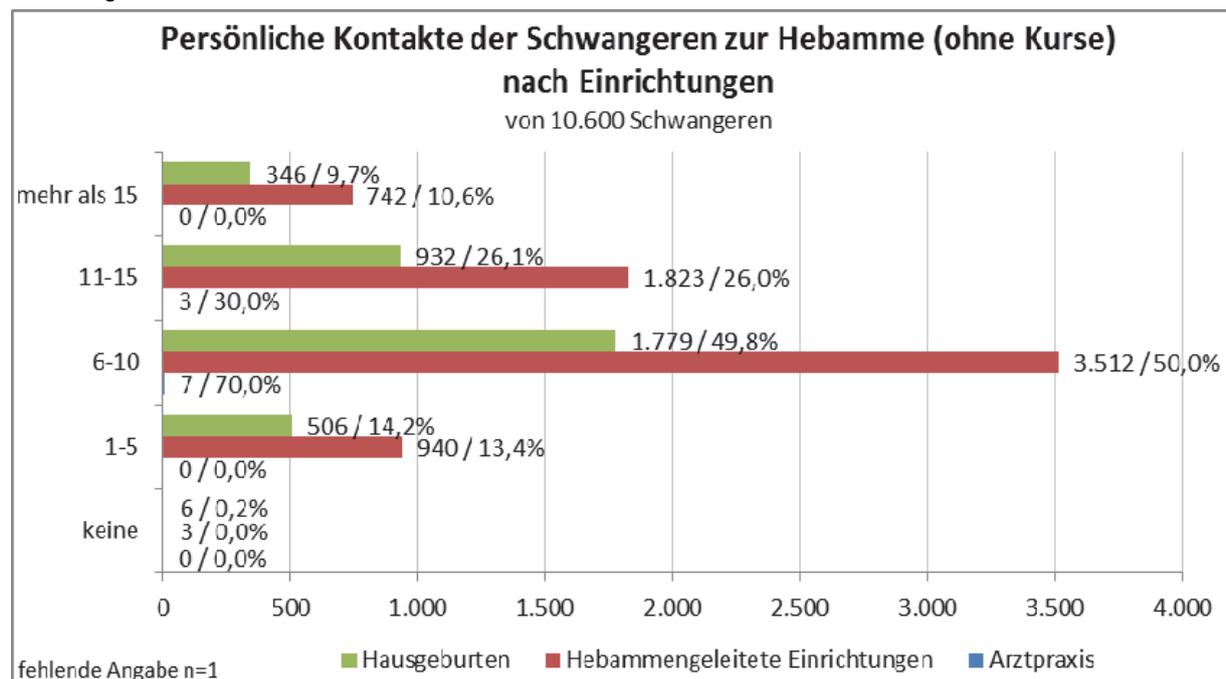
Anzahl persönlicher Kontakte

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

Anzahl der persönlichen Kontakte	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	9	0,1	12	0,1
1-5	1.446	13,6	1.468	13,7
6-10	5.298	50,0	5.305	49,4
11-15	2.758	26,0	2.816	26,2
mehr als 15	1.088	10,3	1.132	10,5
Keine Angaben	1	0,0	1	0,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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)	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine	38	0,4	22	0,2
Kleiner gleich 4	69	0,7	68	0,6
5-7	272	2,6	284	2,6
8-11	4.310	40,7	4.399	41,0
Größer gleich 12	5.911	55,8	5.961	55,5
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Abbildung 9

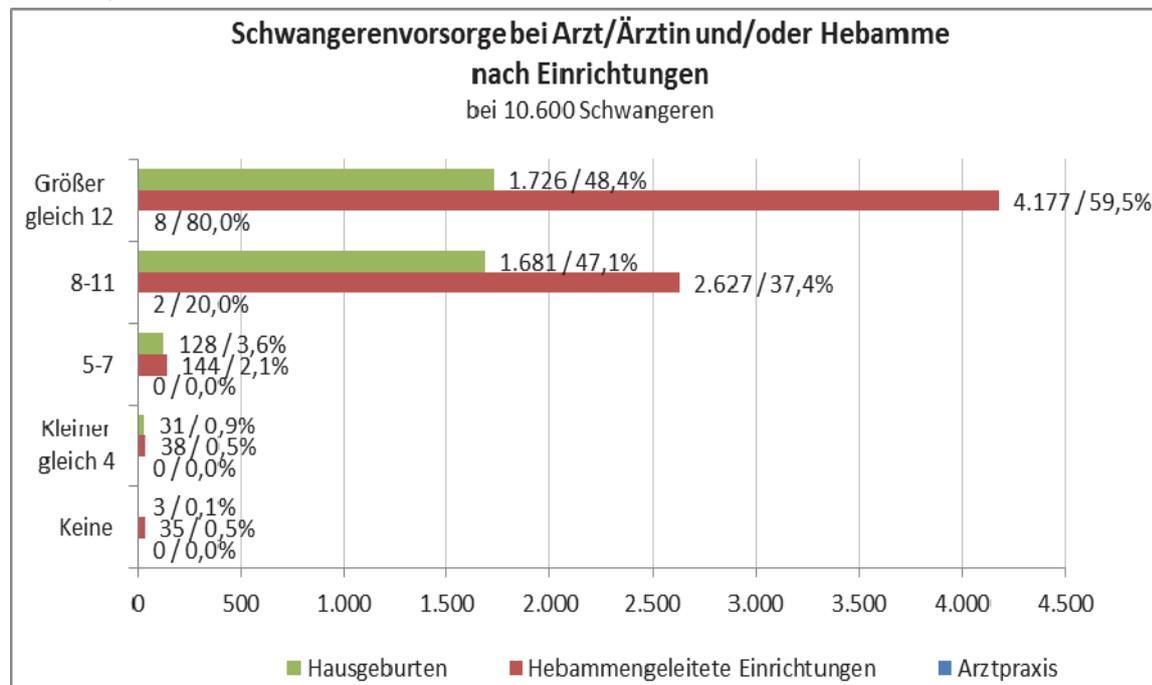


Tabelle 14 Vorsorgeuntersuchung (Verteilung) / Jahr

Vorsorgeuntersuchung (Verteilung)	2013	2012
	Wert	Wert
Maximum	30	30
Median	12	12
Minimum	0	0
Mittelwert	12,1	12,1
Modal	12	12

Tabelle 15 Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme / Jahr

Vorsorgeuntersuchung bei der Hebamme	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hebammenvorsorge - Ja	9.717	91,7	9.901	92,3
Hebammenvorsorge - Nein	882	8,3	831	7,7
Gesamt	10.599	100,0	10.732	100,0

Keine Angabe im Jahr 2013: n=1. Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Abbildung 10

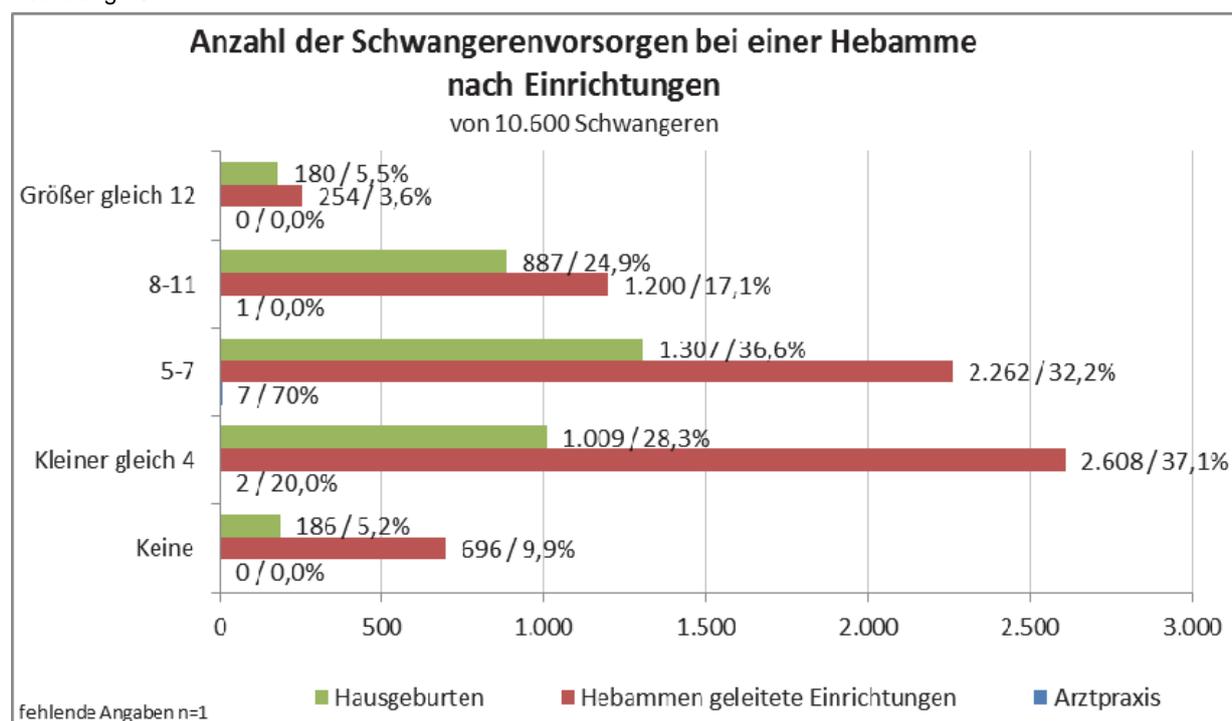


Tabelle 16 Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft / Jahr

Anzahl Ultraschalluntersuchung	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	131	1,2	141	1,3
kleiner gleich 4	7.299	68,9	7.345	68,4
5-7	2.529	23,9	2.562	23,9
8-11	550	5,2	576	5,4
größer gleich 12	91	0,9	110	1,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	3.569	100,0
HgE	6.971	99,3	50	0,7	7.021	100,0
Arztpraxis	10	100,0	0	0	10	100,0
Gesamt	10.469	98,8	131	1,2	10.600	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten nach Einrichtungen und des Jahrgangs

5.3 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft

Abbildung 11

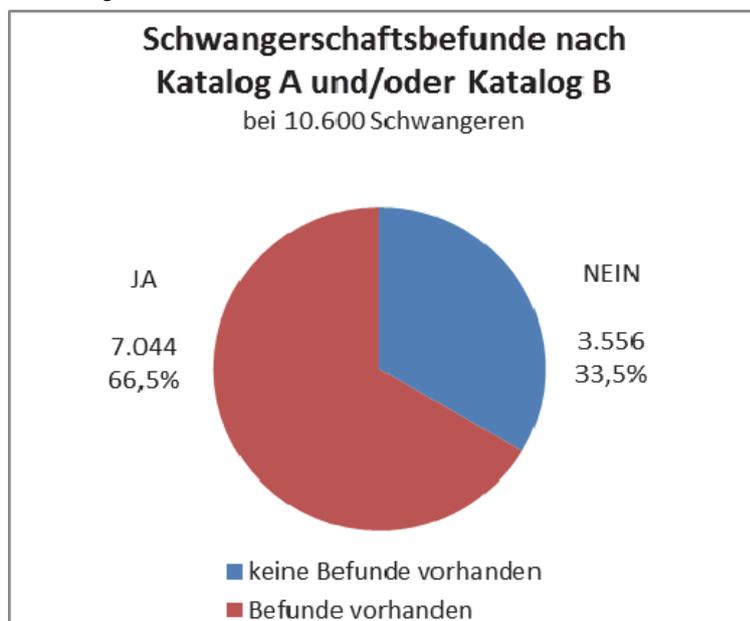


Tabelle 18 Schwangerschaftsbefunde / Jahr

Schwangerschaftsbefunde	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Befunde	3.556	33,5	3.739	34,8
Nur nach Katalog A	6.152	58,0	6.115	57,0
Nur nach Katalog B	238	2,2	288	2,7
nach Katalog A und B	654	6,2	592	5,5
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische oder psychische Krankheiten)	1	2.462	23,23	1	2.379	22,16
A04 Allergie	2	2.298	21,68	2	2.317	21,59
A14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)	3	2.262	21,34	3	2.258	21,04
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	4	1.132	10,68	4	1.043	9,72
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)(648.4)	5	568	5,36	5	567	5,28
A10 Adipositas	6	562	5,30			
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	7	547	5,16	6	559	5,21
A21 Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen				7	450	4,19

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	2013	
	Anzahl	Prozent
unter 20	1.416	13,4
21 bis 24	5.317	50,2
25 bis 29	1.915	18,1
30 und mehr	617	5,8
Angaben nicht auswertbar	13	0,1
keine Angaben	1.322	12,5
Gesamt	10.600	100,0

Prozentbezug auf alle Schwangeren des jeweiligen Jahrgangs

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

Zustand nach Sectio gemäß Parität	Ja		Nein		Gesamt		2012 (Ja)
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent
Zweitgebärende	345	9,2	3.405	90,8	3.750	100	9,2
Drittgebärende	139	8,4	1.518	91,6	1.657	100	7,8
Viert- und Mehrgebärende	63	8,3	697	91,7	760	100	8,8
Gesamt	547	8,9	5.560	91,1	6.167	100	8,8

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent bezogen auf 10.600 Schwangere	Anzahl	Prozent bezogen auf 10.734 Schwangere
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische oder psychische Krankheiten)	2462	23,23	2379	22,16
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	1132	10,68	1043	9,72
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	156	1,47	132	1,23
A04 Allergie	2298	21,68	2317	21,59
A05 Frühere Bluttransfusionen	67	0,63	48	0,45
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)(648.4)	568	5,36	567	5,28
A07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftl. Probleme)(648.9)	143	1,35	141	1,31
A08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgeg. SS)(656.1)	20	0,19	26	0,24
A09 Diabetes mellitus (648.0)	16	0,15	23	0,21
A10 Adipositas	562	5,30	365	3,40
A11 Kleinwuchs	94	0,89	34	0,32
A12 Skelettanomalien	238	2,25	252	2,35
A13 Schwangere unter 18 Jahren	6	0,06	13	0,12
A14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)	2262	21,34	2258	21,04
A15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	217	2,05	260	2,42
A16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung	140	1,32	103	0,96
A17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	131	1,24	119	1,11
A18 Zustand nach Mangelgeburt	39	0,37	30	0,28
A19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	382	3,60	393	3,66
A20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	118	1,11	102	0,95
A21 Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	475	4,48	450	4,19
A22 Komplikationen post partum	122	1,15	110	1,02
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	547	5,16	559	5,21
A24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)	216	2,04	246	2,29
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	271	2,56	264	2,46
A26 Andere Besonderheiten	365	3,44	366	3,41
A54 Zustand nach HELLP	6	0,06	1	0,01
A55 Zustand nach Eklampsie	2	0,02	1	0,01
A56 Zustand nach Hypertonie	11	0,10	5	0,05

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 13

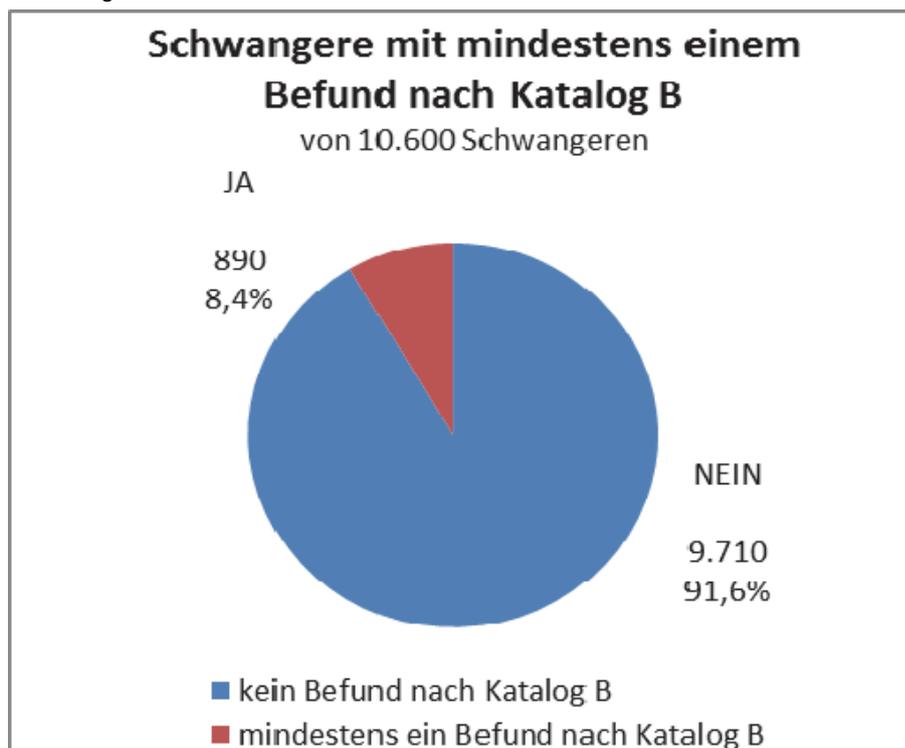


Tabelle 23 Die sieben häufigsten Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B

Befunde nach Katalog B nach Häufigkeit (die sieben häufigsten)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
B52 Andere Besonderheiten (646.9)	1	162	1,53	1	176	1,64
B28 Dauermedikation	2	113	1,07	5	73	0,68
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)	3	101	0,95	2	111	1,03
B38 Terminunklarheit (646.9)	4	88	0,83	4	81	0,75
B32 Blutungen vor der 28. SSW (640.-)	5	82	0,77	3	81	0,75
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-)	6	72	0,68	7	66	0,61
B30 Besondere psychische Belastung (648.4)	7	69	0,65	6	71	0,66

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg. (648.-)	72	0,68	66	0,61
B28 Dauermedikation	113	1,07	73	0,68
B29 Abusus (648.-)	50	0,47	56	0,52
B30 Besondere psychische Belastung (648.4)	69	0,65	71	0,66
B31 Besondere soziale Belastung (648.9)	17	0,16	24	0,22
B32 Blutungen vor der 28. SSW (640.-)	82	0,77	81	0,75
B33 Blutungen nach der 28. SSW (641.-)	8	0,08	12	0,11
B34 Placenta praevia (641.-)	3	0,03	2	0,02
B35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	0	0,00
B36 Hydramnion (657)	4	0,04	13	0,12
B37 Oligohydramnie (658.0)	7	0,07	13	0,12
B38 Terminunklarheit (646.9)	88	0,83	81	0,75
B39 Placenta-Insuffizienz (656.5)	6	0,06	6	0,06
B40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)	29	0,27	31	0,29
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)	101	0,95	111	1,03
B42 Anämie (648.2)	58	0,55	59	0,55
B43 Harnwegsinfektion (646.6)	15	0,14	20	0,19
B44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)	0	0,00	2	0,02
B45 Risiko aus anderen serologischen Befunden	29	0,27	22	0,20
B46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-)	20	0,19	23	0,21
B47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l)	3	0,03	1	0,01
B48 Mittelgradige - schwere Ödeme (646.1)	13	0,12	16	0,15
B49 Hypotonie (669.2)	7	0,07	5	0,05
B50 Gestationsdiabetes (648.0)	59	0,56	52	0,48
B51 Lageanomalie (652.-)	14	0,13	10	0,09
B52 Andere Besonderheiten (646.9)	162	1,53	176	1,64
B53 Hyperemesis	35	0,33	36	0,34

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

6 Geburt

Insgesamt weisen 30,9% aller 8.804 Frauen, die ihre Geburt außerklinisch beenden, keinerlei Befunde laut Katalog C auf. (siehe Tabelle 30)

Von allen 10.600 außerklinisch begonnenen Geburten enden 90,7% als Spontangeburt und 2,8% mit Zange oder Saugglocke, somit 93,4% auf vaginalem Weg (wie aus Abbildung 19 und Tabelle 50 ersichtlich wird).

Die bevorzugten Gebärhaltungen sind der Vierfüßlerstand sowie aufrecht hockend, sitzend oder auf dem Gebärhocker. Lediglich 5,2% aller 8.806 Frauen mit vaginaler außerklinisch beendeter Geburt gebären in der Rückenlage (Abbildung 23).

Keinerlei Intervention während der Geburt (wie frühe Eröffnung der Fruchtblase, Medikamentengaben inklusive Homöopathie, Massagen und Akupunktur bzw. -pressur oder Dammschnitt) erfahren 33,0% aller Gebärenden. Mäßige Interventionen, die sich auf Naturheilkunde, Massagen und Akupunktur bzw. -pressur beziehen, bekommen 24,3% der 10.600 Frauen, wie aus Tabelle 38 ersichtlich wird.

Insgesamt 45,4% der 9.905 Frauen mit vaginaler Geburt haben keine Geburtsverletzung (einschließlich Episiotomie), wie in Tabelle 52 dokumentiert. Insgesamt 4,6% aller Gebärenden mit vaginaler Geburt erhalten einen Dammschnitt. Der Anteil an DR I° liegt bei 19,1%, an DR II° bei 17,1% und die Rate der Dammriss III oder IV° bei 1,1% aller Gebärenden mit vaginaler Geburt (Tabelle 53). Allerdings sind diese Angaben entscheidend von der Parität abhängig.

Da die Verlegungsrate stark von der Parität abhängt, wird in Tabelle 42 die Verlegungsrate für die Hausgeburten und in Tabelle 43 für die HgE Geburten nach Parität differenziert dargestellt. Die Verlegungen aus der ärztlichen Praxis werden nicht gesondert in einer Tabelle präsentiert. Bei 87,5% aller 1.796 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 79% aller Verlegungen abgeschlossen sind. Innerhalb einer Stunde nach Ankunft in der Klinik sind 89,3% aller subpartal verlegten Kinder geboren (Tabelle 48). Einen Kaiserschnitt erhalten 38,7% der verlegten Gebärenden (Tabelle 49). Bezogen auf alle Geburten liegt die Kaiserschnitttrate bei 6,6%, wie aus Tabelle 50 hervorgeht. Im Jahr 2011 haben 9% aller Zweitgebärenden außerklinisch nach einem direkt vorausgehenden abdominal-operativen Geburtsmodus geboren, in den Jahren 2012 und 2013 sind es jeweils 9,2% (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 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nicht verlegt	3.056	68,9	5.748	93,2	8.804	83,1	8.929	83,2
verlegt	1.377	31,1	419	6,8	1.796	16,9	1.805	16,8
davon Geburt auf Transport	0		2		2		3	
Gesamt	4.433	100,0	6.167	100,0	10.600	100,0	10.734	100,0

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

Tabelle 26 Geburtsdauer / Jahr

Dauer von Geburtsbeginn bis Geburt des Kindes	2013	
	Anzahl	Prozent
unter 3 Stdunden	1.290	12,2
3 bis unter 6 Std.	2.667	25,2
6 bis unter 9 Std.	1.998	18,8
9 bis unter 12 Std.	1.341	12,7
12 bis unter 15 Std.	881	8,3
15 bis unter 18 Std.	629	5,9
18 bis unter 21 Std.	463	4,4
21 bis unter 24 Std.	315	3,0
über 24 Std.	835	7,9
keine Angaben bzgl. Zeilen	181	1,7
Gesamt	10.600	100,0

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 1 Std.	1.308	12,3	1.360	12,7
1 bis 3 Std.	3.057	28,8	2.973	27,7
3 bis 5 Std.	1.945	18,3	2.016	18,8
5 bis 10 Std.	2.206	20,8	2.283	21,3
10 bis 24 Std.	1.633	15,4	1.642	15,3
über 24 Std.	201	1,9	213	2,0
Eintreffen zur Geburt	62	0,6	64	0,6
Eintreffen nach der Geburt	188	1,8	183	1,7
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
adäquate Betreuungszeit (zwischen 1 bis 24 Stunden)	8.841	83,4	8.914	83,0
nicht adäquate Betreuungszeit	1.759	16,6	1.820	17,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

6.2.2 Zusätzliche Hilfs- und Begleitpersonen während einer außerklinisch begonnenen Geburt

Abbildung 14 und Abbildung 15

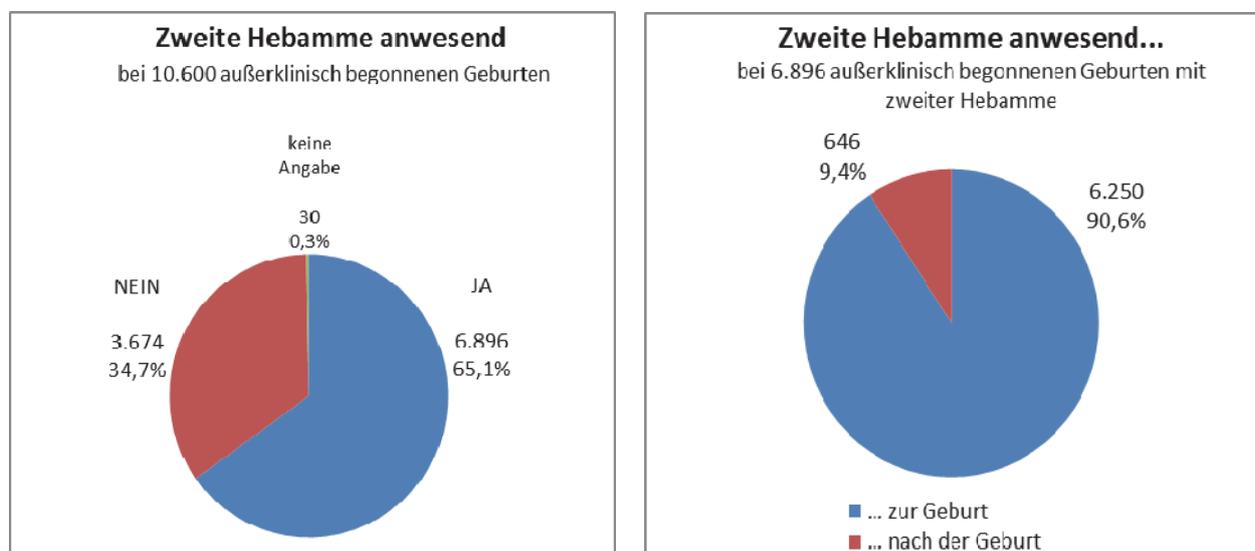


Tabelle 29 Anwesende bei der Geburt

Anwesende bei der Geburt	Geburt akl. beendet		Geburt s. p. verlegt		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erste Hebamme ist <u>vor</u> der Geburt eingetroffen	8.555	80,7	1.795	16,9	10.350	97,6
davon						
2. Hebamme anwesend	254	2,4	22	0,2	276	2,6
2. Hebamme und Arzt anwesend	44	0,4	5	0,0	49	0,5
2. Hebamme und weitere Personen anwesend	5.598	52,8	456	4,3	6.054	57,1
2. Hebamme, Arzt und weitere Personen anwesend	281	2,7	228	2,2	509	4,8
Arzt anwesend	128	1,2	11	0,1	139	1,3
Arzt und weitere Personen anwesend	184	1,7	387	3,7	571	5,4
Nur weitere Personen anwesend	2.207	20,8	592	5,6	2.799	26,4
Geburt ohne Anwesenheit weiterer Personen	108	1,0	45	0,4	153	1,4
Eintreffen erster Hebamme <u>zur</u> oder <u>nach</u> Geburt	249	2,3	1	0,0	250	2,4
fehlende Angaben	0	0,0	50	0,5	50	0,5

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

6.3 Dokumentierte Geburtsbefunde

Tabelle 30 Geburtsbefunde – Anzahl / Jahr

Anzahl der Geburtsrisiken nach Katalog C	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Befunde	2.738	25,8	2.908	27,1
1 Befund	4.949	46,7	4.916	45,8
2 Befunde	2.110	19,9	2.060	19,2
3 und mehr Befunde	803	7,6	850	7,9
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	6.086	69,1	1.776	99,0	7.862	74,2
Kein Geburtsbefund	2.720	30,9	18	1,0	2.738	25,8
Gesamt	8.806	100,0	1.794	100,0	10.600	100,0

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)	1.079	10,2	2.477	23,4	3.556	33,5
Nur Befunde nach Katalog A	1.488	14,0	4.664	44,0	6.152	58,0
Nur Befunde nach Katalog B	53	0,5	185	1,7	238	2,2
Befunde nach Katalog A und B	118	1,1	536	5,1	654	6,2
Gesamt	2.738	25,8	7.862	74,2	10.600	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

6.3.1 Geburtsbefunde und Hauptverlegungsgründe nach Katalog C

Tabelle 33 Die sieben häufigsten Geburtsbefunde nach Katalog C

Befunde nach Katalog C (die sieben häufigsten)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
C61 Überschreitung des Termins (645)	1	5.486	51,75	1	5.398	50,29
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2	2.186	20,62	2	2.170	20,22
C82 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der EP (662.0)	3	955	9,01	3	1.013	9,44
C69 Zust. nach Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	4	747	7,05	4	784	7,30
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	5	571	5,39	5	569	5,30
C83 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der AP (662.2)	6	470	4,43	6	429	4,00
C77 Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindl. HT	7	346	3,26	7	377	3,51

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)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
C82 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der EP (662.0)	1	719	40,0	1	745	41,3
C83 Protrahierte Geb./ Geburtsstillst. in der AP (662.2)	2	257	14,3	3	234	13,0
C77 Path. CTG oder auskultatorisch schlechte kindl. HT	3	228	12,7	2	243	13,5
E100 Auf Wunsch der Mutter	4	134	7,5	5	123	6,8
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	5	119	6,6	4	123	6,8
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	6	62	3,5	7	47	2,6
C92 Hoher Geradstand (652.5)	7	39	2,2	6	64	3,5

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 2013					
			in Ruhe		in Eile		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2.186	20,62	119	7,2	0	0,0	119	6,6
C61 Überschreitung des Termins (645)	5.486	51,75	16	1,0	0	0,0	16	0,9
C62 Mißbildung (655)	5	0,05	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C63 Frühgeburt (644.1)	83	0,78	5	0,3	1	0,7	6	0,3
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Vd. auf) (656.5)	14	0,13	1	0,1	0	0,0	1	0,1
C66 Gestose/Eklampsie (642.5)	13	0,12	7	0,4	1	0,7	8	0,4
C67 RH-Inkompatibilität (656.1)	29	0,27	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C68 Diabetes mellitus (648.0)	16	0,15	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C69 Zust. n. Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	747	7,05	11	0,7	2	1,4	13	0,7
C70 Plazenta praevia (641.-)	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)	12	0,11	1	0,1	2	1,4	3	0,2
C72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)	26	0,25	4	0,2	3	2,1	7	0,4
C73 Amnion-Infektionssyndr. (Vd. auf) (658.4)	25	0,24	17	1,0	0	0,0	17	0,9
C74 Fieber unter der Geburt (659.2)	15	0,14	5	0,3	0	0,0	5	0,3
C75 Mütterliche Erkrankung (648.-)	44	0,42	3	0,2	0	0,0	3	0,2
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	63	0,59	23	1,4	1	0,7	24	1,3
C77 Path. CTG oder auskult schlechte kindl. HT	346	3,26	141	8,5	87	62,1	228	12,7
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	571	5,39	59	3,6	3	2,1	62	3,5
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)	61	0,58	9	0,5	0	0,0	9	0,5
C82 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der EP (662.0)	955	9,01	712	43,0	7	5,0	719	40,0
C83 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der AP (662.2)	470	4,43	245	14,8	12	8,6	257	14,3
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4)	56	0,53	24	1,4	1	0,7	25	1,4
C85 Droh./erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)	5	0,05	1	0,1	2	1,4	3	0,2
C86 Querlage/Schräglage (652.2)	4	0,04	3	0,2	1	0,7	4	0,2
C87 Beckenendlage (652.3)	40	0,38	18	1,1	6	4,3	24	1,3
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	58	0,55	9	0,5	0	0,0	9	0,5
C89 Vorderhauptslage (652.5)	35	0,33	3	0,2	1	0,7	4	0,2
C90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)	14	0,13	4	0,2	2	1,4	6	0,3
C91 Tiefer Querstand (660.3)	12	0,11	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C92 Hoher Geradstand (652.5)	114	1,08	37	2,2	2	1,4	39	2,2
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	84	0,79	21	1,3	1	0,7	22	1,2
C94 Sonstiges	163	1,54	23	1,4	0	0,0	23	1,3
C95 HELLP	2	0,02	1	0,1	1	0,7	2	0,1
C96 intrauteriner Fruchttod (656.4)	8	0,08	1	0,1	1	0,7	2	0,1
C97 pathologischer Dopplerbefund	2	0,02	0	0,0	1	0,7	1	0,1
C98 Schulterdystokie	38	0,36	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E100 Auf Wunsch der Mutter	-	-	133	8,0	1	0,7	134	7,5
Gesamt			1.656	100,0	140	100,0	1.796	100,0

Prozentangaben für Geburtsbefunde (Mehrfachnennungen möglich) bezogen auf n= 10.600 Geburten (alle außerklinisch begonnenen Geburten 2013). Prozentangaben für Hauptverlegungsgründe bezogen auf die jeweilige Verlegungsart, keine Mehrfachnennung möglich. Zur Terminüberschreitung: Eintrag schon ab einem Tag nach Entbindungstermin.

Die zwei häufigsten 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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
< vollendete 35 Wochen	13	0,1	16	0,1
36+-0 bis 36+6	70	0,7	69	0,6
37+-0 bis 39+6	4.413	41,6	4.621	43,1
40+-0 bis 40+6	3.796	35,8	3.753	35,0
41+-0 bis 41+6	2.094	19,8	2.065	19,2
42+-0 bis 42+6	198	1,9	187	1,7
43+-0 bis 43+6	6	0,1	12	0,1
> 44 Wochen	10	0,1	11	0,1
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja, größer 24 Stunden	461	4,3	487	4,5
trifft nicht zu	8.943	84,4	9.029	84,1
Gesamt	1.196	11,3	1.218	11,3

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.

6.4 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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Intervention	3.606	34,0	3.589	33,4
mäßige Intervention	2.573	24,3	2.545	23,7
invasiv	4.421	41,7	4.600	42,9
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	4.557	43,0
Massagen	3.202	30,2
Naturheilkunde	1.526	14,4
Analgetika/Spasmolytika	1.419	13,4
Akupunktur/-pressur	1.167	11,0
Wehenmittel (Oxytocin)	370	3,5
Sonstiges	884	8,3
Medikamentöse Tokolyse	154	1,5
Amniotomie (30 Minuten und länger vor der Geburt)	497	4,7
Episiotomie	456	4,3

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.	260	2,5	6	0,1	266	2,5
30 min - 3 Std	302	2,8	41	0,4	343	3,2
> 3 Std	63	0,6	91	0,9	154	1,5
Amniotomien Gesamt	625	5,9	138	1,3	763	7,2

Prozentbezug auf alle Geburten

6.5 Verlegung der Gebärenden

6.5.1 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik nach beteiligter Einrichtung

Tabelle 41 Entfernung zur nächstgelegenen Klinik

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik	Hausgeburten		Hebammen-geleitete Einrichtungen		Arztpraxis		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 km	2.478	69,4	6.288	89,6	10	100,0	8.776	82,8
11 bis 20 km	776	21,7	514	7,3	0	0,0	1.290	12,2
21 bis 30 km	267	7,5	198	2,8	0	0,0	465	4,4
31 bis 40 km	37	1,0	19	0,3	0	0,0	56	0,5
mehr als 40 km	11	0,3	2	0,0	0	0,0	13	0,1
Gesamt	3.569	100,0	7.021	100,0	10	100,0	10.600	100,0

Prozentbezug auf die Gesamtmenge der jeweiligen Einrichtungen

6.5.2 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	693	73,6	2.472	94,1	3.165	88,7
verlegt	249	26,4	155	5,9	404	11,3
Geburt auf Transport	0	0,0	2	0,1	2	0,1
Gesamt	942	100,0	2.627	100,0	3.569	100,0

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	2.363	67,9	3.276	92,6	5.639	80,3
verlegt	1.119	32,1	263	7,4	1.382	19,7
Geburt auf Transport	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	3.482	100,0	3.539	100,0	7.021	100,0

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= 1.796)	Prozent aller Geburten 2013 (n= 10.600)	Prozent aller Geburten 2012 (n= 10.734)
in Ruhe	1.656	92,2	15,6	15,5
in Eile	140	7,8	1,3	1,3
keine Angaben	0	0,0	0,0	0,03
Gesamt	1.796	100,0	16,9	16,8

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

6.5.3 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= 1.656)	Prozent aller Verlegungen (n= 1.796)
PKW	1.354	81,8	75,4
Rettungsfahrzeug	163	9,8	9,1
Sonstiges	139	8,4	7,7
Gesamt	1.656	100,0	92,2

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= 140)	Prozent aller Verlegungen (n= 1.796)
PKW	30	21,4	1,7
Rettungsfahrzeug	89	63,6	5,0
Sonstiges	21	15,0	1,2
Gesamt	140	100,0	7,8

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

6.5.3.1 Transportweg zur Klinik und Betreuung in der Klinik

Tabelle 47 Tatsächlicher Transportweg in Kilometern

Tatsächlicher Transportweg	Hausgeburten		Hebammen-geleitete Einrichtungen		Arztpraxis		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 10 km	294	72,8	1.267	91,7	10	100,0	1.571	87,5
11 bis 20 km	72	17,8	82	5,9	0	0,0	154	8,6
21 bis 30 km	32	7,9	30	2,2	0	0,0	62	3,5
31 bis 40 km	6	1,5	3	0,2	0	0,0	9	0,5
mehr als 40 km	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	404	100,0	1.382	100,0	10	100,0	1.796	100,0

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

Abbildung 16

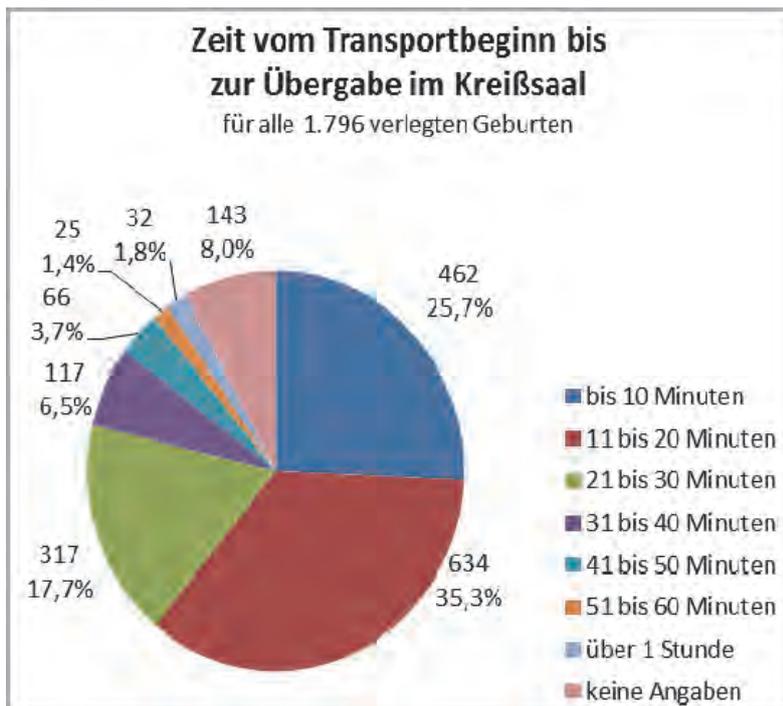
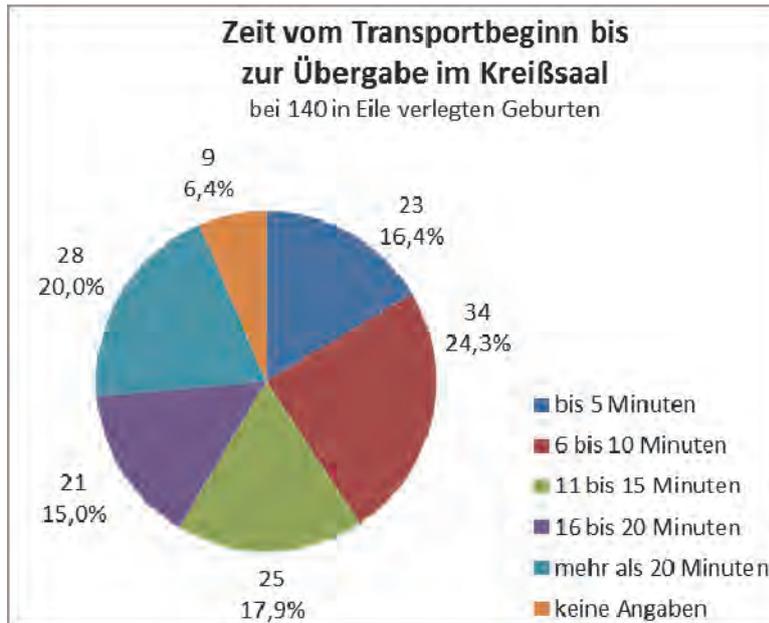
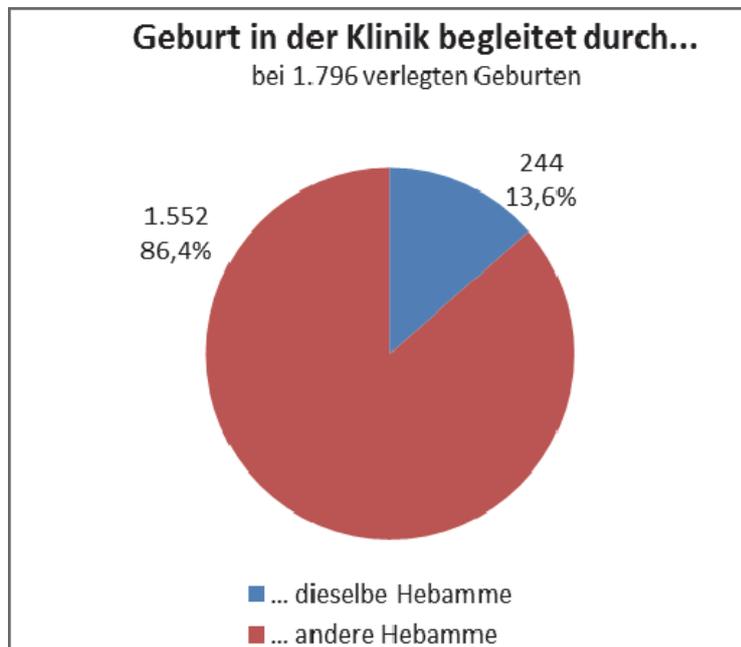


Abbildung 17



6.5.3.2 Betreuungskontinuität nach der Verlegung

Abbildung 18



6.5.3.3 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	1.472	88,9	131	93,6	1.603	89,3
1 bis 6 Std.	44	2,7	0	0,0	44	2,4
6 bis 12 Std.	3	0,2	0	0,0	3	0,2
über 12 Stunden bis 1 Tag	2	0,1	0	0,0	2	0,1
über 24 Stunden bis 2 Tage	1	0,1	0	0,0	1	0,1
über 2 Tage	0	0,0	0	0,0	0	0,0
keine Zeitangabe	134	8,1	9	6,4	143	8,0
Gesamt	1.656	100,0	140	100,0	1796	100,0

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	40	2,2	71	4,0	19	1,1	131	7,3
	In Ruhe	687	38,3	559	31,1	225	12,5	1.472	82,0
1 bis 6 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	21	1,2	17	0,9	6	0,3	44	2,4
6 bis 12 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	1	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,2
Später als 12 Stunden	Notfall	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	In Ruhe	1	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,2
Keine Zeitangaben	Notfall	6	0,3	2	0,1	1	0,1	9	0,5
	In Ruhe	77	4,3	44	2,4	13	0,7	134	7,5
Keine Angabe								2	0,1
Gesamt		833	46,4	695	38,7	266	14,8	1.796	100,0

Prozentangaben bezogen auf alle Verlegungen während der Geburt

6.6 Geburtsspezifische Ergebnisse

6.6.1 Geburtsmodus

Tabelle 50 Geburtsmodus Übersicht

Geburtsmodus	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Vaginal	9.905	93,4	10.026	93,4
Abdominal (Sectio)	695	6,6	705	6,6
Keine Angaben	0	0,0	3	0,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 19

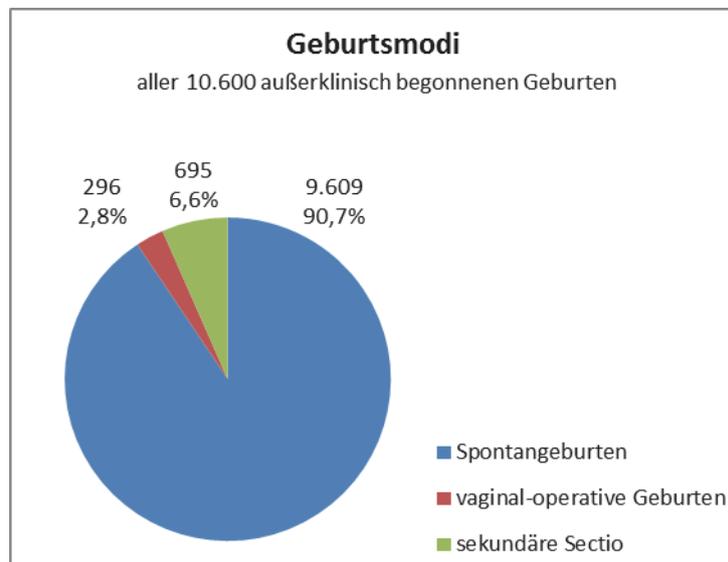


Abbildung 20

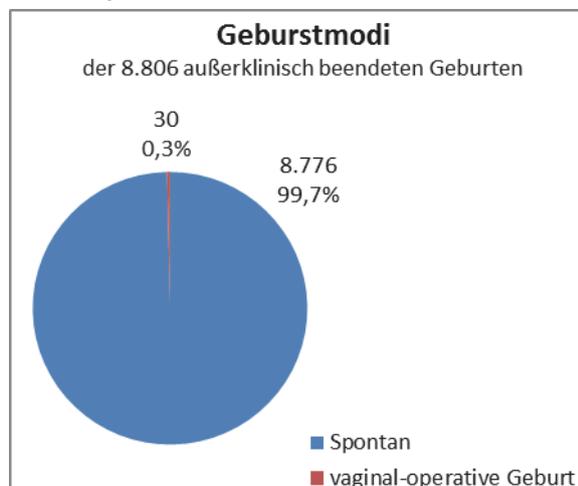


Abbildung 21

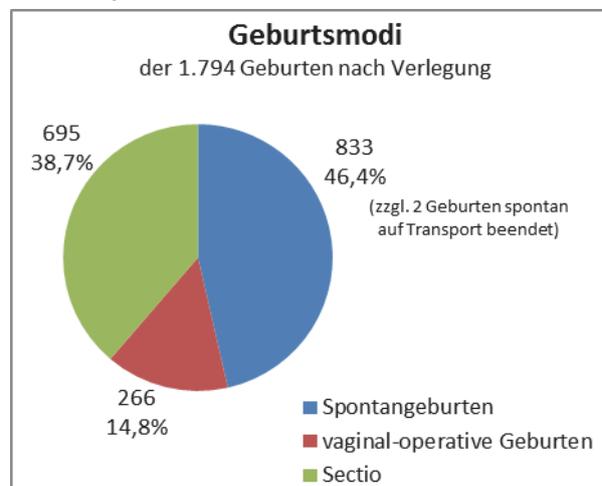


Tabelle 51 Dauer des aktiven Mitschiebens bei vaginaler Geburt / Jahr

Dauer des aktiven Mitschiebens	Vaginale Geburt	
	Anzahl	Prozent
< 15 Minuten	4.849	49,0
15 – 60 Minuten	3.264	33,0
> 60 Minuten	996	10,1
keine Angabe	796	8,0
Gesamt	9.905	100,0

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des Jahrgangs

6.6.2 Gebärpositionen

Abbildung 22

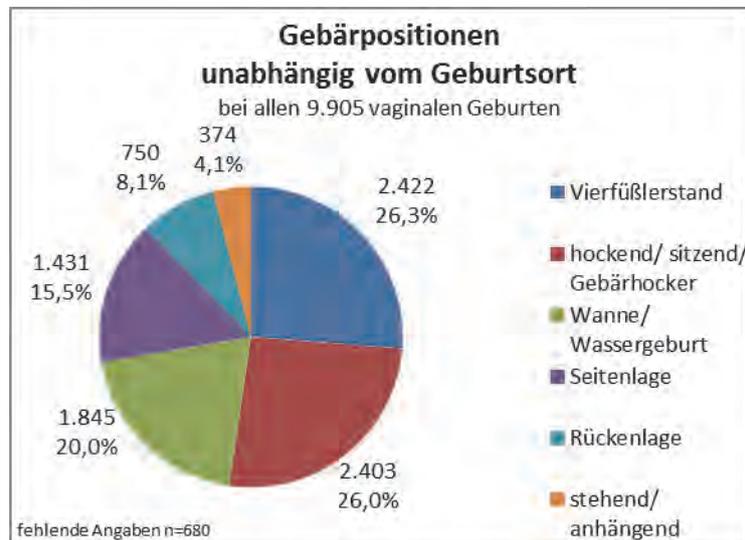


Abbildung 23

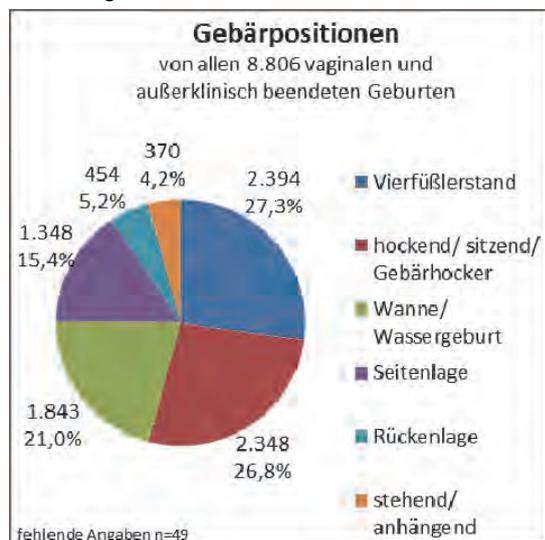


Abbildung 24



6.6.3 Geburtsverletzungen

Tabelle 52 Geburtsverletzungen bei vaginaler Geburt / Jahr

Geburtsverletzungen	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	5.408	54,6	5.501	54,9
nein	4.497	45,4	4.525	45,1
Gesamt	9.905	100,0	10.026	100,0

Prozentbezug auf alle vaginalen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Abbildung 25

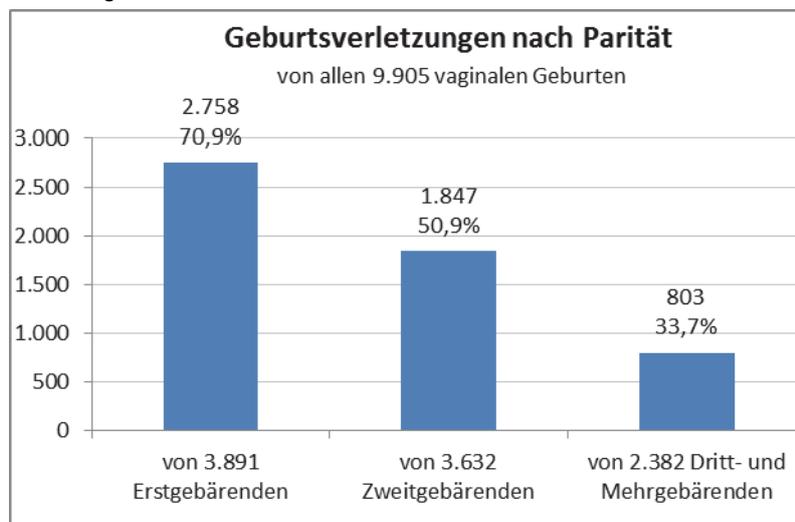


Tabelle 53 Geburtsverletzungen nach Art und Parität

Geburtsverletzungen bei vaginaler Geburt	Erstgebärende n=3.891		Mehrgebärende n=6.014		Gesamt n=9.905	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Geburtsverletzung	1.133	29,1	3.364	55,9	4.497	45,4
DR I°	625	16,1	1.265	21,0	1.890	19,1
DR II°	851	21,9	838	13,9	1.689	17,1
DR III-IV°	82	2,1	29	0,5	111	1,1
Episiotomie	375	9,6	81	1,3	456	4,6
davon Episiotomie mit DR III-IV° kombiniert	17	0,4	3	0,0	20	0,2
andere Risse	1.124	28,9	585	9,7	1.709	17,3
davon andere Risse mit den anderen Verletzungen kombiniert	271	7,0	139	2,3	410	4,1

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

7 Nach der Geburt des Kindes

Knapp 95% aller 10.600 Mütter haben direkt nach der Geburt keine Auffälligkeiten (siehe Tabelle 54). Von den auftretenden Komplikationen werden Plazentalösungsstörungen mit 2,1% aller Geburten am häufigsten genannt, wie Tabelle 55 zeigt. Insgesamt 377 Wöchnerinnen (3,6% aller Mütter) werden nach der Geburt verlegt, auch hier sind die Plazentalösungsstörungen als Verlegungsgrund mit 1,35% aller Geburten am häufigsten genannt (siehe Tabelle 56).

Von allen 10.590 Lebendgeborenen haben 99,3% einen fünf Minuten Apgar-Wert von 7 und darüber (siehe Tabelle 66). Insgesamt 2,3% aller Kinder werden verlegt (siehe Tabelle 60). Eine Reanimation ist bei 2,7% aller Lebendgeborenen verzeichnet (siehe Tabelle 62). Mindestens eine Morbidität liegt lediglich bei 5,2% aller 10.600 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 87 Kindern diagnostiziert, davon in 65 Fällen (74,7% aller Fehlbildungen) bereits pränatal (siehe Tabelle 68). Die perinatale Mortalität im Jahr 2013 liegt mit 16 in diesem Zeitraum verstorbenen Kindern bei 0,15% bzw. 1,5‰ aller 10.600 Kinder und für die geplant außerklinisch geborenen Kinder bei 0,9‰ (siehe Tabellen 72 und 71). Für 94,0% 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 2013 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.	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	562	5,3	428	4,0
nein	10.025	94,6	10.306	96,0
Keine Angabe	13	0,1	0	0,0
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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	2013	
	Anzahl	Anzahl
keine mütterlichen Probleme	10.038	94,7
101 Blutungen über 1000 ml	178	1,7
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	221	2,1
103 komplizierte Geburtsverletzung	99	0,9
105 Eklampsie	2	0,0
106 HELLP	1	0,0
107 Sepsis	2	0,0
108 Verdacht auf Embolie	3	0,0
keine Angaben	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.	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
E100 Auf Wunsch der Mutter	0	0,00	0	0,00
E101 Blutungen > 1000 ml	50	0,47	64	0,60
E102 Plazentalösungsstörung / unvollständige Plazenta	143	1,35	134	1,25
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	57	0,54	50	0,47
E104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen	45	0,42	40	0,37
E105 Gestose / Eklampsie	2	0,02	1	0,01
E106 HELLP	0	0,00	1	0,01
E107 Sepsis	0	0,00	0	0,00
E108 Verdacht auf Embolie	3	0,03	0	0,00
E109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage	3	0,03	1	0,01
E110 zum normalen Wochenbett	11	0,10	24	0,22
E111 zur Begleitung des verlegten Kindes	30	0,28	20	0,19
E112 Sonstiges	33	0,31	22	0,20
Gesamt	377	3,56	357	3,33

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
weiblich	5.116	48,3	5.080	48,7
männlich	5.483	51,7	5.297	51,3
Keine Angabe	1	0,0	0	0,0
Gesamt	10.600	100,0	10.377	100,0

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	1.271	12,0	1.535	14,3
nein	9.329	88,0	9.199	85,7
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

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		sub partu verlegt		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	Anzahl	637	7,2	634	35,3	1.271	12,0
	Prozent		50,1		49,9		100,0
nein	Anzahl	8.167	92,8	1.162	64,7	9.329	88,0
	Prozent		87,5		12,5		100,0
Gesamt		8.804	100,0	1.796	100,0	10.600	100,0

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	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	242	2,3	261	2,4
nein	10.358	97,7	10.473	97,6
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

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

Verlegungsgründe für Kinder (die sieben häufigsten)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
D04 andere Atemstörungen (770)	1	71	0,67	2	56	0,52
D19 zur Beobachtung	2	67	0,63	1	58	0,54
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)	3	43	0,41	3	51	0,48
D06 Ikterus (774)	4	19	0,18	7	18	0,17
D17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))	5	18	0,17	4	31	0,29
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	6	15	0,14	5	24	0,22
D20 Sonstiges	7	11	0,10	6	19	0,18

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 62 Reanimationsmaßnahmen

Reanimation	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	283	2,7	290	2,7
nein	10.307	97,3	10.435	97,3
Gesamt	10.590	100,0	10.725	100,0

Prozentbezug auf alle Lebendgeburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 63 Reanimationsmaßnahmen im Einzelnen

Reanimationsmethode	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mund-zu-Mund	32	11,5	27	9,3
Maske	103	37,1	112	38,6
O-2 Dusche	157	56,5	166	57,2
Intubation	19	6,8	15	5,2
Sonstiges	54	19,4	64	22,1

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

7.2.2 Morbidität und Mortalität

Tabelle 64 Kindliche Morbidität

Kindliche Morbidität	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	551	5,2	592	5,5
nein	9.952	93,9	9.983	93,0
Keine Angaben	97	0,9	159	1,5
Gesamt	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs

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

Morbiditäten der Kinder (sieben häufigsten)	2013			2012		
	Position	Anzahl	Prozent	Position	Anzahl	Prozent
D04 andere Atemstörungen (770)	1	158	1,49	1	137	1,28
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	2	89	0,84	2	112	1,04
D19 zur Beobachtung	3	51	0,48	3	61	0,57
D20 Sonstiges	4	50	0,47	4	57	0,53
D05 Schockzustand (785)	5	36	0,34	5	45	0,42
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	6	29	0,27	6	40	0,37
D06 Ikterus (774)	7	27	0,25	7	31	0,29

Prozentbezug auf alle Geburten des jeweiligen Jahrgangs, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 66 Apgar-Werte aller lebend geborenen Kinder / Jahr

Apgar nach 5 Minuten	2013		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	3	0,0	5	0,1
1 - 2	7	0,1	6	0,1
3 - 4	12	0,1	15	0,1
5 - 6	43	0,4	47	0,4
7 - 8	311	2,9	312	2,9
9 - 10	10.212	96,4	10.338	96,4
Keine Angaben	2	0,0	2	0,02
Gesamt	10.590	100,0	10.725	100,0

Prozentbezug auf alle außerklinisch begonnenen 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)	29	0,27	5	0,05
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	89	0,84	43	0,41
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	20	0,19	15	0,14
D04 andere Atemstörungen (770)	158	1,49	71	0,67
D05 Schockzustand (785)	36	0,34	9	0,08
D06 Ikterus (774)	27	0,25	19	0,18
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)(773)	0	0,00	0	0,00
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)(773)	5	0,05	2	0,02
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)(775)	3	0,03	4	0,04
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte, Aminosäuren (270), Galaktose, Fructose (271), AGS (255), Mucoviszidose (277)	2	0,02	0	0,00
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))	1	0,01	0	0,00
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)	0	0,00	0	0,00
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,00	0	0,00
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemissyndrom) (779)	2	0,02	1	0,01
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)	2	0,02	2	0,02
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)	9	0,08	0	0,00
D17 generalisierte Infektion / TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320)	19	0,18	18	0,17
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)(771)	17	0,16	8	0,08
D19 zur Beobachtung	51	0,48	67	0,63
D20 Sonstiges	50	0,47	11	0,10
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.)(758)	12	0,11	6	0,06
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	0	0,00	0	0,00
D27 Anenzephalus (740)	0	0,00	0	0,00
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	1	0,01	1	0,01
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	1	0,01	0	0,00
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	6	0,06	0	0,00
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	8	0,08	5	0,05
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	0,02	0	0,00
D33 Gaumen- und Lippenspalten (749)	13	0,12	1	0,01
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	0,01	0	0,00
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	0	0,00	0	0,00
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	13	0,12	2	0,02
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	9	0,08	1	0,01
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	10	0,09	0	0,00
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	0	0,00	0	0,00
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	0	0,00	0	0,00
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	5	0,05	1	0,01
D42 Hernien (550-553)	1	0,01	0	0,00
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	4	0,04	0	0,00
D44 andere Anomalie	8	0,08	2	0,02

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs.

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

Mindestens eine Morbidität (D25 bis D44)	pränatal diagnostiziert		Nicht pränatal diagnostiziert		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anomalie vorhanden	65	74,7	22	25,3	87	100,0
Anomalie nicht vorhanden	0	0,0	10.513	100,0	10.513	100,0

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

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

Fehlbildungen nach Katalog D	von allen 10.600 Geburten	davon präpartal diagnostiziert
	Anzahl	Anzahl
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.)(758)	12	9
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	0	0
D27 Anecephalus (740)	0	0
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	1	1
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	1	1
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	6	4
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	8	6
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	2
D33 Gaumen- und Lippspalten (749)	13	13
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	1
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	0	0
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	13	11
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	9	5
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	10	9
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	0	0
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	0	0
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	5	2
D42 Hernien (550-553)	1	0
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	4	1
D44 andere Anomalie	8	7

Mehrfachnennungen möglich

Insgesamt wurden bei 87 Kindern Fehlbildungen nach der Geburt festgestellt. Vor der Geburt wurde bei 65 dieser Kinder bereits eine Fehlbildung diagnostiziert. Es sind fünf Kinder mit Fehlbildungen der perinatalen Mortalität zuzuordnen, bei zwei dieser Kinder waren sie präpartal diagnostiziert.

Tabelle 70 Perinatale Mortalität / Jahr

Perinatale Mortalität	2013		2012	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
ja	16	1,5	19	1,8
nein	10.584	998,5	10.715	998,2
Gesamt	10.600	1000,0	10.734	1000,0

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs

Tabelle 71 Perinatal verstorbene Kinder nach tatsächlichem Geburtsort

Geburtsort	Kind perinatal verstorben in 2013		Kind perinatal verstorben in 2012	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
Außerklinisch beendet	8	0,9	12	1,3
Klinik, sub partu verlegt	8	4,5	7	3,9
Gesamt	16	1,5	19	1,8

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

Tabelle 72 Kindliche Mortalität und Todeszeitpunkt / Jahr

Kindliche Mortalität	2013		2012		2011	
	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
Alle Kinder	10.600	1.000	10.734	1.000	10.377	1.000
Alle Todesfälle	20	1,9	23	2,1	13	1,3
davon perinatale Mortalität	16	1,5	19	1,8	11	1,1
davon: Totgeborene	10	0,9	9	0,8	6	0,6
Todeszeitpunkt: antepartal	7	0,7	7	0,7	2	0,2
subpartal	3	0,3	2	0,2	4	0,4
davon: postpartal verstorbene (Todeszeitpunkt: innerhalb der ersten 7 Lebenstage)	6	0,6	10	0,9	5	0,5
Tod nach dem 7. Tag pp	4	0,4	4	0,4	2	0,2

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des Jahrgangs

Keines der 2 Kinder, die 2013 auf dem Transportweg geboren worden sind, ist während diesem verstorben.

Tabelle 73 Kindliche Mortalität und Todeszeitpunkt 2005 bis 2010

Kindliche Mortalität	2010		2009	2008	2007	2006	2005
	Anzahl	Promille	Promille	Promille	Promille	Promille	Promille
Alle Kinder	10.699	1.000					
Alle Todesfälle	20	1,9					
davon perinatale Mortalität*	17	1,6	2,1	1,8	0,2	1,2	2,0
davon: Totgeborene	10	0,9	0,9	0,8	0,0	0,9	0,8
Todeszeitpunkt: antepartal	7	0,7	0,8	0,6	0,0	0,6	0,6
subpartal	3	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1
davon: postpartal verstorbene	5	0,5	1,3	1,0	0,2	0,3	1,1
(Todeszeitpunkt: innerhalb der ersten 7 Lebenstage)							
Todeszeitpunkt postpartal, jedoch ohne genaue Datumsangabe*	2	0,2					
Tod nach dem 7. Tag pp	3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Promilleangaben beziehen sich auf alle außerklinisch begonnenen Geburten des jeweiligen Jahrgangs (2010: n= 10.699; 2009: n= 10.374; 2008: n=9.736; 2007: n=9.428; 2006: n= 9.500; 2005: n= 10.003)

* Die zwei Fälle ohne Angabe des Todeszeitpunktes p.p. wurden hierin berücksichtigt.

7.2.3 Zusammenfassung – Outcome der Kinder

Tabelle 74 Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

Fetales Outcome	außerklinisch		klinisch		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
sehr gut/gut	8.279	94,0	1.583	88,2	9.862	93,0	9.898	92,2
befriedigend	62	0,7	7	0,4	69	0,7	68	0,6
Morbidität und/ oder Verlegung	384	4,4	151	8,4	535	5,0	572	5,3
Mortalität	11	0,1	9	0,5	20	0,2	23	0,2
Keine Angaben	70	0,8	44	2,5	114	1,1	173	1,6
Gesamt	8.806	100,0	1.794	100,0	10.600	100,0	10.734	100,0

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

Zustandsbeurteilung beim Neugeborenen			
Zustand	Angaben	Anzahl	Prozent
gut bis sehr gut (alle Angaben müssen zutreffen)	lebend geboren	10.590	99,9
	keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik	10.358	97,7
	keine Morbidität nach Katalog D	9.952	93,9
	keine Reanimationsmaßnahmen	10.307	97,3
	gemäß Tragzeit reif geboren	10.517	99,2
	APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8	10.455	98,7
befriedigend (alle Angaben müssen zutreffen)	lebend geboren	10.590	99,9
	keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik	10.358	97,7
	keine Morbidität nach Katalog D	9.952	93,9
Morbidität und/oder Verlegung	Morbidität	551	5,2
	Verlegung p.p.	242	2,3
Mortalität	verstorben	20	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

Zustand des Neugeborenen	Zustand der Mutter post partum				Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	auffällig		unauffällig		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent				
Zustand des Neugeborenen unauffällig	513	4,8	9.435	89,0	9.948	93,8	9.980	93,0
Zustand des Neugeborenen auffällig	28	0,3	214	2,0	242	2,3	595	5,5
keine Angaben zum Zustand des Neugeborenen	24	0,2	386	3,6	410	3,9	159	1,5
fehlende Angaben zur Mutter pp							3.453	32,2
Gesamt	565	5,3	10.035	94,7	10.600	100,0	10.734	100,0

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

Für die Erfassung der Geburten wurde ab 2012 die Struktur der Frage zum Zustand der Mutter von Einzelabfragen auf die Abfrage nach Katalog E umgestellt. Es ist zu vermuten, dass der hohe Anteil der fehlenden Angaben darauf zurückzuführen ist.

Hierzu wurde eine Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Tabelle 77 Zustandsbeurteilung für Mutter und Kind

Zustandsbeurteilung			
Zustand	Angaben	Anzahl	Prozent
Mutter auffällig (eine Angabe muss zutreffen)	mütterliche Problematik postpartal	562	5,3
	Verlegung postpartal (ausgenommen: zur Nahtversorgung, nur zur Begleitung des verlegten Kindes und zum normalen Wochenbett)	377	3,6
Mutter unauffällig	keine der genannten Auffälligkeiten vorhanden	10.038	94,7
Kind auffällig (eine Angabe muss zutreffen)	in eine Klinik verlegt	242	2,3
	Morbidität nach Katalog D	551	5,2
	verstorben	20	0,2
Kind unauffällig	keine der genannten Auffälligkeit vorhanden	9.980	93,0

Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs

8 Zusammenfassende Bemerkungen zu den Ergebnissen

Die geburtshilflichen Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 10.600 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern belegen für das Jahr 2013 ein gutes Outcome sowie eine hohe Ergebnisqualität der geleisteten Geburtshilfe durch die an der Dokumentation beteiligten Hebammen und Einrichtungen. 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 92,2% 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 2013 ist eine perinatale Mortalitätsrate von 1,5 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 bescheinigen.

Eine Rate von 83,1% 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.

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 2,3% aller Geburten.

9 Kurzdarstellung der Geminigeburten

Alle Mütter	4
--------------------	----------

Anamnese

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

Direkt vorausgegangener Entbindungsmodus	Anzahl
spontan	4
vaginal-operativ	0
Sectio	0
trifft nicht zu	0

Schwangerschaft

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

Mehrfachnennungen möglich

Probleme der Mutter postpartal

Probleme der Mutter postpartal	Anzahl
ja	0
nein	4

Alle Kinder	8
--------------------	----------

Geburt

geplanter Geburtsort	Anzahl
Haus	2
HgE	6
Klinik	0

tatsächlicher Geburtsort	Anzahl
Haus	2
HgE	3
Klinik	3

Geburtsbefunde nach Katalog C	Anzahl
C61 Überschreitung des Termins	2
C64 Mehrlingsschwangerschaft	8
C77 Pathologisches CTG	1
C87 Beckenendlage	2

Tragzeit	Anzahl
SSW 37 bis 42	8

Mehrfachnennungen möglich

Verlegung intrauterin	Anzahl
nein	5
ja	3

Geburtmodus	Anzahl
spontan	7
vaginal-operativ	0
Sectio	1
keine Angabe	0

Lage	Anzahl
regelrechte SL	6
regelwidrige SL	0
BEL	2
keine Angabe	0

Nach der Geburt

Apgar Wert nach 5 Minuten	Anzahl
unter 8	1
8	0
9	2
10	5
keine Angabe	0

Gewicht	Anzahl
unter 2.500g	2
2.500g und mehr	6

Morbidität nach Katalog D	Anzahl
keine	5
D01 Unreife/Mangelgeburt	1
D04 andere Atemstörungen	1
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	2

Perinatale Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	8
trifft zu	0

Verlegung nach der Geburt	Anzahl
nein	7
ja	1

10 Kurzdarstellung der für die Klinik geplanten und ungeplant außerklinisch beendeten Geburten 2013

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% und für 2013 genau 1,2% (n= 134) ungeplante außerklinisch beendete Geburten gemeldet.

Anzahl Geburten	134
davon Einlinge	134

Anamnese

Parität	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	41	30,6
Zweitgebärende	63	47,0
Mehrgebärende (> 2)	30	22,4
Gesamt	134	100,0

Direkt vorausgegangener Entbindungsmodus	Anzahl	Prozent
Spontan	74	55,2
vaginal operativ	10	7,5
Sectio	9	6,7
trifft nicht zu	41	30,6
Gesamt	134	100,0

Schwangerschaft

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog A	Anzahl	Prozent (n=134)
A01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	39	29,1
A02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber Nieren, ZNS, Psyche)	18	13,4
A03 Blutungs-/Thromboseneigung	2	1,5
A04 Allergie	30	22,4
A05 Frühere Bluttransfusionen	1	0,7
A06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche)	12	9,0
A07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme)	1	0,7
A08 Rhesus-Inkompatibilität (bei voraus geg. Schwangersch.)	1	0,7
A09 Diabetes mellitus	2	1,5
A10 Adipositas	4	3,0
A11 Kleinwuchs	0	0,0
A12 Skelettanomalien	2	1,5
A13 Schwangere unter 18 Jahren	0	0,0
A14 Schwangere über 35 Jahren	29	21,6
A15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	4	3,0
A16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung	4	3,0
A17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW)	2	1,5
A18 Zustand nach Mangelgeburt	1	0,7
A19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	5	3,7
A20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	1	0,7
A21 Komplikationen bei voraus gegangenen Entb.	12	9,0
A22 Komplikationen post partum	2	1,5
A23 Zustand nach Sectio (654.2)	13	9,7
A24 Zustand nach anderen Uterusoperationen	6	4,5
A25 Rasche SS-Folge (weniger als 1 Jahr)	3	2,2
A26 Andere Besonderheiten	7	5,2
A54 Zustand nach HELLP	0	0,0
A55 Zustand nach Eklampsie	0	0,0
A56 Zustand nach Hypertonie	0	0,0

Mehrfachnennungen möglich

Schwangerschaftsbefunde nach Katalog B	Anzahl	Prozent (n=134)
B27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankg.	1	0,7
B28 Dauermedikation	6	4,5
B29 Abusus	0	0,0
B30 Besondere psychische Belastung	0	0,0
B31 Besondere soziale Belastung	0	0,0
B32 Blutungen vor der 28. SSW	1	0,7
B33 Blutungen nach der 28. SSW	0	0,0
B34 Placenta praevia	0	0,0
B35 Mehrlingsschwangerschaft	0	0,0
B36 Hydramnion	0	0,0
B37 Oligohydramnie	0	0,0
B38 Terminunklarheit	1	0,7
B39 Placenta-Insuffizienz	0	0,0
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	1	0,7
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	5	3,7
B42 Anämie	1	0,7
B43 Harnwegsinfektion	1	0,7
B44 Indirekter Coombstest positiv	0	0,0
B45 Risiko aus anderen serologischen Befunden	0	0,0
B46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	1	0,7
B47 Eiweißausscheidung über 1‰ (entspr. 1000 mg/l) oder mehr	1	0,7
B48 Mittelgradige - schwere Ödeme	0	0,0
B49 Hypotonie	0	0,0
B50 Gestationsdiabetes	1	0,7
B51 Lageanomalie	0	0,0
B52 Andere Besonderheiten	2	1,5
B53 Hyperemesis	0	0,0

Mehrfachnennungen möglich

Geburt

geplanter Geburtsort	Anzahl
Klinik	134

tatsächlicher Geburtsort	Anzahl	Prozent
Arztpraxis	1	0,7
HgE	16	11,9
Haus	117	87,3
Gesamt	134	100,0

Eintreffen der Hebamme	Anzahl	Prozent
Eintreffen vor der Geburt (bis 1 Stunde)	56	41,8
Eintreffen vor der Geburt (> 1 Stunde)	61	45,5
Eintreffen zur Geburt	3	2,2
Eintreffen nach Geburt	14	10,4
Gesamt	134	100,0

Arzt anwesend	Anzahl	Prozent (n=134)
ja, zur Geburt	4	3,0
ja, nach der Geburt	4	3,0

Weitere Personen anwesend	Anzahl	Prozent
ja	125	93,3
nein	9	6,7
Gesamt	134	100,0

Tragzeit	Anzahl	Prozent
< vollendete 35 Wochen	0	0,0
36+-0 bis 36+6	1	0,7
37+-0 bis 39+6	72	53,7
40+-0 bis 40+6	42	31,3
41+-0 bis 41+6	17	12,7
42+-0 bis 42+6	2	1,5
43+-0 bis 43+6	0	0,0
> 44 Wochen	0	0,0
Gesamt	134	100,0

Geburtmodus	Anzahl
spontan	134
vaginal-operativ	0

Lage	Anzahl	Prozent
regelrechte SL	126	94,0
regelwidrige SL	4	3,0
BEL	2	1,5
keine Angabe	2	1,5
Gesamt	134	100,0

Geburtsbefunde nach Katalog C	Anzahl	Prozent (n=134)
C60 Vorzeitiger Blasensprung	10	7,46
C61 Überschreitung des Termins [SSW >40+0]	56	41,79
C62 Mißbildung	1	0,75
C63 Frühgeburt	1	0,75
C64 Mehrlingsschwangerschaft	0	0,00
C65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf)	0	0,00
C66 Gestose/Eklampsie	1	0,75
C67 RH-Inkompatibilität	0	0,00
C68 Diabetes mellitus	2	1,49
C69 Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen	18	13,43
C70 Plazenta praevia	0	0,00
C71 Vorzeitige Plazentalösung	0	0,00
C72 Sonstige uterine Blutungen	1	0,75
C73 Amnion-Infektionssyndrom (Vd. auf)	1	0,75
C74 Fieber unter der Geburt	1	0,75
C75 Mütterliche Erkrankung	2	1,49
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	0	0,00
C77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herzöne	2	1,49
C78 Grünes Fruchtwasser	0	0,00
C79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	0	0,00
C80 Nabelschnurvorfall	0	0,00
C81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen	0	0,00
C82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	1	0,75
C83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	0	0,00
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken	0	0,00
C85 Drohende/erfolgte Uterusruptur	0	0,00
C86 Querlage/Schräglage	0	0,00
C87 Beckenendlage	2	1,49
C88 Hintere Hinterhauptslage	1	0,75
C89 Vorderhauptslage	0	0,00
C90 Gesichtslage/Stirnlage	0	0,00
C91 Tiefer Querstand	0	0,00
C92 Hoher Geradstand	0	0,00
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen	0	0,00
C94 Sonstiges	3	2,24
C95 HELLP	0	0,00
C96 intrauteriner Fruchttod	0	0,00
C97 pathologischer Dopplerbefund	0	0,00
C98 Schulterdystokie	0	0,00

Mehrfachnennungen möglich

Nach der Geburt

Apgar Wert nach 5 Minuten	Anzahl	Prozent
0	0	0,0
1 - 2	0	0,0
3 - 4	0	0,0
5 - 6	2	1,5
7 - 8	2	1,5
9 - 10	130	97,0
Gesamt	134	100,0

Gewicht	Anzahl	Prozent
unter 2.500 g	3	2,2
2.500 g bis 3.499 g	66	49,3
3.500 g bis 3.999 g	46	34,3
4.000 g bis 4.499 g	18	13,4
4.500 g bis 4.999 g	1	0,7
über 5.000 g	0	0,0
Gesamt	134	100,0

Perinatale Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	134

Verlegung des Kindes nach der Geburt	Anzahl	Prozent (n=134)
ja	5	3,7
nein	129	96,3

Morbidität/ Verlegung des Kindes	Anzahl	Prozent (n=134)	Verlegung Anzahl
D01 Unreife/Mangelgeburt	0	0,00	0
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	1	0,75	0
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit	0	0,00	0
D04 andere Atemstörungen	2	1,49	2
D05 Schockzustand	0	0,00	0
D06 Ikterus	0	0,00	0
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)	0	0,00	0
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)	0	0,00	0
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)	0	0,00	0
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))	0	0,00	0
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))	0	0,00	0
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel)	0	0,00	0
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,00	0
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemisyndrom)	0	0,00	0
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme	0	0,00	0
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen	0	0,00	0
D17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))	0	0,00	1
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)	0	0,00	0
D19 zur Beobachtung	3	2,24	1
D20 Sonstiges	1	0,75	1
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.)	0	0,00	0
D26 (andere) multiple Mißbildungen	0	0,00	0
D27 Anenzephalus	1	0,75	0
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)	1	0,75	1
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien	0	0,00	0
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals	0	0,00	0
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	0	0,00	0
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge)	0	0,00	0
D33 Gaumen- und Lippenpalten	0	0,00	0
D34 Anomalie Ösophagus/Magen	0	0,00	0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	0	0,00	0
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	0	0,00	0
D37 Anomalie Genitalorgane	0	0,00	0
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln	0	0,00	0
D39 Zwerchfellmißbildung	0	0,00	0
D40 Gastroschisis/Omphalozele	0	0,00	0
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.)	0	0,00	0
D42 Hernien	0	0,00	0
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation)	0	0,00	0
D44 andere Anomalie	0	0,00	0

Mehrfachnennungen bei Morbidität möglich

Probleme der Mutter postpartal

Probleme der Mutter postpartal	Anzahl	Prozent
ja	10	7,5
nein	124	92,5
Gesamt	134	100,0

Verlegung der Mutter nach der Geburt	Anzahl	Prozent
Mutter verlegt	17	12,7
Mutter nicht verlegt	117	87,3
Gesamt	134	100,0

Mütterliche Probleme laut Katalog E nach der Geburt	Anzahl	Prozent
101 Blutungen über 1000 ml	1	0,7
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	4	3,0
103 komplizierte Geburtsverletzung	2	1,5
105 Eklampsie	0	0,0
106 HELLP	0	0,0
107 Sepsis	1	0,7
108 Verdacht auf Embolie	0	0,0
keine Angabe	2	1,5
keine mütterlichen Probleme nach der Geburt	124	92,5
Grundgesamtheit: 134 Datensätze	134	100,0

Verlegungsgrund (Mutter) laut Katalog E	Anzahl
E100 Auf Wunsch der Mutter	0
E101 Blutungen>1000ml	0
E102 Placentalösungsstörg. / unvollst. Placenta	4
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	2
E104 zur Nahtversorgung d. Epi o.a. Verletzungen	3
E105 Gestose / Eklampsie	0
E106 HELLP	0
E107 Sepsis	1
E108 Verdacht auf Embolie	0
E109 Fieber im Wochenbett über 2 Tage	0
E110 zum normalen Wochenbett	5
E111 zur Begleitung des verlegten Kindes	1
E112 Sonstiges	1

Keine Mehrfachnennungen möglich

Mütterliche Mortalität	Anzahl
trifft nicht zu	134

11 Studie zur außerklinischen Geburtshilfe (Thema Dammversorgung)

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

Kvasnicka, S.; König-Bachmann, M.; Loytved, Ch. (2014). Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammrisse ersten und zweiten Grades? Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science),02 (01), 9-16

Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammriss ersten und zweiten Grades?

Out-of-hospital midwifery care of perineal tears grade 1 and 2

Sylvia Kvasnicka M.Sc., Dr. rer. medic. Christine Loytved MPH und Martina König-Bachmann MHPE

Abstract

Hintergrund: Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) heilen entweder mit oder ohne Naht. Zu diesen Versorgungsalternativen sind bislang Kurzzeiteffekte bekannt. Da Langzeitstudien fehlen, ist die Evidenzlage hinsichtlich ihrer (Neben-) Wirkungen unzureichend. Darüber hinaus liegen bislang für deutschsprachige Regionen keine Angaben vor, wie Hebammen einen DR I° oder DR II° versorgen.

Methodik: Im vorliegenden Survey, der im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wurde, wurde danach gefragt, welche Voraussetzungen nach der Geburt gegeben sein müssen, um die Dammrissversorgung festzulegen und wie Hebammen diese vornehmen. Zudem wurde der Frage nachgegangen, ob Hebammen in diesem Bereich Fortbildungsbedarf für sich sehen. Die Online-Befragung richtete sich an außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich, von welchen sich 117 beteiligten. Die quantitative Analyse der Multiple-Choice Fragen erfolgte deskriptiv; die offenen Items mit Bemerkungen der Hebammen wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Nur ca. 18% der Befragten konnten auf Wissen aus ihrer Aus- und Fortbildung zurückgreifen. Insgesamt 83% waren sich in der Differenzierung nach Dammrissgraden sicher. Mit einer spontanen Heilung hatten über 50% der Hebammen Erfahrung bei DR I° und 12% bei DR II°. Rund die Hälfte aller Hebammen (45% in Deutschland, 51% in Österreich) hatte ein weiteres Fortbildungsinteresse.

Schlussfolgerung: Beide Versorgungsarten sollten derzeit in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden, da die Evidenzlage keine klare Präferenz vorgibt.

Schlüsselwörter: Damm, Dammriss, Naht, Hebamme

Hintergrund

Mehr als die Hälfte aller Frauen, die in deutschen Kliniken vaginal gebären, müssen mit einer Weichteilverletzung rechnen. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) (AQUA, 2012). Seitdem die klinische Vorgehensweise bei der Geburt – angestoßen durch den West Berkshire Perineal Management Trial von Sleep et al. (1984) – nicht mehr aus der

Background: First-degree or second-degree perineal tears can heal with or without suture. With regard to these two options, only short-term healing effects are currently known. As long-term studies are lacking, evidence on their effects, or harms, is weak. No data from German-speaking regions are presently available to indicate how midwives treat first-degree or second-degree perineal tears.

Methods: In the current online survey, undertaken for a master's degree, 117 independent midwives from Germany and Austria, who participated, were asked about the postpartal prerequisites for their decision on the treatment and the actual care of perineal tears. In addition, their interest in further training was investigated. Quantitative analysis of the multiple-choice questions was descriptive; additional items for free text were content-analysed according to Mayring.

Results: Only 18% of the participants learned how to treat perineal tears during formal training. 83% of the midwives felt confident when diagnosing the grade of the tear. Half of them had experience with first-degree perineal tears and 12% with second-degree perineal tears healing unsutured. About half of the midwives (45% in Germany) and (51% in Austria) were interested in further training.

Conclusion: Both suturing and spontaneous perineal healing should be part of any formal training for midwives, as evidence for a preferred option does not currently exist.

Key words: perineum, perineal laceration, suture, midwife

routinemäßigen Episiotomie besteht, rückt die Versorgung eines DR stärker in den Vordergrund. Ein DR II° wurde in den 1980er Jahren üblicherweise genäht. Mit den Ergebnissen der Ipswich-Studie, die von 1992 bis 1994 durchgeführt worden ist, wuchs die Überzeugung, dass die obere Hautschicht nicht mehr genäht werden muss und eine „two stage repair“ ausreicht (Gordon et al., 1998). Auch

das Nahtmaterial, die -technik und der -zeitpunkt sowie deren Auswirkungen wurden genauer untersucht (Mackrodt et al., 1998, Grant et al., 2001, Fleming et al., 2003, Kettle et al., 2010, 2012). Die Studie von Fleming et al. (2003) entstand in einer Zeit, in der – zumindest in Großbritannien – DR I° und DR II° seltener genäht wurden. Ihre randomisierte kontrollierte Studie zeigte, dass die Wunde nach Naht besser heilt als ohne Naht. Allerdings fehlte ihr auf Grund des geringen Umfangs der Stichprobe die statistische Power. Auf diese Studie bezieht sich die erstmalig erschienene britische NICE Guideline Intrapartum Care (2007, S. 23) und empfiehlt die Naht selbst bei einem DR I°, es sei denn, die Wundränder liegen gut aneinander. Eine Umfrage von Bick et al. (2012) bei britischen Hebammen im Jahr 2007 ergab, dass trotz der NICE Guideline Intrapartum Care über die Hälfte der Befragten einen DR II° nicht nähten. Die neueste Meta-Analyse von Elharmeel et al. (2013) kommt wiederum zum Schluss, dass keine klare Empfehlung für oder gegen eine Naht bei DR I° oder DR II° ausgesprochen werden kann. Das Autorenteam rät, im konkreten Fall nach der klinischen Erfahrung und der Präferenz der Betroffenen zu entscheiden.

Die Studienlage zur Frage nach der Notwendigkeit einer Naht nach DR I° oder DR II° stellt sich als inhomogen dar. Die Interventionen sind zwar vergleichbar, denn in allen drei wichtigen Studien zum Thema wurden die Frauen mit Einzelknopfnäht der Muskelschicht versorgt, doch weicht das weitere Design der Studien weit voneinan-

der ab. In der randomisierten kontrollierten Studie von Langley et al. (2006) wurden lediglich Gebärende mit DR II° eingeschlossen, die weder Blutungen oder klaffende Wundränder aufwiesen. Diese engen Einschlusskriterien hatten die Studien von Lundquist et al. (2000) und Fleming et al. (2003) nicht. In den einzelnen Studien weichen die konkreten Fragestellungen voneinander ab; außerdem wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente genutzt (siehe Tabelle 1). So fragten Langley et al. (2006) danach, ob sich die Frauen „wie vorher fühlten“, Fleming et al. (2003) verwendeten hingegen eine Schmerzskala. Auch die Datenaufnahme zu den Aspekten Schmerzmittelbedarf, -gabe, -präparat und deren Erhebungszeitpunkte unterschieden sich. Der Status der Wundheilung wurde nur bei Fleming et al. (2003) mittels einer standardisierten Skala erhoben. Das Outcome „Aufnahme der Stillbeziehung“ findet sich nur bei Lundquist et al. (2000). Somit können die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht direkt verglichen werden. Derzeit liegt keine Studie vor, die Alternativen zur Naht, wie beispielsweise Sitzbäder, Laserbehandlung oder Verhaltensempfehlungen, untersuchte.

Insofern interessiert, wie Hebammen zu einer Entscheidung gelangen, ob die Geburtsverletzung im Einzelfall genäht werden sollte oder nicht. Dieser Frage gingen auch Bick et al. (2012) in der etwa zeitgleich mit der Durchführung des vorliegenden Surveys erschienenen Querschnittsuntersuchung zur Implementierung von evidenzbasierten Erkenntnissen nach. Anlass für ihre Untersuchung waren

Tabelle 1: Merkmale, Erhebungsinstrumente und Hauptergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien

Autor/-innen der Studie	Land	Studien/Kontrollgruppe (n/n)	Jahr der Erhebung	Schmerzen	Schmerzmittelbedarf	Wundheilung	Aufnahme der Stillbeziehung
Fleming et al. (2003)	Großbritannien	33/41	1999-2000	keine signifikanten Unterschiede (gemessen mit Schmerzskalen nach McGill und Visuellen-Analog-Skalen)	keine signifikanten Unterschiede	Beurteilung zu bestimmten Zeitpunkten mit REEDA-Skala: <ul style="list-style-type: none"> ◆ erster Tag und zehnter Tag p.p.: keine signifikanten Unterschiede ◆ nach sechs Wochen p.p.: Signifikante Unterschiede in der Geschwindigkeit der Wundheilung, schnelleres Schließen des Dammrisses in der Gruppe „Naht“ (p=0,001) 	Keine Angaben
Lundquist et al. (2000)	Schweden	40/40	1996-1997	kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit, jedoch in der Intensität des Schmerzes (bis zwölf Wochen p.p. 13% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“)	Wöchnerinnen mit Naht benötigten mehr Schmerzmittel: 48-72 Stunden p.p. benötigten 18% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ und acht Wochen p.p.: 11% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“	kein signifikanter Unterschied bei der Beurteilung des Risses zur Geschwindigkeit der Wundschließung nach Dammriss zu den Zeitpunkten 48-72 h und acht Wochen p.p.	16% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ fühlten sich gestört (p=0,0385)
Langley et al. (2006)	Großbritannien	100/100	Keine Angaben	„sich wie vorher“ fühlen konnten Frauen mit spontaner Rissheilung 6 Wochen p.p. mit höherer Wahrscheinlichkeit (p=0,045)	Frauen mit Naht benötigten bis zum 10. Tag p.p. signifikant mehr Schmerzmittel als Frauen ohne Naht (p=0,025)	nach zehn Tagen p.p. keine Unterschiede	Keine Angaben

die seltenen Fortbildungsgelegenheiten in Großbritannien zum Thema Dammversorgung nach der Geburt auf der einen Seite und die gleichzeitig bestehenden Unkenntnisse der Anatomie des Perineums und Nahttechnik auf der anderen Seite. Die Erkenntnis, dass Fortbildungen notwendig und wirksam sind, resultierte offensichtlich aus der von Bick et al. (2010) durchgeführten Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS).

Da in Großbritannien bei (fast) allen vaginalen Geburten Hebammen für die Dammversorgung zuständig sind, konnte eine Zufallsstichprobe aus der Mitgliederkartei des Hebammenverbandes von insgesamt 1.000 Hebammen schriftlich befragt werden. Die Rücklaufquote lag bei 40%. Die befragten Hebammen arbeiteten in unterschiedlichen Einrichtungen, nur wenige Hebammen waren selbstständig freiberuflich tätig. Sie wurden unter anderem danach befragt, wie sicher sie sich in der Einschätzung und Versorgung einer Geburtsverletzung (inklusive Episiotomie) fühlen, welche Nahttechnik und welches Material sie benutzen, und in welchen Fällen sie die Notwendigkeit zur Naht sehen. Zuletzt wurden sie danach gefragt, ob sie nach einer Naht eine rektale Kontrolle durchführen und ob sie Zugang zu Leitlinien zum Thema Dammversorgung haben.

Für Deutschland liegen folgende Angaben zur Dammrissrate in der außerklinischen Geburtshilfe vor: Bei 55% aller Frauen, die 2011 eine außerklinische Geburt begonnen hatten, wurde eine Geburtsverletzung dokumentiert (Loytved, 2012, S. 45). Von allen 8.655 Gebärenden mit außerklinisch beendeter Geburt im Jahr 2011 wiesen 1.736 (20,1%) einen DR I° und 1.515 Frauen (17,5%) einen DR II° auf (Loytved 2012, p. 46). Demnach standen außerklinisch tätige Hebammen bei etwa jeder dritten Geburt vor der Frage nach einer adäquaten Versorgung des Damms nach der Geburt. Die Gesamtrate der DR war bei Erst- und Mehrgebärenden nahezu vergleichbar, wobei deutlich mehr Erstgebärende einen DR II° (22%) als Mehrgebärende (15%) erlitten. Auf Nachfrage bei der Autorin wurden für 2011 Angaben dazu bereitgestellt, ob die dokumentierenden Hebammen den Riss per Naht versorgten bzw. versorgen ließen: Insgesamt 77% der DR I° sowie 97% der DR II° wurden genäht (Anke Wiemer [QUAG], schriftliche Mitteilung vom 10.9.2012).

Ziel und Fragestellung

Im außerklinischen Geburtssetting ist generell die Hebamme für das weitere Vorgehen nach DR verantwortlich, daher war das Vorgehen der außerklinisch tätigen Hebammen von Interesse. Das Ziel der vorliegenden Studie war, genauere Erkenntnisse über die Überlegungen von außerklinisch tätigen Hebammen hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine DR-Naht. Die Fragestellung lautete daher: Wie häufig und auf welche Art versorgen außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich einen DR I° und DR II° und inwiefern besteht zu diesem Thema Fortbildungsbedarf?

Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde das Design eines Surveys gewählt. Ein quantitativer Ansatz bietet sich an, um die derzeitige Versorgungspraxis der Hebammen zu beschreiben. Als Zielpopulation wurden außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich definiert, da im Rahmen einer Masterarbeit an der FH Tirol (fhg) der Fortbildungsbedarf in diesen beiden Ländern erhoben werden sollte. Für den Zugang in Deutschland wurde QUAG genutzt, um diejenigen Hebammen zur Befragung per E-Mail anzuschreiben, welche bereits an der freiwilligen Datenerfassung zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bei QUAG teilnahmen. Für Österreich wurde eine Annäherung an eine Gesamterhebung außerklinisch geburtshilflich tätiger Hebammen angestrebt. Alle Hebammen, die im E-Mailverzeichnis der offiziellen aktuellen Informationsbroschüre des Österreichischen Hebammengremiums und dessen Homepage aufgelistet waren, wurden angeschrieben. Eine Auskunft über die genaue Anzahl und Charakteristika außerklinisch tätiger Hebammen war weder für Österreich noch für Deutschland zu erhalten, da in beiden Ländern keine vollständige Erfassung zur Verfügung steht, die nach Arbeitsgebieten gegliedert ist. Daher kann in beiden Fällen keine belastbare Aussage zur Rücklaufquote gemacht werden. Auch wenn sich diese Untersuchung auf eine Gelegenheitsstichprobe stützt, so bietet das Spektrum der Antworten dennoch interessante Einblicke in die Versorgungspraxis der Hebammen.

Die Daten wurden im Frühjahr 2012 in einem Zeitraum von 14 Tagen in Deutschland und vier Wochen in Österreich mittels eines anonymen Online-Fragebogens erhoben, welcher im November 2011 von der Ethikkommission an der FH Tirol genehmigt worden war. Der Fragebogen bestand – unter Rückgriff auf Hinweise zur Fragebogenkonstruktion in Bortz (2006) und Porst (2011) – hauptsächlich aus Multiple-Choice Fragen, die teilweise Mehrfachantworten ermöglichten. Einzelne offene Fragen gaben den Befragten die Gelegenheit zu Ergänzungen. Der Fragebogen wurde im Vorfeld an insgesamt neun verschiedenen Personen (davon sieben Hebammen aus Deutschland und Österreich, die nicht zur Stichprobe gehörten) getestet und jeweils im Anschluss überarbeitet (insgesamt fünf Mal).

Bei einzelnen inkonsistenten Antworten im Rücklauf, die eindeutig als Flüchtigkeitsfehler erkennbar waren, wurden Datenkorrekturen vorgenommen. Die Angaben der Hebammen in Freitextfeldern wurden zunächst angelehnt an Mayring (2001) kategorisiert und dann zur Darstellung der Ergebnisse teilweise quantifiziert. Zitate wurden nach Rechtschreibung redigiert wiedergegeben. Die Auswertung nach Ländern erfolgte nur bei der Stichprobenbeschreibung sowie bei Fragen nach dem Fortbildungsbedarf. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die vorhandenen Angaben, da einzelne Fragen von manchen Hebammen nicht beantwortet wurden. Die fehlenden Angaben ("missing") errechnen sich aus der

Abweichung der angegebenen Stichprobengröße von der Gesamtstichprobe von 117 Teilnehmerinnen.

Ergebnisse der Umfrage

Beschreibung der Stichprobe

Von den 117 Hebammen, die geantwortet hatten, arbeiteten 61% (n=71) in Deutschland, 39% (n=46) in Österreich. Am längsten lag das Ausbildungsende 44 Jahre, am kürzesten ein Jahr zurück (Median: 14 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als sechs Jahren im Hebammenberuf, ebenso viele seit über 22 Jahren. Die älteste Hebamme war im 67., die jüngste im 25. Lebensjahr (Median: 41 Jahre). Die längste außerklinische Tätigkeit lag bei 40 Jahren, die kürzeste begann im Jahr 2012 (Median: 10 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als vier Jahren, ein weiteres Viertel war seit über 18 Jahren außerklinisch tätig.

Insgesamt 59% der Hebammen (n=70) begleiteten ausschließlich Hausgeburten, andere waren zusätzlich im Geburtshaus oder im Krankenhaus als Beleghebammen beschäftigt. Die befragten Hebammen begleiteten drei bis 60 Frauen pro Jahr (Median: 15 Geburten pro Jahr). Ein Viertel der Hebammen (n=29) dokumentierte mehr als 25 Geburten, ein Viertel weniger als 10 Geburten pro Jahr.

Sicherheit in der Einschätzung und Versorgung

Fast alle Hebammen (97%, n=114) nähten DR außerklinisch selbstständig. Etwas weniger Hebammen (86%, n=98) schätzten sich

selbst als sicher in der eigenverantwortlichen Nahtversorgung eines Risses bis DR II° ein. Eine Risseinteilung nach DR I° von DR II° nahmen 95% der Hebammen (n=111) vor. Insgesamt 83% (n=92) dieser Hebammen fühlten sich bei der Unterscheidung von DR I° und DR II° als sicher bzw. ganz sicher.

Versorgung des DR I°

Keine der Hebammen verlegte eine Wöchnerin zur Versorgung eines DR I° ins Krankenhaus. Fast die Hälfte der (n=107) Hebammen (n=45) entschied von Fall zu Fall über die Notwendigkeit einer Naht. Ein Drittel (n=36) von 107 Hebammen versorgte den DR I° chirurgisch. Von diesen 36 Hebammen nähten 28% den DR selbst und 6% zogen eine weitere Fachkraft (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu. Nach Angaben knapp eines Viertels der 107 Hebammen (n=26) verheilten alle DR I° ohne Naht. Von 110 Hebammen merkten 42% (n=38) in einer offen gestellten Frage an, dass sie auf eine Naht verzichteten, wenn keine muskuläre Beteiligung vorlag.

Versorgung des DR II°

Die Mehrheit der Hebammen (88%, n=88) veranlasste bei jedem DR II° die chirurgische Versorgung. Von diesen nähten 83% selbst (n=72), 11% zogen eine andere Fachperson (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu (n=11) und 5% verlegten in ein Krankenhaus (n=5). Lediglich 12% der Hebammen (n=12) versorgten DR II° auch ohne Naht, wobei die spontane Heilung nur für 4% der Hebammen (n=4) die einzige Methode der Wahl war.

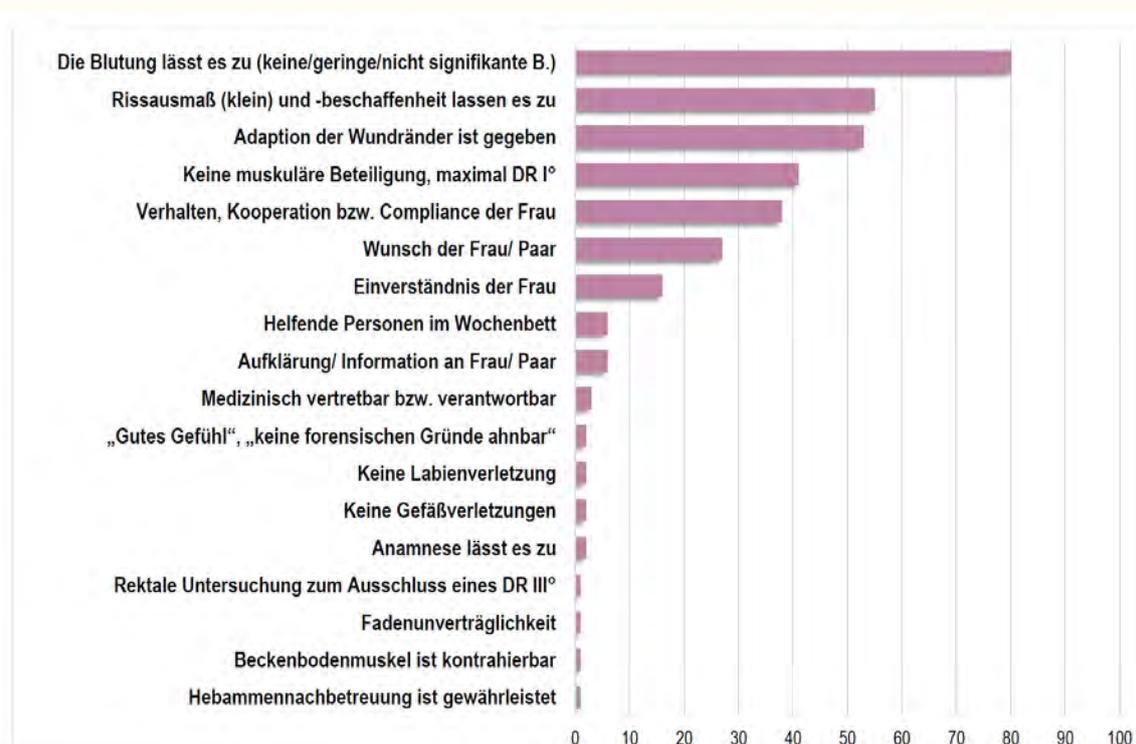


Abbildung 1: Voraussetzungen für den Nahtverzicht (n=117), Mehrfachantworten möglich (Anzahl der Nennungen)

Voraussetzungen für einen Nahtverzicht

Fast alle Hebammen gaben im Freitext mehrere Voraussetzungen an, die zutreffen müssen, um auf eine Naht bei DR I° oder DR II° zu verzichten. Am häufigsten wurden das geringe Ausmaß der Blutung und die Beschaffenheit des Risses benannt. Der Riss sollte klein und von geringer Tiefe sein und sich möglichst symmetrisch („nicht zipfelig“) darstellen. Weitere Nennungen betrafen die gute bzw. ausreichende Adaption der Wundränder, eine geringe muskuläre Beteiligung und den Wunsch der Frau (siehe Abbildung 1).

Die Gewichtung der Voraussetzungen für den Nahtverzicht

Insgesamt 108 Hebammen gewichteten, wie entscheidend die vorgegebenen Faktoren für sie waren, auf eine Naht zu verzichten. Für den DR I° waren alle vordefinierten Faktoren (bis auf kosmetische Gründe) wichtig. Die gewichtete Reihenfolge war: Blutungsstärke (sehr stark: 61%, stark: 23%), Dammrissgrad (sehr stark: 50%, stark: 28%), Blutungsdauer (sehr stark: 37%, stark: 38%), Dammrisstiefe (sehr stark: 44%, stark: 30%), funktionelle Gründe (sehr stark: 43%, stark: 28%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 42%, stark: 28%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 10%, stark: 30%).

Für den DR II° wurden alle Faktoren etwas höher eingestuft: Die Tiefe des DR (sehr stark: 65%, stark: 23%), Blutungsstärke (sehr stark: 69%, stark: 18%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 61%, stark: 21%), Grad des DR (sehr stark: 59%, stark: 18%), Blutungsdauer (sehr stark: 58%, stark: 16%), funktionelle Gründe (sehr stark: 57%, stark: 25%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 23%, stark: 36%).

Von 114 Hebammen kannten mehr als drei Viertel (79%, n=90) die Meinung der Frau zur Naht bei einem DR. Ein Viertel der Hebammen (25%, n=29) gab zusätzlich an, dass die Meinung der Wöchnerin immer Einfluss auf die Entscheidung hatte, für 32% der Hebammen (n=37) war dies häufig, für 30% der Hebammen (n=34) lediglich manchmal der Fall.

Wissenserwerb zur Naht

Eine zusätzliche Fortbildung zur Damмнаhtversorgung hatten 73% der 70 Hebammen (n=51), die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert hatten, besucht. Von 42 in Österreich ausgebildeten Hebammen hatten sich 62% (n=26) zusätzlich fortgebildet.

Der häufigste Grund für die Fortbildung war für 37 von 51 Hebammen mit einer Ausbildung in *Deutschland* (73%), zu geringe praktische Vorkenntnisse zu besitzen und näher lernen zu wollen, gefolgt von dem Wunsch, mehr Sicherheit und Wissen zu erlangen. Drei Hebammen gaben an, ohne Fortbildung nicht eigenverantwortlich nähen zu dürfen. Dass in der Ausbildung die Dammversorgung rein theoretisch gelehrt wurde und die Praxis dem Arzt vorbehalten blieb, wurde ebenso als Grund genannt.

Zehn von 26 Hebammen mit einer Ausbildung in *Österreich* (62%) nannten als Fortbildungsgrund zu geringe praktische Vorkenntnisse und den Wunsch, näher lernen zu wollen. Insgesamt verfolgten 15 Hebammen das Ziel, zu ihren bestehenden Kenntnissen zusätzliche Sicherheit und Wissen zu erlangen. Zudem gaben sieben Hebammen an, ohne Fortbildung nicht selbstständig nähen zu dürfen. Auch der mögliche Wunsch der betreuten Frauen, die Hebamme möge einen etwaigen Riss selbst versorgen, war ein weiterer Fortbildungsgrund.

Das Erlernen der Naht

Lediglich 17% (von 71 in Deutschland) bzw. 19% (von 46 in Österreich ausgebildeten) der Hebammen hatten die Naht sowohl in der Aus- als auch in der Fortbildung erlernt. Knapp bzw. über ein Viertel (24% in Deutschland, 28% in Österreich) besaß keine Nahtkenntnisse aus der Aus- oder Fortbildung (siehe Abbildung 2 und 3).

Hebammen erlernten die Nahtversorgung auch außerhalb der Aus- und Fortbildung: In *Deutschland* lernten die meisten Hebammen (n=71) die Naht bei Kolleginnen. An zweiter Stelle wurde das Krankenhaus, an dritter Stelle die praktische Arbeit (Berufsalltag und



Abbildung 2: Anlass für das Erlernen der Dammrissversorgung in Deutschland (n=71)

Erfahrung) und an vierter Stelle die Weitergabe durch Ärztinnen und Ärzte genannt. In Österreich (n=43) gaben die meisten Hebammen das Krankenhaus, an zweiter Stelle Ärztinnen und Ärzte, an dritter Stelle Kolleginnen und ebenso häufig die praktische Arbeit an.

Weitere Angaben der Hebammen

Mehr als ein Drittel von 113 Hebammen (35%, n=40) machten weitere Angaben. Manche Hebammen betonten ihre guten Erfahrungen, DR nicht zu nähen: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass nicht genähte Risse in der Regel besser verheilen als genähte“ (Österreich) oder: „Ich finde, dass es zu wenig Fortbildungen darüber gibt, wie selten eine Versorgung wirklich notwendig ist“ (Österreich). Zusätzlich wurde der Zeitfaktor bei der Entscheidung über die Naht betont: „Ich finde es wichtig, mit dem Nähen nach der Geburt mindestens zwei Stunden zu warten, dann kann man alles besser einschätzen, insofern die Blutung nicht zu stark ist“ (Deutschland). Auch das verwendete Material wurde angesprochen: „Ich sehe bei ärztlicher Versorgung eher das Problem, dass zu viel und zu stabiles Material vernäht wird. Durch die verdeckten Nähte ist oft ein Ziehen des störenden Fadens leider nicht möglich“ (Deutschland).

Einzelne Hebammen zeigten sich darüber irritiert, dass im Fragebogen die Möglichkeit ankreuzbar war, bei DR II° von einer Naht abzu-sehen: „Ich habe mich noch nie damit beschäftigt, einen DR II° nicht zu nähen“ (Österreich) oder „DR II° müssen immer genäht werden“ (Deutschland).

Aktuelles Fortbildungsinteresse

Fortbildungsinteresse zur Nahtfortbildung bezeugten 45% der Hebammen, die derzeit in Deutschland, und 51% der Hebammen, die zum Befragungszeitpunkt in Österreich arbeiteten (siehe Tabelle 2).

Für 95% der Hebammen aus Deutschland (n=41) und für 84% der Hebammen aus Österreich (n=25) sollte die Dozentin eine Hebamme mit Erfahrungen in der außerklinischen Geburtshilfe sein. Für

die Hebammen (76% aus Deutschland, 60% aus Österreich) war eine Kollegin mit langjähriger Berufserfahrung wichtig, vorzugsweise mit langjähriger Erfahrung in spontaner Heilung eines DR. Einige Hebammen wünschten sich bei der Dozentin zusätzliche Qualifikationen wie didaktische Fähigkeiten oder das Angebot, über einen längeren Zeitraum begleitet zu werden.

Für eine vortragende Ärztin bzw. einen Arzt waren folgende Wünsche (in Österreich deutlicher als in Deutschland) gelistet: Erfahrung mit außerklinischen Geburten und die Qualifikation als Fachärztin bzw. Facharzt in der Gynäkologie/ Geburtshilfe.

Hebammen aus Deutschland wünschten sich bei den offenen Items mehr Informationen zur Nahttechnik, zum Nahtmaterial sowie praktische Übungen. Den Hebammen aus Österreich waren die praktischen Übungen am wichtigsten, gefolgt von Informationen über Abweichungen in der Heilung und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Diskussion

Aufgrund der derzeitigen unklaren Evidenzlage ist der aktuelle Umgang mit DR in der außerklinischen Praxis interessant, in denen Hebammen selbstständig zu einer Entscheidung gelangen müssen. Während die britische Studie von Bick et al. (2012) nahe legte, dass einige der befragten Hebammen auf Grund ihrer Unsicherheit bei der Beurteilung von Geburtsverletzungen manche Geburtsverletzungen nicht nähten, obwohl es den Heilungsprozess günstig beeinflusst hätte, war dieses Verhalten bei Hebammen in Deutschland und Österreich nicht erkennbar.

Die spontane Rissheilung war für zwei Drittel (n=71) aller in Deutschland und Österreich befragten 117 Hebammen eine akzeptable Form, einen DR I° (nicht) zu versorgen. Als Voraussetzungen hierfür nannten alle Hebammen eine nur geringe Blutung, Risstiefe und -länge sowie eine ausreichende Wundrandadaption. Die NICE Guideline Intrapartum Care (2008, S. 23) empfiehlt zwar die Naht auch bei einem DR I°, überlässt die Entscheidung jedoch den Fach-



Abbildung 3: Anlass für das Erlernen der Dammissversorgung in Österreich (n=46)

Tabelle 2: Fortbildungsinteresse und Wünsche der Hebammen zur Dammrissversorgung (bezogen auf den derzeitigen Arbeitsort)

	Deutschland (n= 71)	Österreich (n= 43)
Fortbildungsinteresse	45%	51%
Inhalte sollen vermittelt werden ...		
durch eine Hebamme	58%	58%
durch eine Ärztin/ einen Arzt	14%	44%
gemeinsam durch Hebamme und Ärztin/ Arzt	10%	40%
mit Vortrag zur spontanen Rissheilung	79%	81%

personen und Betroffenen in den Fällen, in denen die Wundränder gut aneinander liegen. In der Studie von Bick et al. (2012) gab es keine Aussage dazu, da sie nicht nach der Versorgung von DR I° fragten.

Wurde ein DR II° versorgt, wählten fast 90% der Hebammen in Deutschland und Österreich immer die Naht und nur vier Prozent der Hebammen ließen einen DR II° ausschließlich spontan heilen. Immerhin zwölf Prozent erwogen eine spontane Rissheilung. Dagegen ergab die Befragung von Bick et al. (2012), dass fast 60% der Hebammen in Großbritannien bei einem DR II° auf eine Naht verzichteten. Die Definition, welche Art von Verletzung unter einem DR II° zu verstehen war, war in beiden Untersuchungen gleich. Bick et al. (2012) stellten nicht dar, welche Überlegungen die Hebammen zu ihrer Art der Rissversorgung anstellten. Für Hebammen in Deutschland und Österreich war die Entscheidung abhängig von der Geburtsverletzung, vom Wunsch der Frau sowie vom Wissen der Hebamme über beide Versorgungsmethoden. Beim DR II° fielen für die Entscheidung zur Naht die Fragen nach der Dammrisstiefe und Adaption der Wundränder mehr ins Gewicht als beim DR I°. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass in bestimmten Fällen der Wunsch der Wöchnerin respektiert wurde, von der Damмнаht abzu-
sehen.

Die Mehrzahl der befragten Hebammen in Deutschland und Österreich (über 80%) fühlten sich in der Unterscheidung und Versorgung von DR I° und DR II° sicher. Auch in Großbritannien beurteilte sich ein etwa gleich großer Anteil an Hebammen als sicher in der Einschätzung der Geburtsverletzung, etwas weniger (75%) fühlten sich in der Versorgung nach DR I° und DR II° sowie nach Episiotomien sicher (Bick et al. 2012).

73% der Hebammen in Deutschland und 62% der Hebammen in Österreich hatten die Naht in einer Fortbildung erlernt. Dagegen hatten fast alle der befragten Hebammen in Großbritannien eine themenbezogene Fortbildung besucht. Gleichzeitig zeigten Bick et al. (2012) auf, dass die Handlungsweisen der befragten Hebammen im Widerspruch zu den Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinien standen.

Bick et al. (2012) hatten nicht danach gefragt, welche Wünsche in Bezug auf die angebotenen Fortbildungen bestanden, sondern gaben lediglich zu bedenken, dass zum Zeitpunkt der Studie keine evidenzbasierten Fortbildungsangebote zu dieser Thematik bestehen. In Österreich und Deutschland hatten etwa die Hälfte aller befragten Hebammen (51% in Österreich und 45% in Deutschland) Fortbildungsinteresse und bevorzugten dabei, von außerklinisch erfahrenen Hebammen fortgebildet zu werden, die Erfahrungen in der Dammversorgung sowohl mit als auch ohne Naht besitzen. Sie interessierten sich am meisten für praktische Übungen, die Nahttechnik, Probleme bei der Wundheilung und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Voraussetzungen für eine spontane Rissheilung.

Limitationen der Studie

Die Grundgesamtheit aller außerklinisch tätigen Hebammen in beiden Ländern war zum Erhebungszeitpunkt unbekannt. Somit beruhen die Ergebnisse auf einer Gelegenheitsstichprobe und sind nicht auf alle Hebammen in der außerklinischen Praxis übertragbar. Innerhalb der ausgewählten Zielgruppe kam es weiterhin zu folgenden Besonderheiten, die das Antwortverhalten beeinflussten („bias“): Es konnten nur Hebammen berücksichtigt werden, die in den jeweiligen Verteilern erfasst, per E-Mail kontaktierbar und offen für eine Online-Befragung waren. Weitere Faktoren, wie sie auch Bortz (2006) und Porst (2011) nennen, beeinflussten wahrscheinlich das Umfrageergebnis: Das Erinnerungsvermögen der Hebamme zu den Fällen mit DR sowie zum konkreten Vorgehen nach DR, ihre Motivation und damit verbunden die Detailliertheit ihrer Angaben sowie mögliche Verständnisprobleme. Darüber hinaus konnte der Kontext der Versorgung nicht abgebildet werden.

Stärken der Studie

In diesem Survey konnte einer in deutschsprachigen Ländern wenig erforschten Fragestellung nachgegangen werden. Die Stichprobe konnte bei geringem finanziellen und zeitlichen Aufwand rekrutiert werden. Die Teilnehmerinnen erhielten durch die Anonymisierung eine gewisse Sicherheit, sich frei zu äußern.

Schlussfolgerungen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf

Nach physiologisch verlaufener Geburt sollte es Hebammen selbstständig möglich sein, einen unkomplizierten DR I° oder DR II° – ob mit oder ohne Naht – am Ort der Geburt zu versorgen. Fertigkeiten der Hebamme zur chirurgischen Versorgung und spontaner Rissheilung sollten von außerklinisch geburtshilflich tätigen Expertinnen/Experten evidenzbasiert und bedarfsbezogen in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden. Dadurch wird es Hebammen ermöglicht, beide Versorgungsarten zu praktizieren. Die Wöchnerin sollte sich – im Sinne einer „informierten Entscheidung“ sowie den Umständen entsprechend – in den Behandlungsplan einbringen können. Allerdings kann die Studienlage noch nicht klar darstellen, in welchen Fällen die Naht nach einem DR I° oder DR II° vorgenommen werden sollte. Derzeit kann nur empfohlen werden, die Methode der Wahl in jedem Einzelfall offen mit der Frau zu besprechen.

Es ist anzunehmen, dass die Wissensweitergabe von Hebamme zu Hebamme sowie die Überprüfung von Tätigkeiten unter kritischer

Einbeziehung der wissenschaftlichen Evidenz die Arbeitsqualität verbessern.

Die hier dokumentierten Angaben zum Fortbildungswunsch können von den Hebammenverbänden in Deutschland und Österreich genutzt werden, um ihr Fortbildungsangebot anzupassen. Der postpartalen Dammversorgung durch Hebammen sollte in der Aus- und Fortbildung jedoch stärkeres Gewicht beigemessen werden. Neben einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung ermöglicht die praktische Anleitung in Fortbildungen durch Hebammenexpertinnen den Fortbestand und die Erweiterung der Hebammenkunst. Sobald eine evidenzbasierte Leitlinie in Deutschland und Österreich gültig wird, könnte eine Querschnittsstudie den Grad der Umsetzung eruieren. Eine longitudinal angelegte Forschungsarbeit könnte evaluieren, ob sich durch entsprechende Fortbildung von Hebammen die Heilungschancen für Frauen nach DR I° und II° erhöhen.

Literatur:

- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2012). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2011,16/1 – Geburtshilfe*. Göttingen.
- Bick, D.E., Ismail, K.M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S. & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(57). DOI: 10.1186/1471-2393-12-57 (Stand: 7.6.2014).
- Bick, D.E., Kettle, C., Macdonald, S., Thomas, P.W., Hills, R.K. & Ismail, K.M. (2010). PEriNeal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(10). DOI: 10.1186/1471-2393-10-10 (Stand: 7.6.2014).
- Bortz, J. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.
- Elharmel, S. M. A., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., & Driel, M. L. van (2013). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2 (Stand: 7.6.2014)
- Fleming, V., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference: the SUNS trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(7), 684-689.
- Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A., Ayers, S. & Grant, A. (1998). The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 435-440.
- Grant, A., Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A. & Ayers, S. (2001). The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(1), 34-40.
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2010) Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 6, CD000006. DOI: 10.1111/j.1756-5391.2010.01093.x (Stand: 7.6.2014)
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2012) Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 11, CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3 (Stand: 7.6.2014)
- Langley, V., Thoburn, A., Shaw, S. & Barton, A. (2006). Second degree tears: to suture or not? A randomized controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 550-554.
- Loytvad, C. (2012). *Qualitätsbericht 2011*. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E. & Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal birth? *Birth*, 27(2), 79-85.
- Mackrodt, C., Gordon, B., Fern, E., Ayers, S., Truesdale, A. & Grant, A. (1998) The Ipswich Childbirth Study: 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 441-445.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Social Research. Sozialforschung*, 2(1), Art. 6. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110> (Stand: 7.6.2014)
- NICE (2007) Guideline Intrapartum Care 55. London. www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf (Stand: 7.6.2014)
- Porst, R. (2011). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sleep, J., Grant, A., Garcia, J., Elbourne, D., Spencer, J. & Chalmers, I. (1984). *West Berkshire perineal management trial*. *British Medical Journal*. 289(6445), 587-590.

