



Bund
Deutscher
Hebammen e.V.

• Prof. Dr. Harald Horschitz Postfach 524 D-71605 Ludwigsburg

Frau
Hebamme
Angelika Josten
Im Cäcilienbusch 12

53340 Meckenheim

*für
Landtag NRW
A 01*

Rechtsstelle
Prof. Dr. Harald Horschitz
Teckstraße 1
D-71638 Ludwigsburg
Fon 07141-920404
Fax 07141-901945

24.9.2001
1234/01

Sehr geehrte Frau Josten,

besten Dank für die Übersendung des Gesetzentwurfs für ein Landeshebammen-gesetz Nordrhein-Westfalen und für die Übersendung der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Dazu fallen mir folgende Punkte auf:

1. Richtig an der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist der Hinweis, dass es wünschenswert wäre, gleichzeitig mit dem Landeshebammen-gesetz auch eine Berufsordnung für Hebammen zu erlassen. Das Landeshebammen-gesetz hat ja keine umfassende Regelung der Rechte oder Pflichten der Hebammen zum Inhalt, sondern ermächtigt nur den Verordnungsgeber zum Erlass einer Berufsordnung.

Da die endgültigen Inhalte der Rechte und Pflichten einer Berufsordnung vorbehalten sind, gehen die weiteren Hinweise der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ins Leere.

2. Dies gilt insbesondere für die vorgeschlagenen Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Dokumentation. Da es sich bei dem Berufsstand der Hebammen um einen Berufsstand handelt, der berechtigt ist, eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten, haben die Hebammen ganz sicher nichts dagegen, in Bezug auf Qualitätssicherung und Richtlinien für die Dokumentation denselben Vorschriften unterworfen zu werden, die auch für Ärzte gelten. Umgekehrt wäre nicht einzusehen, weshalb an Hebammen ein strengerer Maßstab in Bezug auf Qualitätssicherung und Dokumentation anzulegen wäre wie an Ärzte. Als Hebammenverband kann man daher ganz sicher alle Forderungen unterschreiben, die die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bisher an die Qualitätssicherung und Dokumentation der Ärzte gerichtet hat.
3. Inwieweit die Sicherstellung des Gesundheitsschutzes von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt durch die Hebammenhilfe den Sicherstellungsauftrag von Ärzten tangieren sollte, ist nicht ersichtlich. Die weiteren Ausführungen entlarven diesen Vorwurf: Es wird versucht, die Hebamme zu einer Art Arzthelferin zu degradieren. Diesem

Versuch muss selbstverständlich jeder Erfolg verwehrt sein, da eine solche Position mit der rechtlichen Vorgabe von Artikel 4 der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaft vom 21. Januar 1980 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Hebammen widersprechen würde. Es wäre ganz sicher dem Inhalt und der Qualität der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein förderlich gewesen, wenn diese sich zunächst einmal mit dieser Rechtsgrundlage befasst hätte, die der Gesetz- und Verordnungsgeber des Landes Nordrhein-Westfalen umzusetzen hat.

4. Soweit die Stellungnahme sich darin erschöpft, die Pfründe der Ärzte zu sichern, erübrigt sich jegliche Stellungnahme. Dies ist insbesondere überall dort der Fall, wo die Befugnisse der Hebamme nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung zu "doppelten Versorgungsstrukturen" führen. Bei all den Positionen, die dabei angesprochen werden, handelt es sich um "eine traditionelle ureigene Aufgabe der Hebammen (so die amtliche Begründung 1986 zu der Position "Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren" im Gebührenverzeichnis der Hebammen).

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Jahr 1992 die damalige Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen (Frau Brandstädter), Herr Ministerialrat Schäfer vom Bundesgesundheitsministerium und ich die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Köln aufgesucht haben, um dort über diese "doppelten Versorgungsstrukturen" zu reden. Durch Schriftwechsel zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem BDH wurde im Lauf des Jahres 1992 Einigkeit über folgende Positionen erzielt:

- a) Die Hebamme hat das Recht, sowohl bei normaler als auch bei regelwidrig verlaufender Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Einer ärztlichen Anordnung bedarf sie nicht. Bei normal verlaufender Schwangerschaft soll sie aber auf die Schwangere einwirken, einzelne Untersuchungen zur Abklärung von Risiken beim Arzt durchführen zu lassen. Bei regelwidrig verlaufenden Schwangerschaften soll sie dafür sorgen, dass die Schwangere einen Arzt aufsucht.
- b) Der Arzt hat das Recht, sowohl bei normal als auch bei regelwidrig verlaufender Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme durchführen zu lassen. Einzig dieser Ermächtigung für den Arzt dient die Klarstellung in der Nummer 6 der Mutterschaftsrichtlinien. Eine die Rechte der Hebamme beschränkende Regelung während der Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu dürfen, enthalten die Mutterschaftsrichtlinien nicht.
- c) Der Schwangeren bleibt die freie Wahl, ihre Vorsorgeleistungen bei der Hebamme oder beim Arzt durchführen zu lassen. Da die Hebamme zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen befugt ist, gehören zu den Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge auch:

- Blutgruppenbestimmung und Rh-Faktor
- Röteln, Antikörper (AK),
- irreguläre AK
- Lues-Suchtest
- event. AIDS-Test
- regelmäßige Hb-Kontrollen
- Kontrolle auf Anstieg der AK.

Während der Geburt muss bei Rh-negativ-Frauen aus der Nabelschnur Blut entnommen werden für die Blutgruppenbestimmung, den Rh-Faktor und den direkten Coombs-Test beim Neugeborenen. Ist das Kind Rh-positiv, muss bei der Mutter innerhalb in 72 Stunden nach der Geburt Rhesogam gespritzt werden. Für das rezeptpflichtige Rhesogam benötigt die Hebamme das Rezept eines Arztes. Während der Überwachung des Wochenbettverlaufs gehört auch zum Wochenbett die Hb-Bestimmung. Für das Kind ist unbedingt eine Bilirubin-Kontrolle durchzuführen. Alle diese Leistungen können auch durch Hebammen erbracht werden. In einzelnen Fällen, in denen sich Frauen weigern, einen Arzt aufzusuchen, müssen diese Leistungen sogar unbedingt durch Hebammen erbracht werden."

5. Soweit in der Stellungnahme ausgeführt wird "nicht frühzeitig beigezogene Ärzte sind einem ungleich höheren Haftungsrisiko ausgesetzt und tragen gleichzeitig die Verantwortung für Behandlungsfehler der Hebammen", ist diese Feststellung unrichtig. Ein nicht beigezogener Arzt trägt natürlich keinerlei Verantwortung für Behandlungsfehler der Hebammen.

Zwar scheint sich aus dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14.2.1995 (VI ZR 272/93) der Grundsatz zu ergeben, dass Ärzte für Fehler der Hebammen haften. Dieses häufig zitierte und missverständliche Urteil wird aber bei sorgfältiger Lektüre durchaus verständlich: Der Arzt hatte bei seiner Eingangsuntersuchung die Erhebung wichtiger Grunddaten unterlassen, sodass er die Neigung der Schwangeren zu eklampthischen Anfällen nicht erkannt hat. Aus diesem Grund hat er, als er die Behandlung wieder in die Hände der Hebamme zurückübertrug, die Hebamme auf diese Neigung der Frau zu eklampthischen Anfällen auch nicht hinweisen können. Nachdem die Hebamme ihrerseits die wichtigen Untersuchungen (des Blutdrucks) unterlassen hatte, wollte sich der Arzt damit rechtfertigen, er müsse sich darauf verlassen können, dass die Hebamme, die an seiner Stelle wieder die Überwachung übernehme, dies mit der gebotenen Sorgfalt tue, sodass er für den später eingetragenen Schaden (Sauerstoffmangel des Kindes durch eklampthische Anfälle der Mutter) nicht zu vertreten habe. Hier hat der Bundesgerichtshof mit Recht die Hebamme und den Arzt als Haftungsschuldner ausgemacht. Der Arzt haftete aber vielmehr für seine eigenen Unterlassungen als für die Fehler der Hebamme. Der Bundesgerichtshof hat es dem Arzt nur verwehrt, sich unter Hinweis auf den Fehler der Hebamme von seinen eigenen vorangegangenen Fehlern zu exkulpieren.

Wegen dieser Besonderheit wäre es völlig verfehlt, die Problematik der Haftung in dem Gesetz zu erwähnen, wie die Kassenärztliche Vereinigung dies in Ihrer Stellungnahme zu § 1 Absatz 2 des Gesetzes verlangt.

Einer Kommentierung der übrigen Forderungen bedarf es an dieser Stelle nicht, da sie nicht durch den Entwurf des Hebammengesetzes veranlasst sind, sondern schon Inhalte einer kommenden Berufsordnung vorwegnehmen wollen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. H. Horschitz
(nach Diktat verreist)

Für die Richtigkeit:

Plau

P. Warné

Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe

Kommentierung der bundesweiten Erhebung
außerklinischer Geburten 1999

Im Auftrag des

BDH e.V. (Bund Deutscher Hebammen)

BfHD e.V. (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands)

Vorwort

Liebe Kolleginnen,

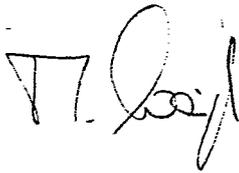
wir freuen uns Ihnen die Ergebnisse aus dem Jahr 1999 vorlegen zu können. Es ist dies der erste Jahrgang der bundesweit einheitlichen Erhebung in der außerklinischen Geburtshilfe

Die Zahl der beteiligten Hebammen und Geburtshäuser steigt weiter kontinuierlich an und mit ihnen die erhobenen Geburten. Damit gewinnen die Ergebnisse an Überzeugungskraft, werden zu einem bestimmenden Faktor in der öffentlichen Diskussion um die außerklinische Geburtshilfe.

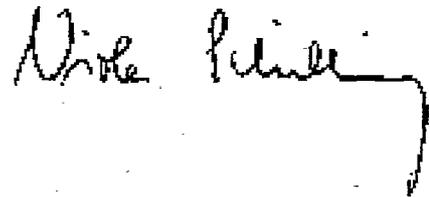
Im ersten Teil dieses Bandes finden Sie wie schon in den Vorlaufstudien eine Erläuterung der Ergebnisse, hier als eine große Zusammenfassung. QUAG e.V. hat für die ab 1999 installierte Dauererhebung der außerklinischen Geburten Thesen aufgestellt und Ziele benannt, welche im zweiten Teil dieses Datenbandes dargestellt und belegt werden.

QUAG e.V., der Verein zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe, hat sich in der kurzen Zeit seit seiner Gründung schon sehr bewährt. Wir danken den Verantwortlichen von QUAG e.V. genauso wie allen anderen, die aktiv am Erfolg unserer Erhebung beteiligt sind.

Für die beiden Hebammenverbände



Magdalene Weiß
Präsidentin des BDH



Viola Schilling
Vorsitzende des BfHD



Bund
Deutscher
Hebammen e.V.



BfHD Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.

Herausgeber:

Bund Deutscher Hebammen e.V. und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V.

Im Mai 2001

INHALTSVERZEICHNIS

Titel 1 bis 3 und Literaturverzeichnis - Autorin: Erika Neumeyer

1	Einleitung	2
1.1	Entstehungsgeschichte	2
1.2	Organisation des Verfahrens Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe Der Dokumentationsbogen	3 4
2	Kommentierung zentraler Ergebnisse	7
2.1	Datenbasis und beteiligte Einrichtungen	7
2.1.1	Datenbasis	7
2.1.1.1	Sub- und postpartale Verlegungen	8
2.1.2	Beteiligte Hebammen und Einrichtungen	9
2.1.2.1	Geburtenzahlen der Hebammen und der Einrichtungen	11
2.2	Alter und Geburtenrang der Frauen	13
2.3	Information und Motivation der Frauen	14
2.4	Betreuung der Schwangerschaft	15
2.4.1	Erster Kontakt mit der Hebamme, Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Ultra- schalluntersuchungen	15
2.4.2	Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft	17
2.4.3	Planung der Geburt	20
2.5	Betreuung der Geburt	21
2.5.1	Dokumentierte Geburtsrisiken	21
2.5.1.1	Subpartale Verlegungen, Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik	24
2.5.2	Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen: Geburtsmodi und Geburtsverletzungen	27
2.5.2.1	Postpartale Verlegungen der Frauen	29
2.5.3	Geburtshilfliche Ergebnisse der Kinder	30
2.5.3.1	Postpartale Verlegungen der Kinder	31
3	Abschließende Bemerkungen	34

Kapitel 4 bis 6 - Autorinnen: Elmi Frick, Anke Wiemer, Regina Wietrychowski

4	Darstellung der Qualitätsziele durch die Hebammenverbände	35
4.1	Die Dokumentation der außerklinischen Geburten untermauert die Eigenverantwor- tung unserer Berufsgruppe	35
4.1.1	Verfahrensorganisation	35
4.1.2	Ziele und Thesen	36
4.1.3	Vollzähligkeit	37
4.1.4	Veröffentlichung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Nutzen für die Öffentlichkeit	40
4.1.5	Qualitätszirkel	41
4.1.6	Zusammenfassung	42
4.2	Die außerklinische Geburtshilfe verbessert die Chance auf eine spontane, inva- sionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung	43
4.3	Die außerklinische Geburtshilfe verbessert die Chance auf ein positives Fetal Outcome durch ein individuelles Zeitmanagement	48
4.4	Die Dokumentation der außerklinischen Geburten dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur	55
4.5	Die Dokumentation der außerklinischen Geburten belegt eine differenzierte Ent- scheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt und belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung	64
5	Kurzdarstellung der Geminigeburten	76
6	Tabellarische Darstellungen	77
7	Literaturverzeichnis	102

1 Einleitung

Erstmals werden die Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung über Geburten zu Hause, in Geburtshäusern und in Praxen¹ vorgestellt. In die Erhebung sind 8556 Geburten eingegangen, die im Jahr 1999 von 452 Hausgeburtshebammen, in 48 Geburtshäusern und in 11 Praxen im ganzen Bundesgebiet dokumentiert worden sind.

Die Untersuchung stellt damit das umfangreichste Zahlenmaterial außerklinischer Geburten dar, das bisher in einem Zeitraum von einem Jahr in Deutschland zusammengetragen wurde. Dieser Fundus wird sich im Laufe der nächsten Jahre vergrößern, da die Erhebung – in Anlehnung an die klinische Perinatalerhebung - auf Dauer angelegt ist.

Ziel der Dauererhebung ist es, ein Versorgungssegment transparenter zu machen, das von schwangeren Frauen zunehmend nachgefragt wird. Gleichzeitig geht es darum, den bestehenden Mangel an substantiellen Daten zu beheben und Aussagen über die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe zu treffen.

Aus den Jahren 1996 bis 1998 liegen bereits Ergebnisse zweier bundesweit durchgeführter Vorlaufstudien vor, in denen die Hebammenverbände freiberufliche Hebammen aufgefordert hatten, ihre Geburten in einem dafür konzipierten Erhebungsbogen zu dokumentieren. Die Beteiligung an der Dokumentation hat seitdem stetig zugenommen: Der Erfassungsgrad der außerklinischen Geburten ist von rund 60% im Jahr 1996 auf 80% im Jahr 1999 angestiegen.

1.1 Entstehungsgeschichte

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es von regional unterschiedlich dokumentierenden Hebammen, Ärztinnen und Ärzten und Vertreterinnen des Netzwerks für Geburtshäuser in Europa Bemühungen ein bundesweit einheitliches Dokumentationsverfahren für außerklinische Geburten zu entwickeln, um erhobene Daten unter gemeinsamen Gesichtspunkten auswerten zu können.

Ein gemeinsames Ziel der angestrebten Dokumentation und Auswertung war, u.a. den Mangel an aussagekräftigen Daten über die medizinischen Risiken in der außerklinischen Geburtshilfe zu beheben. Die bundesweit stattfindenden 8 -10.000 außerklinischen Geburten, so die langfristige Überlegung, könnten, wenn sie gemeinsam dokumentiert und ausgewertet würden, erstmals statistisch relevante Aussagen über die perinatale Morbidität und Mortalität und andere Qualitätsindikatoren der geburtshilflichen Versorgung ermöglichen.

Um dieser Zielsetzung endlich Taten folgen zu lassen, hatten sich im Januar 1995 Hebammen, eine Ärztin, Vertreterinnen der Berufsverbände der Hebammen, Sozialwissenschaftlerinnen und Vertreterinnen des Netzwerks für Geburtshäuser in Berlin in einer Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe" zusammengefunden.

¹ Unter dem Begriff Praxen sind Hebammenpraxen, Arztpraxen und Entbindungsheime zusammengefasst, die außerklinische Geburten in ihrer Einrichtung dokumentiert haben.

In den folgenden Sitzungen fanden grundlegende fachliche Diskussionen über Inhalte und Zielsetzungen der Erhebung statt, die in der Verabschiedung eines ersten bundesweiten Erhebungsbogen im Januar 1996 mündete.

Ab Mitte 1996 übernahmen die Hebammenverbände die Verantwortung für die Implementierung der Erhebung. Zwei bundesweite Vorlaufstudien aus den Jahren 1996 bis 1998 folgten. 1998 endete die "Vorlaufstudienphase". Der Erhebungsbogen war mehrfach überarbeitet worden und für das Datenmanagement waren Routinen erprobt worden.

1.2 Organisation der Erhebung

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

Seit Juni 2000 wird die Erhebung von der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ (QUAG e.V.) gesteuert und koordiniert, die sich in Trägerschaft beider Hebammenverbände befindet.

QUAG e.V. verfolgt dabei das Ziel, die Diskussion um die außerklinische Geburtshilfe zu versachlichen und ein bisher von einer kleinen Gruppe von Frauen nachgefragtes Angebot sichtbarer zu etablieren. Weiter sollen die Ergebnisse der Erhebung einen Beitrag zu einer angemessenen Aufklärung und Information der Öffentlichkeit leisten und in einer sachlichen Art und Weise, die Vor- und die Nachteile unterschiedlicher Geburtsorte beleuchten.

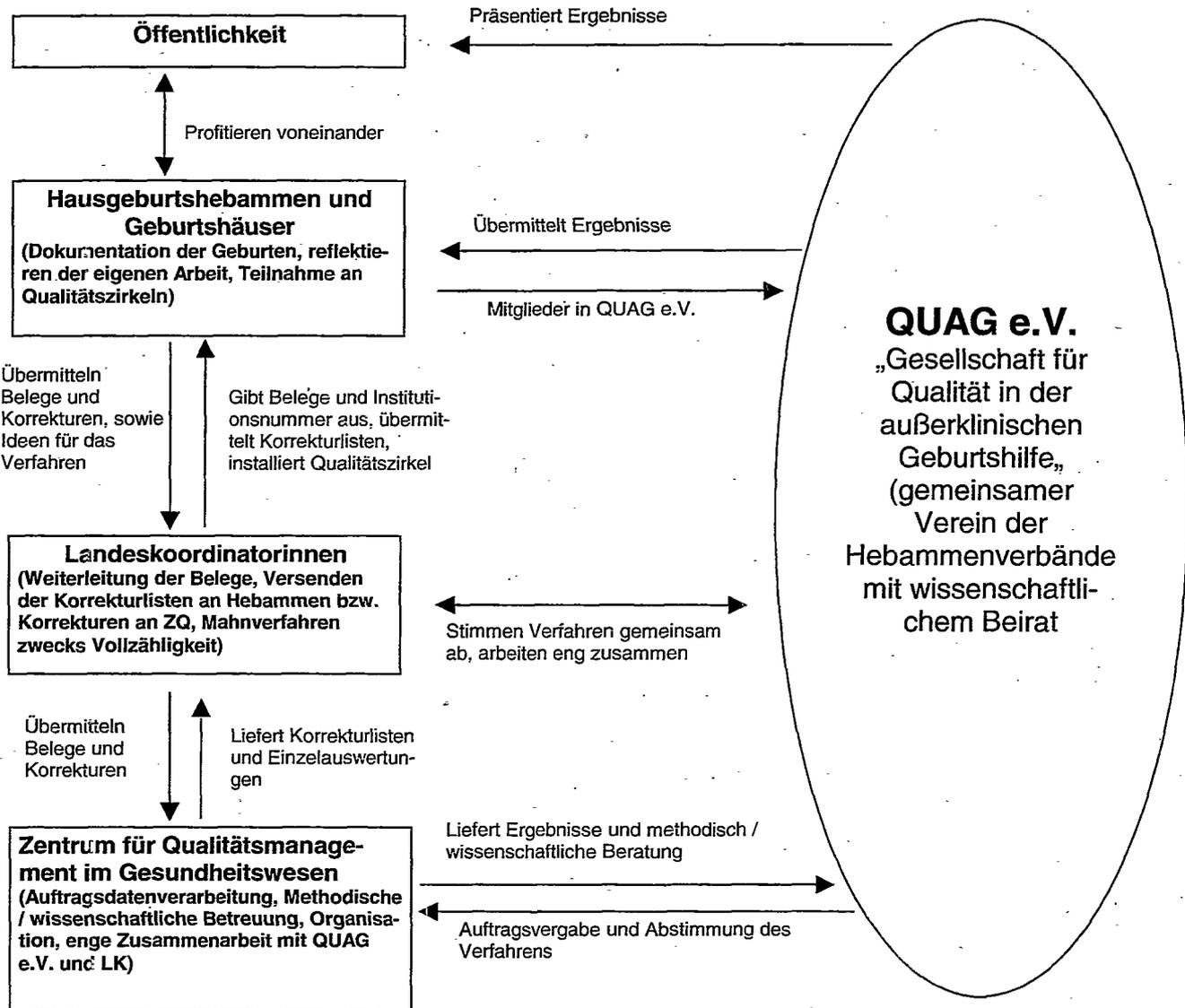
Darüber hinaus soll die hebammenspezifische Qualität der geleisteten Geburtshilfe herausgearbeitet werden, die mit dem Ansatz "low tech and high touch" charakterisiert werden kann. Auf der Basis gesicherter Daten soll ein interdisziplinärer Dialog über eine effektive medizinische Versorgung angeregt werden. Dabei sind sowohl die psychosozialen als auch die medizinischen Attribute der Versorgung von großem Interesse für die allgemeine Weiterentwicklung einer frauenfreundlichen Geburtshilfe.

Ablauforganisation

Die Organisation und der Ablauf der bundesweit einheitlichen Erhebung ist auf der folgenden Seite dargestellt.

Einen zentralen Beitrag für den Erfolg der Erhebung leisten die regional arbeitenden Hebammen und Koordinatorinnen, die sowohl direkte Ansprechpartnerinnen für die dokumentierenden Hebammen auf Länder- und Verbandsebene als auch für die auswertende und im Bereich Qualitätsmanagement methodisch beratende Institution, das Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, einer Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, sind.

Ablauforganisation



Der Dokumentationsbogen

Der 1996 noch vier Seiten umfassende Dokumentationsbogen ist zweimal modifiziert und gekürzt worden und umfasst mittlerweile eine Seite.

Der aktuelle Erhebungsbogen fokussiert neben fachlichen Aspekten der außerklinischen Geburtshilfe, einigen soziodemographischen Merkmalen und Kategorien zu Informationsquellen und Motivationslagen der Frauen vor allem Aspekte des Risikomanagements. Darüber hinaus sind zentrale medizinisch-geburtshilfliche Merkmale des klinischen Perinatalbogens in den außerklinischen übernommen worden. Dazu gehören auch die medizinischen Risikokataloge A bis D. Darüber hinaus ist ein Risikokatalog E eingeführt worden, der der besonderen Situation sub- und postpartaler Verlegungen in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung trägt. Der aktuelle Erhebungsbogen und die Risikokataloge sind auf den folgenden Seiten abgebildet.

Dokumentationsbeleg für die außerklinische Geburtshilfe

Identifikation der Hebamme	Name der Frau (nur auf Deckblatt)
1. Hebammen- / Einrichtungsnummer	
2. Laufende Geb.-Nummer d. Heb./Inst.	
Schwangere	
3. Geburtsjahr der Schwangeren	
4. Postleitzahl (nur die ersten zwei Stellen)	
5. vorausgeg. Schwangerschaften	
davon: Lebendgeb. <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/>	
Toitgeburten <input type="checkbox"/> Cürettagen <input type="checkbox"/>	
6. Information über außerklinische Geburtshilfe erhalten durch	
Hebammenkontakte/Kurse <input type="checkbox"/> Persönliches Umfeld <input type="checkbox"/>	
Arzt/Ärztin/Geburtskliniken <input type="checkbox"/> Öffentliche Medien <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	
7. Motivation der Frau zur außerklinischen Geburt	
Sicherheitsbedürfnis <input type="checkbox"/> Vertraute Hebamme <input type="checkbox"/>	
Selbstbestimmung <input type="checkbox"/> außerklinische Geb.-Erfahrung <input type="checkbox"/>	
klinische Geb.-Erfahrung <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>	
Vorsorge/Schwangerschaft	
8. Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	
9. Hebammenkontakt in SSW (teil- oder persönlich)	
10. Anzahl persönlicher Kontakte insgesamt (ohne Kurse)	
davon: Hebammen-Vorsorgeuntersuchungen	
11. Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
12. Ultraschalluntersuchung nach der 30. SSW	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
13. Schwangerschaftsbefunde (lt. Katalog A/B)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, weiche	
14. Entfernung zur nächstgelegenen Klinik (km)	
Geburt	
15. Erster Ruf zum Geburtsbeginn	
Datum: <input type="text"/> Uhr	
16. Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme	
Datum: <input type="text"/> Uhr	
17. Herztonkontrolle	Dopton <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	CTG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Hörrohr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
18. Blasensprung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Amniotomie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Datum: <input type="text"/> Uhr	
19. Wehenbeginn am:	<input type="text"/> Uhr
20. Geburtsrisiken (lt. Katalog C)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, weiche	
21. Zweite Hebamme gerufen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, zur normalen Geburt <input type="checkbox"/> wegen Komplikationen <input type="checkbox"/>	
Zweite Hebamme eingetroffen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> zur Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/>	
22. Arzt gerufen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, zur normalen Geburt <input type="checkbox"/> wegen Komplikationen <input type="checkbox"/>	
Arzt eingetroffen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> zur Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/>	
23. Weitere anwesende Personen	
Keine <input type="checkbox"/> Fam.-Angehörige <input type="checkbox"/>	
Freunde/Bekannte <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>	
24. Lage des Kindes	regelrechte Schädelage <input type="checkbox"/>
	Beckenanlage <input type="checkbox"/>
	regelwidrige Schädelage <input type="checkbox"/>
wenn ja, weiche (lt. Katalog C)	
25. Begleitende Maßnahmen sub partu	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, weiche Analgetika/Spasmolytika <input type="checkbox"/> Homöopathie <input type="checkbox"/>	
Naturheilkunde <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/>	
Akupunktur/-pressur <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	
26. Geburtsmodus	Spontan <input type="checkbox"/>
	Kristallerhilfe <input type="checkbox"/>
	Vaginal-operativ <input type="checkbox"/>
	27. Dauer des aktiven Mitschiebens
	kleiner als 15 Minuten <input type="checkbox"/> 15 bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> größer als 60 Minuten <input type="checkbox"/>
	28. Geburtsverletzungen
	wenn ja, DR I° <input type="checkbox"/> DR II° <input type="checkbox"/> DR III°-IV° <input type="checkbox"/>
	Episiotomie <input type="checkbox"/> andere nahtpflichtige Risse <input type="checkbox"/>
	29. Mütterliche Problematik p.p.
	wenn ja, welche Blutung > 1000ml <input type="checkbox"/>
	Plazentalösungsstörungen/unvollst. Plazenta <input type="checkbox"/>
	komplizierte Geburtsverletzung <input type="checkbox"/>
	Sonstiges <input type="checkbox"/>
	30. Naht
	wenn ja, versorgt von Hebamme <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/>
Verlegung während und nach der Geburt	
	31. Entschluß zur Verlegung durch Hebamme
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	wenn ja, Datum: <input type="text"/> Uhr
	32. Gebärende verlegt
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	33. Transportbeginn
	<input type="text"/> Uhr
	34. Hauptverlegungsgrund s. p. (lt. Katalog C/E)
	<input type="text"/>
	35. Transportmittel
	Privatfahrzeug <input type="checkbox"/> Rettungsfahrzeug <input type="checkbox"/>
	36. Transport in Klinik
	in Ruhe <input type="checkbox"/> als Notfall <input type="checkbox"/>
	37. Gefahrene Kilometer zur Klinik
	ca. <input type="text"/>
	38. Übergabe in Klinik
	<input type="text"/> Uhr
	39. Geburtsmodus in Klinik
	Spontan <input type="checkbox"/> Kristallerhilfe <input type="checkbox"/>
	Vaginal-operativ <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/>
	40. Geburt beendet durch
	dieselbe Heb. <input type="checkbox"/> andere Heb. <input type="checkbox"/>
	41. Mutter verlegt p.p.
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="checkbox"/> innerhalb 7 Tagen <input type="checkbox"/>
	42. Verlegungsgrund p.p. (lt. Katalog E)
	<input type="text"/>
	43. Mutter verstorben
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kind (unabhängig vom Geburtsort)	
	44. Tag der Geburt
	<input type="text"/> Uhr
	45. Geburtsgewicht
	<input type="text"/> g
	Länge <input type="text"/> cm Kopfumfang <input type="text"/> cm
	46. Geschlecht
	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
	47. APGAR
	1' <input type="text"/> 5' <input type="text"/> 10' <input type="text"/>
	48. Reanimationsmaßnahme
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	wenn ja, Maske <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> O2-Dusche <input type="checkbox"/>
	Mund-zu-Mund-Beatmung <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>
	49. Kinderarzt / ärztlichen Notdienst gerufen
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	50. Morbidität des Kindes (lt. Katalog D)
	<input type="text"/>
	51. Kind in Kinderklinik verlegt
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	wenn ja, innerhalb 24 Stunden <input type="checkbox"/> innerhalb 7 Tagen <input type="checkbox"/>
	52. Verlegungsgründe (lt. Katalog D)
	<input type="text"/>
	53. Kind verstorben
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	wenn ja, vor Geburt <input type="checkbox"/> unter Geburt <input type="checkbox"/> nach Geburt <input type="checkbox"/>
	54. Todesdatum
	<input type="text"/> Uhr
	55. Todesursache (lt. Katalog D), auch Totgeburten
	<input type="text"/>
	Todesursache unbekannt <input type="checkbox"/>
Geburtsort	
	56. Geplanter Geburtsort (bei abgeschlossener 37. SSW)
	Hausgeburten <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/>
	Entbindungsheim <input type="checkbox"/> Hebammenpraxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> noch unklar <input type="checkbox"/>
	57. Tatsächlicher Geburtsort
	Hausgeburten <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/>
	Entbindungsheim <input type="checkbox"/> Hebammenpraxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/>
	58. Die Geburt wurde
	geplant außerklinisch beendet <input type="checkbox"/>
	ungeplant außerklinisch beendet <input type="checkbox"/>
	verlegt <input type="checkbox"/>

Deckblatt verbleibt bei der Hebamme

Durchschlag bitte an die Landeskoordinatin schicken

© Copyright BDH e.V. und BHD e.V.

Bitte jede begonnene Geburt dokumentieren

18748

Der Risikokatalog

Katalog A (zu Zeile 13)

Anamnese und allgemeine Befunde (identisch mit Mutterpaß)

- 01 Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
- 02 Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber Nieren, ZNS, Psyche)
- 03 Blutungs-/Thromboseneigung
- 04 Allergie
- 05 Frühere Bluttransfusionen
- 06 Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche) (648.4)
- 07 Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) (648.9)
- 08 Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) (656.1)
- 09 Diabetes mellitus (648.0)
- 10 Adipositas
- 11 Kleinwuchs
- 12 Skelettanomalien
- 13 Schwangere unter 18 Jahren
- 14 Schwangere über 35 Jahren (659.-)
- 15 Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
- 16 Zustand nach Sterilitätsbehandlung
- 17 Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. Ss-Woche)
- 18 Zustand nach Mangelgeburt
- 19 Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
- 20 Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
- 21 Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
- 22 Komplikationen post partum
- 23 Zustand nach Sectio (654.2)
- 24 Zustand nach anderen Uterusoperationen (654.2)
- 25 Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
- 26 Andere Besonderheiten
- 54 Zustand nach HELLP
- 55 Zustand nach Eklampsie
- 56 Zustand nach Hypertonie

Katalog B (zu Zeile 13)

Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (identisch mit Mutterpaß)

- 27 Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen (648.-)
- 28 Dauermedikation
- 29 Abusus (648.-)
- 30 Besondere psychische Belastung (648.4)
- 31 Besondere soziale Belastung (648.9)
- 32 Blutungen vor der 28. Sswo. (640.-)
- 33 Blutungen nach der 28. Sswo. (641.-)
- 34 Placenta praevia (641.-)
- 35 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 36 Hydramnion (657)
- 37 Oligohydramnie (658.0)
- 38 Terminunklarheit (646.9)
- 39 Placenta-Insuffizienz (656.5)
- 40 Isthmozervikale Insuffizienz (654.5)
- 41 Vorzeitige Wehentätigkeit (644.-)
- 42 Anämie (648.2)
- 43 Harnwegsinfektion (646.6)
- 44 Indirekter Coombstest positiv (656.1)
- 45 Risiko aus anderen serologischen Befunden
- 46 Hypertonie (Blutdruck über 140/90) (642.-)
- 47 Eiweißausscheidung über 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr (646.2)
- 48 Mittlegradige - schwere Ödeme (646.1)
- 49 Hypotonie (669.2)
- 50 Gestationsdiabetes (648.0)
- 51 Lageanomalie (652.-)
- 52 Andere Besonderheiten (646.9)
- 53 Hyperemesis

Katalog C (zu Zeilen 20,34,42)

Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken

- 60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)
- 61 Überschreitung des Termins (645)
- 62 Mißbildung (655)
- 63 Frühgeburt (644.1)
- 64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)
- 65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) (656.5)
- 66 Gestose/Eklampsie (642.5)
- 67 RH-Inkompatibilität (656.1)
- 68 Diabetes mellitus (648.0)
- 69 Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen (654.2)
- 70 Plazenta praevia (641.-)
- 71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)
- 72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)
- 73 Amnion-Infektionssyndrom (Verdacht auf) (658.4)
- 74 Fieber unter der Geburt (659.2)
- 75 Mütterliche Erkrankung (648.-)
- 76 Mangelnde Kooperation der Mutter
- 77 Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne (656.3)
- 78 Grünes Fruchtwasser (656.3)
- 79 Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalbumanalyse) (656.3)
- 80 Nabelschnurvorfall (663.0)
- 81 Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen (663.9)
- 82 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode (662.0)
- 83 Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode (662.2)
- 84 Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken (653.4)
- 85 Drohende/erfolgte Uterusruptur: (660.8/665.1)
- 86 Querlage/Schräglage (652.2)
- 87 Beckenendlage (652.3)
- 88 Hintere Hinternauptschlage (660.3)
- 89 Vorderhauptschlage (652.5)
- 90 Gesichtslage/Stimlage (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

Katalog D (zu Zeilen 50, 52, 54)

Postpartale Krankheiten/Störungen, Verlegungsgründe, Diagnose bei Verstorbenen

- 01 Unreife/Mangelgeburt (765)
- 02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose (768)
- 03 Atemnotsyndrom/kardiopulmonale Krankheit (769)
- 04 andere Atemstörungen (770)
- 05 Schockzustand (785)
- 06 Ikterus (774)
- 07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.) (773)
- 08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.) (776)
- 09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung) (775)
- 10 hereditäre Stoffwechselerkrankungen (Aminosäuren (270), Galaktose, Fruktose (271), AGS (255), Mukoviszidose (277))
- 11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246))
- 12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)
- 13 intrakranielle Blutungen
- 14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemisyndrom) (779)
- 15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)
- 16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)
- 17 generalisierte Infektion (TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320))
- 18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.) (771)
- 19 zur Beobachtung
- 20 Sonstiges
- 25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EdWARDS-Syndrom etc.) (758)
- 26 (andere) multiple Mißbildungen (759)
- 27 Anenzephalus (740)
- 28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen) (741)
- 29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)
- 30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)
- 31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)
- 32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)
- 33 Gaumen- und Lippenpalten (749)
- 34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)
- 35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)
- 36 Anomalie Niere/Blase/Urethra (753)
- 37 Anomalie Genitalorgane (752)
- 38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln (755, 756)
- 39 Zwerchfellmißbildung (7566)
- 40 Gastroschisis/Omphalozele (75671)
- 41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (757)
- 42 Hernien (550-553)
- 43 biomechanische Verformung (d. Lage-, Haltungsanomalie, Hüftdysplasie, Hüftluxation) (754)
- 44 andere Anomalie

Katalog E (zu Zeilen 34,42)

Verlegung der Mutter sub partu

- 100 Auf Wunsch der Mutter

Verlegung der Mutter post partu

- 101 Blutungen >1000ml
- 102 Plazentalösungsstörungen/unvollst. Placenta
- 103 Komplizierte Geburtsverletzungen
- 104 Nahtversorgung von Episiotomie / Dammrissen
- 105 Sonstiges

2 Kommentierung zentraler Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zentrale Ergebnisse der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten aus dem Jahr 1999 behandelt. Dargestellt werden neben der Anzahl der beteiligten Hebammen und Einrichtungen, Ergebnisse zu Geburtenrang und Alter und zu Motivation und Informationsquellen der Frauen, die die Entscheidung für eine außerklinische Geburt maßgeblich beeinflusst haben. Es schließen sich Ergebnisse über die Betreuung in der Schwangerschaft und über die geleistete Geburtshilfe inklusive der Geburtsverläufe an, in denen unter oder nach der Geburt eine Verlegung in die Klinik notwendig wurde.

2.1 Datenbasis und beteiligte Einrichtungen

2.1.1 Datenbasis

In die vorliegende Auswertung sind 8556 dokumentierte außerklinische Geburten eingegangen. Insgesamt sind 8578 Geburten – darunter 11 Zwillingsgeburten – erfasst worden. Da die Betreuung von Mehrlingsgeburten in der außerklinischen Geburtshilfe eine Ausnahme darstellt, werden die dokumentierten Mehrlingsgeburten separat ausgewertet² (siehe Kapitel 5).

Die im Juni 1996 eingeführte erste Vorlaufstudie hatte zu einer bundesweiten Beteiligung der Hebammen in Höhe von rund 60% geführt. Die Beteiligung und der Erfassungsgrad der hier vorliegenden Untersuchung liegt bei rund 80%.

Die Aussagen über die Beteiligung basieren auf Angaben der Hebammenverbände bzw. der an der Organisation der Erhebung beteiligten Koordinatorinnen der Verbände. Amtliche statistische Referenzzahlen über Geburten außerhalb von Krankenhäusern liegen seit 1982 nicht mehr vor, so dass Aussagen über die Beteiligung und die Vollzähligkeit auf diesem Wege nicht mehr zu treffen sind.³

² Die vom Bund Deutscher Hebammen herausgegebenen Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsorts stellen klar, dass Frauen mit einer Mehrlingsschwangerschaft, eine außerklinische Geburt nicht empfohlen werden kann.

³ Einen Anhaltspunkt bieten die vom statistischen Bundesamt in Wiesbaden geführten Statistiken über die Gesamtgeburtenszahl in Deutschland und die Geburten in Krankenhäusern, die für das Jahr 1999 eine Differenz von 10.193 Geburten ergeben. In dieser Geburtenzahl müssten die außerklinischen Geburten des vorliegenden Kollektivs enthalten sein. (siehe Kapitel 4.1)

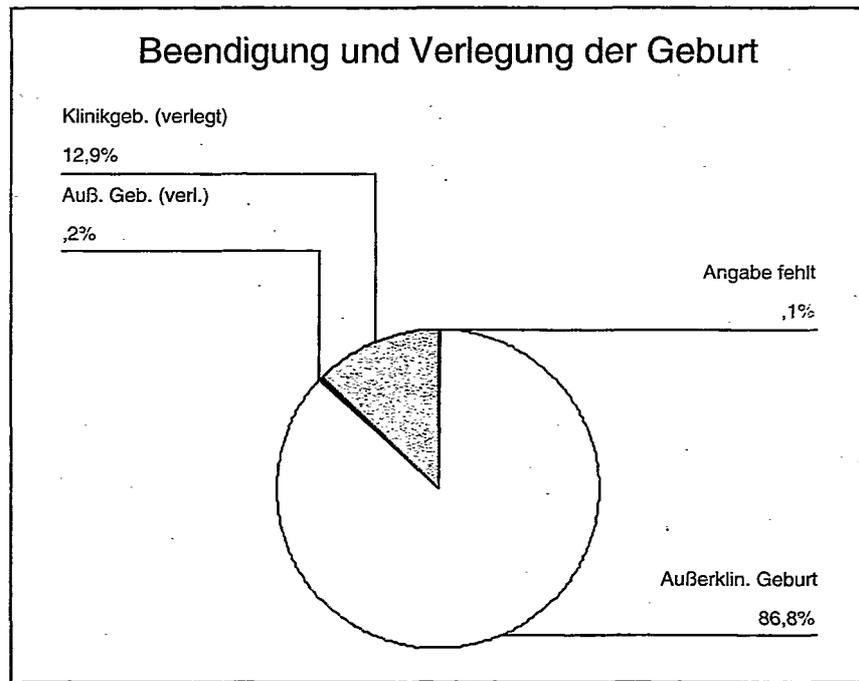
Exakte Aussagen über den Erfassungsgrad der bundesweit unter Hebammenbetreuung stattfindenden außerklinischen Geburten sind anhand dieser Angabe allerdings nicht zu treffen, da alle außerhalb von Kliniken geborenen Kinder in der Statistik enthalten sind, die auf den Standesämtern gemeldet werden. Dazu gehören auch die Geburten, die ungeplant und ohne Hebammenbetreuung außerhalb von Kliniken stattfinden.

2.1.1.1 Sub- und postpartale Verlegungen

Subpartale Verlegungen

Insgesamt sind 1119 Frauen (13,1%) unter der Geburt verletzt worden. Davon sind 1102 Frauen (12,9%) von einem außerklinischen Geburtsort in eine Klinik und weitere 17 Frauen (0,2%) innerhalb des außerklinischen Bereichs – zum Beispiel von zu Hause in ein Geburtshaus – verletzt worden (Abbildung 1).

Abbildung 1



Postpartale Verlegungen

233 Kinder (2,7%) sind in einer Zeit von sieben Tagen nach der Geburt verletzt worden; und zwar 140 Kinder (1,6%) nach außerklinisch und 91 Kinder (1,1%) nach klinisch beendeter Geburt.

Von den 8556 begleiteten Frauen sind insgesamt 213 Frauen (2,5%) in einer Zeit von sieben Tagen postpartal verletzt worden; und zwar 205 Frauen (2,4%) nach außerklinischer Geburt und sechs Frauen (0,6%) nach klinisch beendeter Geburt. Es ist anzunehmen, dass die sechs nach klinisch beendeter Geburt verletzten Frauen in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe weiterverwiesen worden sind.

2.1.2 Beteiligte Hebammen und Einrichtungen

Die 8556 fortlaufend dokumentierten Geburten verteilen sich auf 4752 Hausgeburten (55,5%) gefolgt von 3354 Geburtshausgeburten (39,2%) und 450 Praxis- und Entbindungsheimgeburten (5,3%). An der Dokumentation beteiligt waren 452 Hausgeburtshebammen, 48 Geburtshäuser und 11 Praxen inklusive Entbindungsheimen im ganzen Bundesgebiet.

Abbildung 2

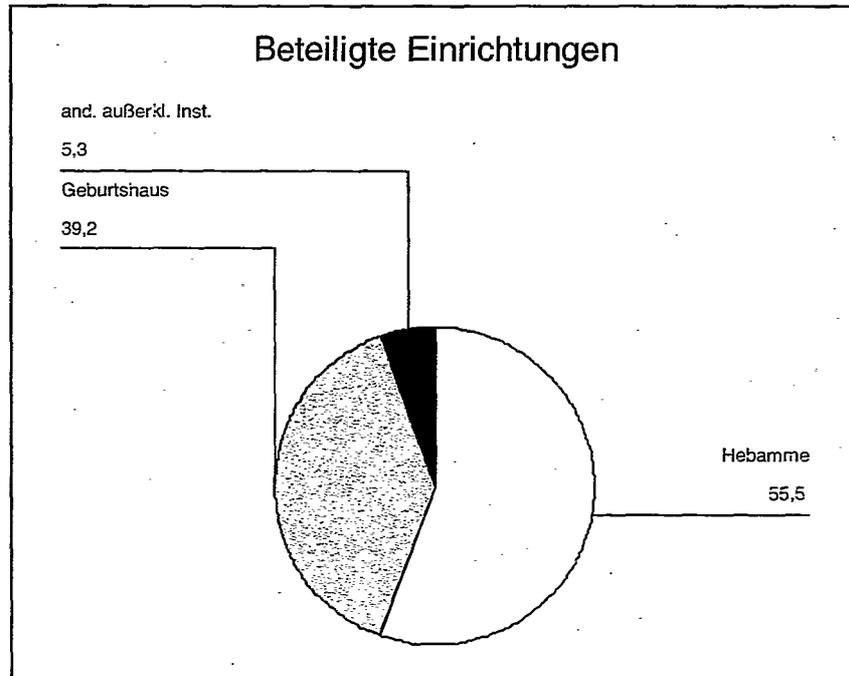
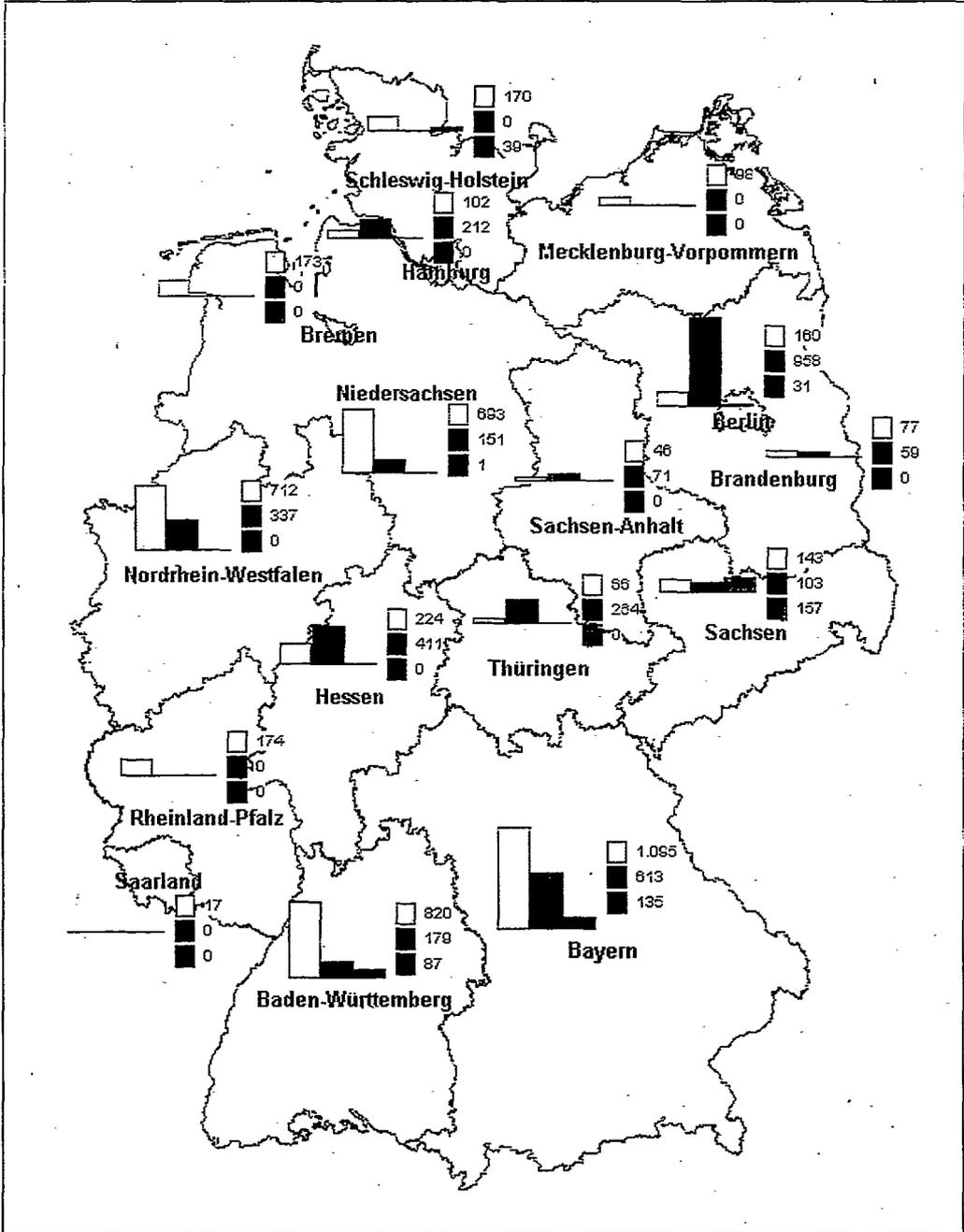


Abbildung 3 auf der folgenden Seite veranschaulicht die Anzahl dokumentierter Geburten getrennt nach den beteiligten Institutionen in den einzelnen Bundesländern.

Bei näherer Betrachtung der Abbildung 3 fällt auf, dass in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg und in den Flächenstaaten Hessen und Thüringen der Anteil der dokumentierten Geburtshausgeburten zum Teil erheblich höher ist als der Anteil der Hausgeburten. In allen anderen Bundesländern ist der Anteil der dokumentierten Hausgeburten höher. Geburten in Praxen und Entbindungsheimen, welche die insgesamt kleinste Gruppe erfasster Geburtsorte darstellen, sind in nur fünf Bundesländern dokumentiert.

Abbildung 3

1999 im Projekt "Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe" erhobene Geburten, aufgetrennt nach Einrichtungen



Einrichtungen der außerkl. Geburtshilfe

Hebamme
 Geburtshaus
 and. Einrichtungen

2.1.2.1 Dokumentierte Geburtenzahlen der Hausgeburtshebammen und der Geburtshäuser

Geburtenzahlen der Hausgeburtshebammen

Um ein Bild darüber zu bekommen, wie viele Frauen von den beteiligten freiberuflichen Hebammen geburtshilflich in einem Jahr betreut werden, sind drei Gruppen auf der Basis der vorliegenden Erfahrungen der Hebammenverbände bezüglich der Betreuungshäufigkeit gebildet worden. Die erste Gruppe der Hausgeburtshebammen betreut bis zu 10 Geburten pro Jahr, die zweite Gruppe betreut 11 bis 30 Geburten und die dritte Hebammengruppe mehr als 30 Geburten pro Jahr. Hinsichtlich der Verteilung ergibt sich folgendes Bild:

Mehr als 30 Geburten betreuen 18,2% der Hausgeburtshebammen. Im Mittel werden in dieser Gruppe 50 Geburten pro Jahr betreut, so dass angenommen werden kann, dass diese Hebammen ihren Arbeitsschwerpunkt in der außerklinischen Geburtshilfe haben. Da die geburtshilfliche Betreuung durch Vorsorgeuntersuchungen, Kurse und Beratungen in der Zeit von Schwangerschaft und Wochenbettbetreuung ergänzt wird, gehen Hausgeburtshebammen von rund 40 zu betreuenden Geburten pro Jahr im Rahmen einer Vollzeittätigkeit aus (Tabelle 1).

Über die Hälfte der Hausgeburtshebammen (55,8%) betreuen zwischen 11 und 30 Geburten im Jahr. Der Jahresdurchschnitt in dieser Gruppe liegt bei 20 Geburten.

Ein Viertel der Hausgeburtshebammen (26%) betreut weniger und zwar bis zu 10 Geburten pro Jahr. Es ist anzunehmen, dass diese Hebammen zusätzlich einer Klinik­tätigkeit als Beleghebamme nachgehen oder aber Frauen und Kinder in größerer Zahl ausschließlich in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuen.

Tabelle 1

Anzahl Hebammengeburt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Hebamme, bis 10 Geb. p.a.	1235	14,4	26,0
Hebamme, 11 bis 30 Geb. p.a.	2650	31,0	55,8
Hebamme, mehr als 30 Geb. p.a.	867	10,1	18,2
Gesamt	4752	55,5	100,0
andere Einrichtung	3804	44,5	
Gesamt	8556	100,0	

Geburtenzahlen der Geburtshäuser

Hinsichtlich der Zahl geburtshilflich betreuter Frauen sind die an der Dokumentation beteiligten Geburtshäuser in vier Gruppen zusammengefasst worden. Eine Gruppe der Geburtshäuser betreut bis zu 70 Geburten, eine zweite 71 bis 140 Geburten, eine dritte 141 bis 210 Geburten und eine vierte über 210 Geburten pro Jahr (Tabelle 2). Es ergibt sich folgende Verteilung:

Knapp 30% der Geburtshäuser betreuen bis zu 70 Geburten; der Mittelwert in dieser Gruppe kleiner Geburtshäuser liegt bei 40 Geburten jährlich.

Rund 20% der Geburtshäuser betreuen zwischen 71 und 140 Geburten; der Durchschnitt liegt bei 115 Geburten.

Etwa 30% der Geburtshäuser betreuen zwischen 141 bis 210 Geburten pro Jahr; der Mittelwert beträgt 166 Geburten.

Knapp 22% aller Geburtshäuser betreuen mehr als 210 Geburten im Jahr; der Mittelwert betreuter Geburten in dieser Gruppe großer Geburtshäuser liegt bei 244 Geburten jährlich.

Es zeigt sich, dass die kleinen Geburtshäuser - bis 70 Geburten jährlich - und die Gruppe der Geburtshäuser - zwischen 141 bis 210 Geburtsbetreuungen -, mit jeweils rund 30% den größten Anteil der Geburtshäuser auf sich vereinen.

Die Anzahl betreuter Geburten in den Geburtshäusern ist dabei abhängig vom Einzugsgebiet und der Anzahl der in einem Geburtshaus beschäftigten Hebammen.

Tabelle 2

Anzahl Geburtshausgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte
Geburtshaus, bis 70 Geb. p.a.	966	11,3	28,8
Geburtshaus, 71 bis 140 Geb. p.a.	668	7,8	19,9
Geburtshaus, 141 bis 210 Geb. p.a.	996	11,6	29,7
Geburtshaus, mehr 210 Geb. p.a.	724	8,5	21,6
Gesamt	3354	39,2	100,0
andere Einrichtung	5202	60,8	
Gesamt	8556	100,0	

Für 450 dokumentierte **Praxis- und Entbindungsheimgeburten** mit einem Gesamtanteil an allen erfassten Geburten in Höhe von 5,3% wurden keine Gruppen gebildet.

2.2 Alter und Geburtenrang der Frauen

Die Auswertung zum Alter und zum Geburtenrang zeigt, dass Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entscheiden, in der Tendenz älter sind als Frauen in vergleichbaren Kollektiven.

Während das durchschnittliche Alter der Frauen im vorliegenden Kollektiv 32 Jahre beträgt, liegt das durchschnittliche Alter der Mütter ehelich lebendgeborener Kinder 1999 in Deutschland bei 30 Jahren.

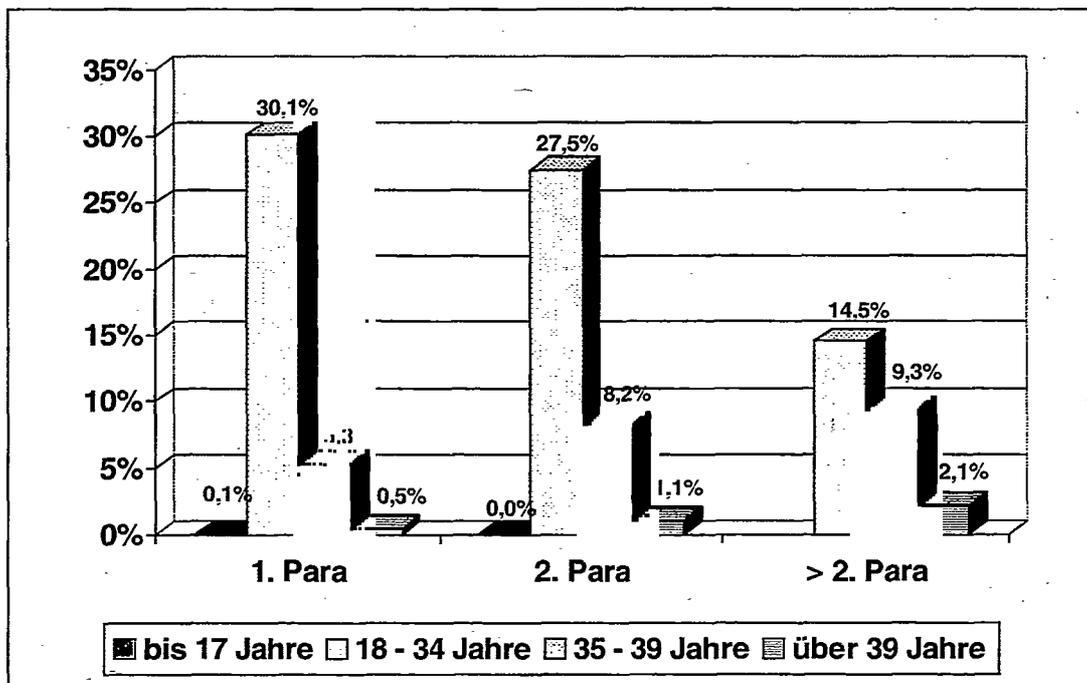
Vergleicht man das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden im vorliegenden Kollektiv in Höhe von 30 Jahren mit dem durchschnittlichen Alter der verheirateten Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in Höhe von 29 Jahren bundesweit, ergibt sich eine Altersdifferenz von einem Jahr (Auskünfte des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden: 2001).

Eine Erklärung für das insgesamt höhere Durchschnittsalter der Frauen im vorliegenden Kollektiv könnte ein überdurchschnittlich hohes Bildungs- und Qualifikationsniveau der Frauen sein, das dazu beiträgt, die Entscheidung zur Familiengründung auf ein höheres Alter zu verschieben (Neumeyer: 1993; Dangel-Vogelsang: 1997; Milenovic-Rüchardt: 1998).

In Abbildung 4 ist das Alter mit dem Geburtenrang der Frauen in Verbindung gesetzt worden. Wie nicht anders zu erwarten, steigt das Alter der Frauen mit zunehmendem Geburtenrang an.

Abbildung 4

Alter der Gebärenden nach Parität



fehlende Angaben n=102 (1,2%)

2.3 Information und Motivation der Frauen

Erstmals liegen Ergebnisse vor, die Aussagen darüber treffen, woher Frauen **Informationen** über außerklinische Geburten beziehen: Die am häufigsten genannten Informationsquellen, welche die Entscheidung der Frauen beeinflusst haben, kommen mit rund 66% aus dem persönlichen Umfeld. Das heißt, Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sind von hoher Bedeutung für die Wahl des außerklinischen Geburtsorts.

Ähnlich häufig als Informationsquelle genannt sind auch die Kontakte über Hebammen mit 60%. Öffentliche Medien haben mit rund 14% einen kleineren aber nicht unwichtigen Einfluss. Die Informationsquelle Arzt/Ärztin ist mit rund 7% am wenigsten ausschlaggebend für die Wahl einer außerklinischen Geburt (Tabelle 3).

Im Gegensatz dazu spielt in einer 1996 veröffentlichten Untersuchung von Riegl der Arzt/die Ärztin als genutzte Informationsquelle für die Wahl einer Klinik die wichtigste Rolle. Auf die Frage nach den maximal fünf wichtigsten Informationsquellen gaben 59% der befragten Frauen den Arzt/die Ärztin als Hauptinformanten an und 37% führten den Arzt/die Ärztin als die entscheidungsrelevante Informationsstelle an (Riegl:1996).

Tabelle 3

Information durch...	Persönliches Umfeld	Anzahl	5593
		Gesamt-%	65,8
	Hebammenkontakte/Kurse	Anzahl	5129
		Gesamt-%	60,4
	Öffentliche Medien	Anzahl	1208
		Gesamt-%	14,2
	Sonstiges	Anzahl	964
		Gesamt-%	11,3
	ÄrztInnen/Geburtskliniken	Anzahl	625
		Gesamt-%	7,4
Gesamt	Anzahl		8496
	Gesamt-%		100,0

fehlende Angabe: n=60 (0,7%)

(Mehrfachnennungen waren möglich)

Hinsichtlich der **Motivation** für die außerklinische Geburt (Tabelle 4) geben jeweils über 70% der Frauen sowohl die Gründe Selbstbestimmung, als auch die vertraute Hebamme an, gefolgt von einer klinischen Geburtserfahrung mit rund 30%. Die außerklinische Geburtserfahrung bei einem vorherigen Kind wird mit 25% von den Frauen gleich häufig angegeben, wie die Begründung Sicherheitsbedürfnis.

Ein Aspekt, der dem Sicherheitsbedürfnis der Frauen Rechnung trägt, ist die kontinuierliche Betreuung in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch die außerklinisch tätigen Hebammen und Institutionen. Nach Einschätzung der Frauen wird dadurch eine angemessenere Betreuung im Vergleich mit der sonst üblichen Versorgung durch unterschiedliche Professionen und Institutionen erreicht.

Tabelle 4

Motivation	Selbstbestimmung	Anzahl	6376
		Gesamt-%	75,1%
	vertraute Hebamme	Anzahl	6238
		Gesamt-%	73,5%
	klinische Geburtserfahrung	Anzahl	2578
		Gesamt-%	30,4%
	außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	2152
		Gesamt-%	25,3%
	Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	2174
		Gesamt-%	25,6%
	Sonstige	Anzahl	884
		Gesamt-%	10,4%
Gesamt	Anzahl		8490
	Gesamt-%		100,0%

fehlende Angabe: n=66 (0,8%)

(Mehrfachnennungen waren möglich)

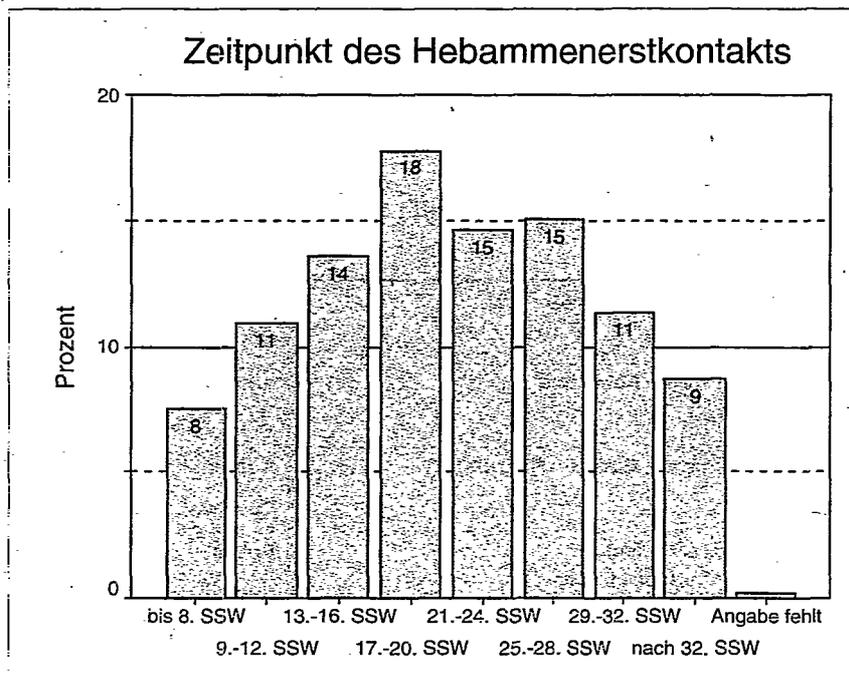
2.4 Betreuung der Schwangerschaft

2.4.1 Erster Kontakt mit der Hebamme, Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Ultraschalluntersuchungen

Im Erhebungsbogen wird der Zeitpunkt des ersten Kontakts mit der Hebamme erfasst. Als Voraussetzung für die außerklinische Geburtshilfe empfehlen Hebammen eine möglichst frühe, spätestens aber eine Kontaktaufnahme bis zur 30. Schwangerschaftswoche, um durch Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen den körperlichen und psychischen Zustand der Frau beurteilen zu können und um ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können. Dieser Empfehlung sind 80% aller Frauen bis zur 28. Woche und 90% bis zur 32. Schwangerschaftswoche nachgekommen.

In Abbildung 5 wird deutlich, dass der erste Kontakt mit der Hebamme kontinuierlich bis zur 20. Schwangerschaftswoche zunimmt, um danach langsam abzufallen. Zwischen der 17. und 20. Woche finden mit 18% die häufigsten Erstkontakte statt.

Abbildung 5



fehlende Angaben n=20

Eine differenzierte Analyse des Erstkontaktes im Bezug auf die Parität ergab, dass die Erstgebärenden in der Tendenz zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt mit der Hebamme aufnehmen als die Mehrgebärenden (s. Tabelle Seite 81):

- Bis zur 16. Woche nehmen im Verhältnis mehr Mehrgebärende (37%) als Erstgebärende (24%) den ersten Kontakt auf.
- Zwischen der 17. und 20. Woche gibt es mit rund 18% in beiden Gruppen keinen Unterschied.
- Nach der 20. bis einschließlich zur 32. Schwangerschaftswoche nehmen mehr Erstgebärende (50%) als Mehrgebärende (37%) Kontakt auf.
- Nach der 32. Woche ist mit rund 9% in beiden Gruppen von Frauen kein Unterschied hinsichtlich der Häufigkeiten der ersten Kontaktaufnahme mit der Hebamme mehr festzustellen.

Demnach kann angenommen werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Geburtsort bei Erstgebärenden später einsetzt, als bei Frauen, die bereits ein Kind geboren haben.

Zugleich deutet die tendenziell frühere Kontaktaufnahme der Mehrgebärenden darauf hin, dass Erfahrungen in der Betreuung zurückliegender Schwangerschaften dazu beitragen können, in späteren Schwangerschaften die Beratung durch Hebammen zeitlich früher zu suchen.

Ein Grund, der insbesondere auf das Viertel der Mehrgebärenden zutreffen dürfte, die bereits über außerklinische Geburtserfahrungen verfügen, ist, möglichst frühzeitig eine Betreuung durch die vertraute Hebamme sicherzustellen. Die Kapazitäten außerklinisch tätiger Hebammen sind infolge

der größtenteils angebotenen kontinuierlichen Betreuung in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett begrenzt (Ausführungen zu der Zahl betreuter Geburten in den außerklinischen Einrichtungen sind in Kapitel 2.1.2.1 nachzuvollziehen).

Zentrale Elemente der von Hebammen angebotenen Schwangerenbetreuungen und Vorsorgeuntersuchungen sind ausführliche Beratungen, die in der Praxis bis zu einer Stunde betragen können, oder Hausbesuche, die für die Planung einer Hausgeburt aber auch für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses von großer Bedeutung sind.

Die Gesamtzahl der in Anspruch genommenen Betreuungen in der Schwangerschaft im vorliegenden Kollektiv von Frauen ist im Durchschnitt mit sieben bis acht persönlichen Kontakten dokumentiert. Darin enthalten sind im Mittel drei **Vorsorgeuntersuchungen** und vier bis fünf weitere **Beratungen** oder **Hausbesuche**. Die Inanspruchnahme ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen wird dadurch in der Regel nicht gemindert (Neumeyer: 2000).

Insgesamt nehmen 96% aller außerklinisch betreuten Frauen Vorsorgeuntersuchungen bei einem Arzt/einer Ärztin in Anspruch; nur 4% der Frauen nehmen diese Untersuchungen ausschließlich bei einer Hebamme in Anspruch.

Ein kennzeichnender Bestandteil der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist die **Ultraschalldiagnostik** in der Schwangerschaft. Für knapp 83% aller Frauen sind Ultraschalluntersuchungen nach der 30. Schwangerschaftswoche dokumentiert. Außerklinisch tätige Hebammen legen nicht selten eine Ultraschalluntersuchung in dieser Zeit nahe, um beispielsweise über die Lage der Placenta und/oder mögliche angeborene Fehlbildungen informiert zu sein (Tabelle 5).

Tabelle 5

Ultraschalluntersuchung nach der 30. SSW

		Häufigkeit	Prozent
	Nein	1460	17,1
	Ja	7063	82,6
	Angabe fehlt	33	,4
	Gesamt	8556	100,0

2.4.2 Dokumentierte Befunde in der Schwangerschaft

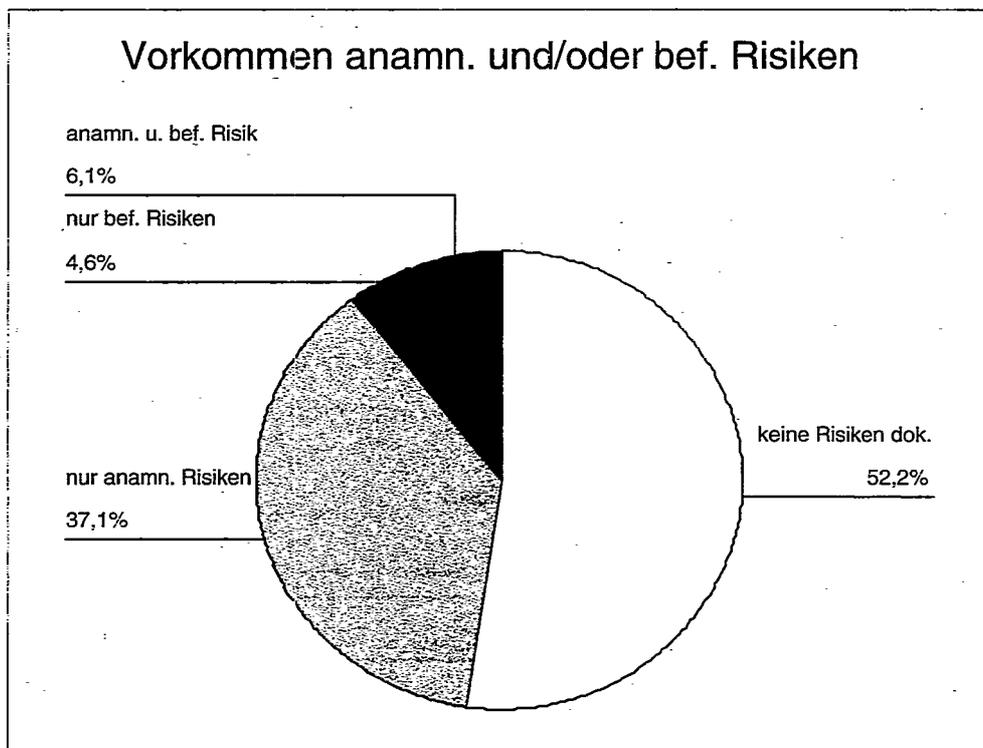
Das Angebot der außerklinischen Geburtshilfe richtet sich an Frauen mit weitgehend normal verlaufenden Schwangerschaften. Dennoch ist das Kollektiv der Frauen nicht völlig risikofrei. Ein Teil der betreuten Frauen bringt anamnestische Befunde bzw. Risikofaktoren in die Schwangerschaft mit oder entwickelt welche im Verlauf der Schwangerschaft.

Die in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen orientieren ihre Betreuung daran, wesentliche Risiken auszuschließen.

Für etwa 52% der Frauen sind keine Risikofaktoren im Mutterpass dokumentiert. Hier zeigt sich, dass im Vergleich mit klinischen Kollektiven, die Rate risikofreier Schwangerschaften in der außerklinischen Geburtshilfe um etwa 20% höher liegt. Erfasste Risikofaktoren im vorliegenden Kollektiv sind dabei vor allem in der Anamnese und nur in geringem Umfang für die bestehende Schwangerschaft dokumentiert:

Die Auswertung ergibt 37% anamnestiche und 4,6% im Verlauf der Schwangerschaft erhobene Befunde. In 6,1% der Fälle liegen sowohl anamnestiche als auch befundete Risiken vor (Abbildung 6).

Abbildung 6



In den folgenden Tabellen 6 und 7 sind die jeweils fünf häufigsten anamnestischen und befundenen Risiken benannt, die im Mutterpass dokumentiert wurden.⁴

Das am häufigsten erfasste anamnestische Risiko laut Katalog A ist mit 1446 oder 16,9% der Fälle das Alter der Frauen über 35. Diese Rate liegt über der Rate einzelner klinischer Perinatalerhebungen, in denen "Frauen über 35 Jahren" mit einem dokumentierten Gesamtanteil von etwa 13% bis 14% angegeben sind (Perinatalerhebungen Berlin: 1999; Bremen: 1999; Rheinland: 1999).

⁴ Im Anhang auf Seite 78 und 79 befinden sich Tabellen, die Aufschluss über alle im Mutterpass dokumentierten Risiken geben.

Anzumerken ist, dass ein höheres Alter der Frauen allein kein Ausschlussgrund für eine außerklinische Geburt ist.

Zum Teil erklärt sich der größere Anteil von Frauen über 35 Jahren im außerklinischen Kollektiv mit dem größeren Anteil Mehrgebärender in Höhe von 64% (Kapitel 2.2). In klinischen Kollektiven ist der Anteil der Mehrgebärenden in der Regel geringer.

Allerdings scheint sich der seit Jahren anhaltende Trend (Vetter: 2000), die Familiengründung auf ein höheres Alter zu verschieben bei außerklinisch gebärenden Frauen ebenfalls bemerkbar zu machen. Eine Auswertung Berliner Daten der Jahre 1996 bis 1999 deutet darauf hin, dass das Alter der außerklinisch gebärenden Frauen dabei von einem insgesamt höheren Durchschnittsalter im Vergleich zu klinisch gebärenden Frauen weiter ansteigt (Neumeyer: 2000).

Neben dem Alter ist in 1138 oder 13,3% der Fälle die Allergie als zweithäufigster Befund dokumentiert.

Tabelle 6
Schwangerschaftsbefunde lt. Katalog A

Schwangerschaftsrisiken	Anzahl	Gesamt-%
A14 Schwangere >35 Jahre	1446	16,9%
A04 Allergie	1138	13,3%
A01 Fam. Belastung	592	6,9%
A02 Anamn. Erkrankung	419	4,9%
A19 Zustand n. >=2 AbortenAbbr.	370	4,3%

Tabelle 7 führt die fünf am häufigsten dokumentierten Befunde laut Katalog B in der Schwangerschaft an. Dazu gehören vorzeitige Wehen in 179 oder 2,1% der Fälle, Blutung vor der 28. Woche in 86 der 1% der Fälle, die isthmozervikale Insuffizienz in 60 oder 0,8% oder die Terminunklarheit in 65 oder 0,8% der Fälle.

Neben einer insgesamt geringen Auftretenshäufigkeit stehen die erfassten Risiken einem normalen Geburtsverlauf nach Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche nicht entgegen.

Tabelle 7
Schwangerschaftsbefunde lt. Katalog B

Schwangerschaftsrisiken	Anzahl	Gesamt-%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	179	2,1%
B32 Blutungen < 28 SSW	86	1,0%
B52 And.Besonderheiten	83	1,0%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	60	,8%
B38 Terminunklarheit	65	,8%

2.4.3 Planung der Geburt

Eine moderne, an medizinischen Sicherheitsstandards orientierte außerklinische Geburtshilfe setzt eine in der Schwangerschaft beginnende Betreuung und Planung durch die außerklinisch tätigen Hebammen und die beteiligten Frauen und Familien voraus (siehe Kapitel 2.4.1).

In diesem Kontext steht die diesem Abschnitt zugrundeliegende Auswertung der Merkmale zu den dokumentierten geplanten und tatsächlichen Geburtsorten. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den 167 oder 1,9% der Fälle, die als Klinikgeburt geplant und dennoch außerklinisch stattgefunden haben (siehe Tabelle Seite 57).

Von diesen 167 als Klinikgeburt geplanten Geburten fanden 135 zu Hause statt. Möglicherweise sind die Frauen von schnellen Geburtsverläufen zu Hause überrascht worden. Denkbar ist auch, dass Frauen entgegen der Planung und der Absprache mit der Hebamme eine außerklinische Geburt angestrebt haben. Weitere 18 als Klinikgeburt geplante Geburten fanden in Geburtshäusern, vier in Entbindungsheimen und 10 in Praxen statt. In diesen Fällen ist vorstellbar, dass sich Frauen erst während der Geburt, jedoch mit Zustimmung der Hebamme, für eine außerklinische Geburt entschieden haben.

Festzuhalten ist, dass nur ein geringer Teil der dokumentierten Geburten in Höhe von 1,9% nach der vorliegenden Auswertung **ungeplant** als außerklinische Geburt stattfindet. Die kommenden Auswertungen werden zeigen, ob diese Rate konstant bleibt. Gleichzeitig sollte den geburtshilflichen Ergebnissen dieser Fälle künftig Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Nicht zuletzt weisen die Ergebnisse, die im Umkehrschluss eine Rate von etwa 98% geplanten außerklinischen Geburten anzeigen, die "Planung" als ein wesentliches Merkmal der außerklinischen Geburtshilfe aus. Dies umschließt das Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Geburtsorte vor dem Hintergrund medizinischer Befunde und psychosozialer Befindlichkeiten der betreuten Frauen und Familien.

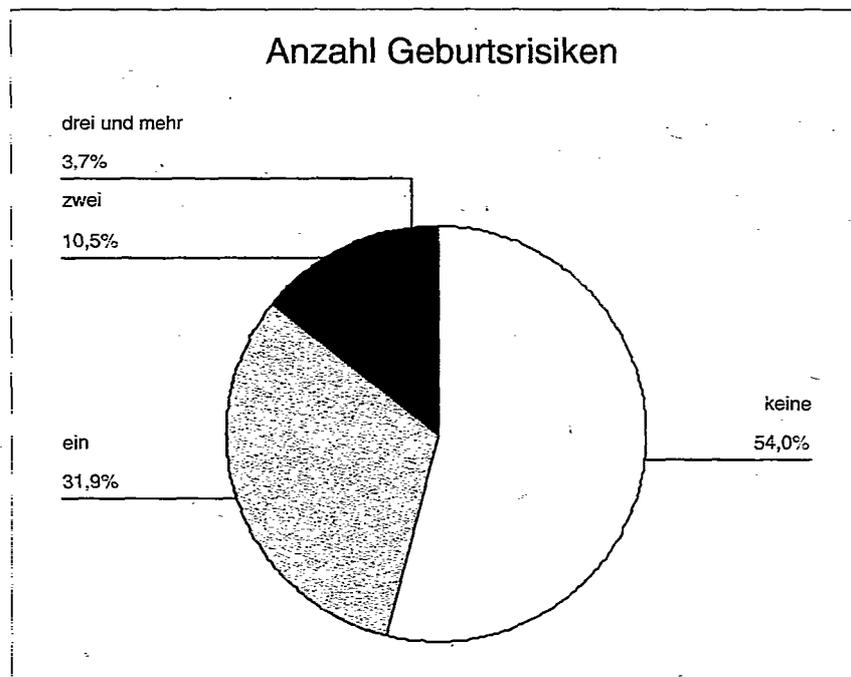
2.5 Betreuung der Geburt

2.5.1 Dokumentierte Geburtsrisiken

Der außerklinische Dokumentationsbogen enthält einen Merkmalskatalog, in dem auftretende Geburtsrisiken gemäß dem allgemein gültigen Risikokatalog für Gynäkologen, Geburtshelfer und Hebammen eingetragen werden.

In 31,9% der Fälle ist ein Risiko, in 10,5% zwei und in 3,7% sind drei und mehr Risiken erfasst. In 54% aller Geburtsverläufe ist kein Geburtsrisiko dokumentiert. Im Vergleich zur Klinik liegt die Rate dokumentierter Risiken in der außerklinischen Geburtshilfe damit um etwa 25% niedriger (Perinatalerhebungen Berlin und Bremen: 1999). Die geringere Rate dokumentierter Geburtsrisiken im außerklinischen Kollektiv spricht für eine wirksame Risikoauswahl durch die betreuenden Hebammen im Vorfeld der Geburt.

Abbildung 7



Die sechs häufigsten Geburtsrisiken sind: **Vorzeitiger Blasensprung** mit 1952 oder 22,8% der Fälle, gefolgt von **Überschreitung des Termins** mit 1032 oder 12,1% der Fälle, **protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode** mit 556 oder 6,5%, **Grünes Fruchtwasser** mit 331 oder 3,9% und **Zustand nach Sectio** mit 298 oder 3,5% und **pathologisches CTG** mit 249 oder 2,9% der Fälle (Tabelle 8).

Mit der Ausnahme von zwei Geburtsrisiken sind alle genannten Geburtsrisiken außerklinisch erwartungsgemäß seltener dokumentiert als klinisch. Die erste Ausnahme bildet das Geburtsrisiko

vorzeitiger Blasensprung, das mit rund 23% außerklinisch und klinisch nahezu gleich häufig verteilt auftritt (z.B. Perinatalerhebung Berlin: 1999; Bremen: 1999; Rheinische: 1999). Ebenso liegt das Risiko Überschreitung des Termins mit 12,1% in etwa in der Höhe, die auch in klinischen Perinatalerhebungen belegt ist. Beide Geburtsrisiken scheinen in der Tendenz unabhängig vom Risikostatus der betreuten Frauen aufzutreten (Tabelle 8).

Festzuhalten ist weiter, dass nicht alle unter der Geburt dokumentierten Risiken einem normalen Geburtsverlauf entgegenstehen und zu einer Verlegung führen müssen. Beispielsweise wird der vorzeitige Blasensprung erst ab einer bestimmten Dauer und/oder dem Vorliegen bestimmter klinischer Anzeichen zu einem Befund, dem in Form einer medikamentösen Wehenunterstützung und/oder anderer Maßnahmen begegnet werden sollte. So erstaunt es nicht, dass zwar 1952 vorzeitige Blasensprünge erfasst sind, davon aber nur 84 Fälle als Ursache für eine Verlegung angegeben sind (Tabelle 8).

Anders verhält es sich bei den erfassten auskultatorisch schlechten Herztönen: Rund die Hälfte der als Geburtsrisiko dokumentierten auskultatorisch schlechten Herztöne (n=249) sind als ein Hauptverlegungsgrund (n=108) angegeben. Weitere Geburtsrisiken, die zu Verlegungsgründen werden, sind der Tabelle 8 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

Tabelle 8

Geburtsrisiken lt. Katalog C und E *			Hauptverlegungsgründe					
			Transport in Ruhe od. in Not					
	Ja		Angabe fehlt		in Ruhe		als Notfall	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
C60 Vorzeitiger Blasensprung	1952	22,8	1	0,0	83	1,0	1	0,0
C61 Überschreitung des Termins	1032	12,1			2	0,0		
C62 Mißbildung	4	0,0						
C63 Frühgeburt	79	0,9			3	0,0		
C64 Mehrlingsschwangerschaft	5	0,1			1	0,0		
C65 Plazentainsuffizienz (Verdacht auf)	26	0,3			2	0,0		
C66 Gestose/Eklampsie	22	0,3			3	0,0	1	0,0
C67 RH-Inkompatibilität	25	0,3						
C68 Diabetes mellitus	7	0,1			1	0,0		
C69 Zustand nach Sectio oder and. Uterusoperationen	298	3,5			5	0,1		
C70 Plazenta praevia	1	0,0						
C71 Vorzeitige Plazentalösung	8	0,1			1	0,0	3	0,0
C72 Sonstige uterine Blutungen	17	0,2			4	0,0	1	0,0
C73 Amnion-Infektionssyndrom (Verdacht auf)	16	0,2	1	0,0	9	0,1		
C74 Fieber unter der Geburt	14	0,2			5	0,1		
C75 Mütterliche Erkrankung	21	0,2			2	0,0	1	0,0
C76 Mangelnde Kooperation d. Mutter	30	0,4			9	0,1	1	0,0
C77 Path. CTG oder ausk. schl. kindl. Herztöne	249	2,9	5	0,1	108	1,3	51	0,6
C78 Grünes Fruchtwasser	331	3,9	1	0,0	24	0,3	4	0,0
C79 Azidose während der Geburt	4	0,0						
C80 Nabelschnurvorfal	5	0,1					2	0,0
C81 Verdacht auf sonst. Nabelschnurkompl.	59	0,7	1	0,0	6	0,1	2	0,0
C82 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. EP	556	6,5	4	0,0	395	4,8	2	0,0
C83 Protrahierte Geburt / Geburtsstillstand i. d. AP	248	2,9	3	0,0	124	1,5	9	0,1
C84 Absolutes o. rel. Mißverhältnis	48	0,6			23	0,3	2	0,0
C85 Drohende / erfolgte Uterusruptur	3	0,0			1	0,0	2	0,0
C86 Querlage / Schräglage	4	0,0			2	0,0		
C87 Beckenendlage	31	0,4			8	0,1	2	0,0
C88 Hinterer Hinterhauptslage	135	1,6			3	0,0		
C89 Vorderhauptslage	60	0,7			5	0,1		
C90 Gesichtslage/Stirnlage	11	0,1			2	0,0		
C91 Tiefer Querstand	11	0,1						
C92 Hoher Gradstand	65	0,8	1	0,0	30	0,4	1	0,0
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen	54	0,6			7	0,1		
C94 Sonstiges	72	0,8			17	0,2	2	0,0
C95 HELLP								
C96 Intrauteriner Fruchttod	2	0,0						
C97 Pathologischer Dopplerbefund	1	0,0						
C98 Schulterdystokie	26	0,3						
E100 Auf Wunsch der Mutter			2	0,0	98	1,2		

* Mehrfachnennungen waren möglich

2.5.1.1 Subpartale Verlegungen, Entfernungen zur Klinik und Betreuung in der Klinik

In 1102 oder 12,9% aller begonnenen außerklinischen Geburten ist eine Verlegung während der Geburt in die Klinik erfolgt. Die Verlegungsrate liegt damit in einer in der Literatur ausgewiesenen Höhe (Rooks: 1992).

Von diesen Verlegungen finden 992 oder 92% im Rahmen einer nicht in Eile durchgeführten Fahrt statt, 87 oder 8% der Frauen werden zügig in die nächste Klinik gefahren.

Bezogen auf alle 8556 dokumentierten Geburten ist in 87 oder 1% aller begonnenen außerklinischen Geburten eine rasche Verlegung in die Klinik notwendig. Der häufigste Grund, der zu einer raschen Verlegung führt, ist das pathologische CTG (siehe Tabelle 8 auf voriger Seite).

Auf einzelne Verlegungsgründe ist im vorigen Abschnitt im Zusammenhang mit den dokumentierten Geburtsrisiken bereits hingewiesen worden. Die fünf häufigsten Gründe sind protrahierte Eröffnungsperiode (n=397), auskultatorisch schlechte Herztöne (n=159), protrahierte Austreibungsperiode (n=133), auf Wunsch der Mutter⁵ (n=98) und der vorzeitige Blasensprung (n=84) (Tabelle 8 auf voriger Seite).

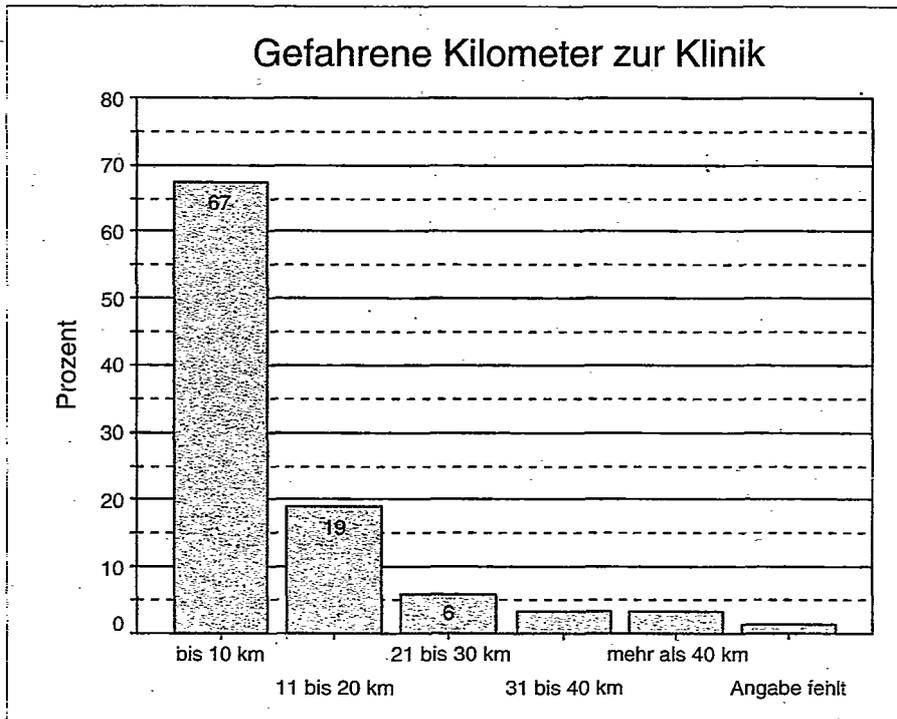
Verlegungen in der Eröffnungsperiode erfolgen demnach drei mal häufiger als Verlegungen in der Austreibungsperiode. Dies spricht für ein Risikomanagement, das darauf abzielt, möglichen Gefährdungen schon im Vorfeld zu begegnen.

Darüber hinaus sind auch sehr seltene Ereignisse wie ein Nabelschnurvorfall in zwei Fällen und eine vorzeitige Placentalösung in vier Fällen erfasst. Die Auftretenshäufigkeit dieser sehr seltenen und unvorhersehbaren Ereignisse liegt im Promillebereich. Einzelfallanalysen können zur Klärung von Vermeidbarkeitsfaktoren beitragen. Die geburtshilfliche Praxis zeigt allerdings, dass der Zufall bei diesen sehr seltenen Ereignissen eine nicht unerhebliche Rolle spielen kann und Vermeidbarkeitsfaktoren deshalb gegebenenfalls nur bedingt aufgezeigt werden können.

Im Erhebungsbogen wird die **Entfernung in Kilometern zur Klinik** erfragt. Von allen 1102 erfassten Verlegungen finden 742 (67%) im Rahmen einer Fahrt von bis zu 10 Kilometern zur nächsten Klinik statt, 209 (19%) bis zu 20 Kilometern und weitere 65 (6%) im Rahmen von bis zu 30 Kilometern. Verbleibende 86 Verlegungen (8%) haben eine weitere Anfahrt als 30 Kilometer bis zur nächsten Klinik. Vor allem in ländlichen Regionen sind Entfernungen vom Wohnort der Schwangeren von bis zu 30 Kilometern zur nächsten Klinik nicht unüblich (Abbildung 8).

⁵ Dem Risikokatalog C ist ein zusätzliches Merkmal E 100 auf Wunsch der Mutter hinzugefügt worden. Mit 98 Nennungen oder 1,2% der Fälle ist dieses Merkmal als vierthäufigster Verlegungsgrund erfasst. Eine subpartale Verlegung auf Wunsch der Mutter wird in der Regel in den Fällen dokumentiert, in denen die Frau eine medikamentöse Schmerztherapie in Form einer Periduralanästhesie wünscht. Periduralanästhesien werden in der außerklinischen Geburtshilfe nicht durchgeführt.

Abbildung 8



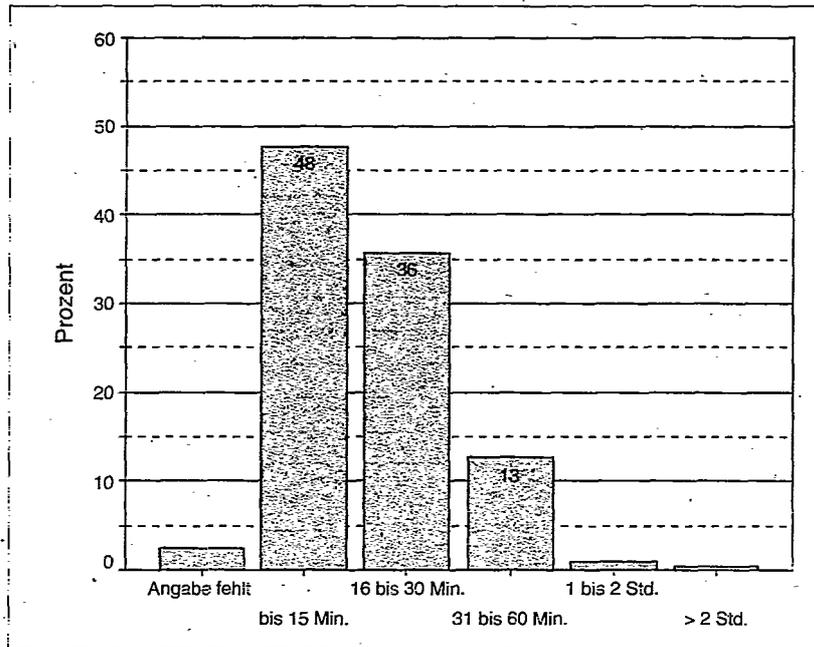
fehlende Angaben n=14 (1,3%)

Aufschlussreich ist auch die dokumentierte **Differenz zwischen Transportbeginn und Übergabe in der Klinik**. Es zeigt sich, dass Hebammen auf kurze Verlegungswege großen Wert legen. In 84% aller Fälle ist eine Verlegung in einem Zeitraum von bis zu 30 Minuten abgeschlossen gewesen.

Im Detail: Rund die Hälfte aller Transporte (48%) endeten innerhalb von 15 Minuten mit der Übergabe in der Klinik. Weitere 36% waren nach spätestens 30 Minuten abgeschlossen. 13% dauerten zwischen 31 bis 60 Minuten und in Einzelfällen war eine Dauer von ein bis zwei Stunden angegeben. Transporte, die in der Kategorie zwischen 31 und 60 Minuten und in einer weiteren Kategorie länger als eine Stunde dauern, sollten - sofern sie in akuten Verlegungssituationen nicht schneller zu überwinden sind - vor dem Hintergrund ihrer Bedingungen und Konsequenzen in den Gremien der Hebammen kritisch diskutiert werden (Abbildung 9).

Abbildung 9

Differenz zwischen Transportbeginn und Übergabe



fehlende Angaben n=27 (2,5%)

Von 1102 subpartal erfassten Verlegungen sind die Geburten in 169 oder 16,3% der Fälle von den Hebammen im Krankenhaus beendet worden, welche die Geburt außerhalb der Klinik begonnen hatten.

Tabelle 9

Geburt (in Klinik) beendet durch...

	Häufigkeit	Prozent
keine/ung. Angabe	11	1,0
...dieselbe Hebamme	169	15,3
...andere Hebamme	922	83,7
Gesamt	1102	100,0

Erfahrungen zeigen, dass es in städtischen aber auch in ausgeprägt ländlichen Regionen zunehmend üblich wird, die Tätigkeit freiberuflicher Hebammen in Klinikabläufe zu integrieren. Darüber hinaus haben positive Erfahrungen der letzten Jahre bereits zu einer in weiten Teilen angemessenen Verzahnung zwischen der außerklinischen und der klinischen Geburtshilfe beigetragen.

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass auch die Zahl klinisch beendeter Geburten durch "ein und dieselbe Hebamme" weiter zunehmen wird. In welchem Umfang werden die Ergebnisse der nächsten Jahre zeigen.

2.5.2 Geburtshilfliche Ergebnisse der Frauen, Geburtsmodi und Geburtsverletzungen

In der außerklinischen Geburtshilfe kommt eine beachtliche Zahl der Kinder spontan auf die Welt: Unabhängig davon, ob die Geburt außerklinisch oder klinisch beendet wird, liegt die Rate an spontanen Geburten bei 93%, Saugglocken oder Zangengeburt betragen 2% und Kaiserschnitte sind in 4% der Fälle durchgeführt worden (In 1% der Fälle ist keine Angabe zum Geburtsmodus dokumentiert – Tabelle 10).

Eine Berliner Studie, die zwei Geburtshauskollektive mit einem risikobereinigten Klinikkollektiv verglichen hat, weist für das Geburtshauskollektiv inklusive der subpartal erfolgten Verlegungen eine Spontangeburtensrate von 92%, eine Sectiorate von 3% und eine vaginal-operative Rate von 5% aus. In der Klinikgruppe betrug die Rate vaginal-operativer Geburten 9% und war damit signifikant höher als in der Geburtshausgruppe. Die Spontangeburtensrate im Klinikkollektiv betrug 85,5% und lag damit signifikant niedriger als im Geburtshauskollektiv. Hinsichtlich der Sectiorate zeigte sich kein signifikanter Unterschied (Kraker von Schwarzenfeld: 1998).

Es ist anzunehmen, dass die große Zahl spontan geborener Kinder in der hier vorliegenden Untersuchung und in der zitierten Berliner Studie nicht nur mit der durch die Hebammen gesteuerten Risikoauswahl im Vorfeld der Geburt zusammenhängt (vgl. Kapitel 2.4.2), sondern auch durch die in der außerklinischen Geburtshilfe üblichen 1:1 Betreuung unter der Geburt bedingt ist, die es ermöglicht, Frauen eine intensive Zuwendung und professionelle Betreuung zukommen zu lassen (Hundley: 1997; Declercq: 1995).

Tabelle 10

			Geburtsort			Gesamt
			Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
Geburtsmodus gesamt	Angabe fehlt	Anzahl	1	46	39	86
		Spalten-%	8,3%	,6%	3,5%	1,0%
	Spontan	Anzahl	8	7228	493	7729
		Spalten-%	66,7%	97,1%	44,7%	90,3%
	Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	1	139	129	269
		Spalten-%	8,3%	1,9%	11,7%	3,1%
	Vaginal-operativ	Anzahl	1	25	125	151
		Spalten-%	8,3%	,3%	11,3%	1,8%
	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl		3	26	29
		Spalten-%		,0%	2,4%	,3%
	Sectio	Anzahl	1	1	290	292
		Spalten-%	8,3%	,0%	26,3%	3,4%
	Gesamt	Anzahl	12	7442	1102	8556
		Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Geburtsverletzungen sind für 4593 oder 53,3% aller betreuter Frauen dokumentiert.

Ein Dammriss ersten Grades ist in 1733 oder 20,2% der Fälle dokumentiert, ein Dammriss zweiten Grades in 1239 oder 14,4%, ein Dammriss dritten oder vierten Grades in 74 oder 0,9% der Fälle, andere nahtpflichtige Risse sind in 851 oder 10% und Episiotomien in 696 oder 8,2% der Fälle dokumentiert.

Episiotomien werden damit in der außerklinischen Geburtshilfe selten vorgenommen. Die Rate an Dammschnitten sinkt erfahrungsgemäß mit zunehmendem Geburtenrang ab. Von 696 erfassten Episiotomien entfallen 457 oder 14,8% auf Erstgebärende, 180 oder 5,7% auf Zweitgebärende und 59 oder 2,7% auf Dritt- und Vielgebärende (Tabelle 11).

Tabelle 11

			Episiotomie		Gesamt
			Nein	Ja	
Parität	Erstgebärende	Anzahl	2627	457	3084
		Zeilen%	85,2%	14,8%	100,0%
		Spalten%	33,4%	65,3%	36,0%
		Tabellen%	30,7%	5,3%	36,0%
	Zweitgebärende	Anzahl	2975	180	3155
		Zeilen%	94,3%	5,7%	100,0%
		Spalten%	37,9%	25,7%	36,9%
		Tabellen%	34,8%	2,1%	36,9%
	Drittgebärende und mehr	Anzahl	2165	59	2224
		Zeilen%	97,3%	2,7%	100,0%
		Spalten%	27,6%	8,4%	26,0%
		Tabellen%	25,3%	,7%	26,0%
	Angabe fehlt	Anzahl	89	4	93
		Zeilen%	95,7%	4,3%	100,0%
		Spalten%	1,1%	,6%	1,1%
		Tabellen%	1,0%	,0%	1,1%
Gesamt	Anzahl	7856	700	8556	
	Zeilen%	91,8%	8,2%	100,0%	
	Spalten%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Tabellen%	91,8%	8,2%	100,0%	

Trotz einer geringeren Zahl an Dammschnitten im Vergleich mit der klinischen Geburtshilfe, liegt die Rate schwerwiegender Dammrisse dritten und vierten Grades im vorliegenden Kollektiv mit weniger als 1% nicht höher als in den Kliniken (Perinatalerhebungen Berlin und Bremen: 1999).

Eine differenzierte Analyse zeigt weiter, dass die Rate an schweren Dammrissen mit zunehmendem Geburtenrang abnimmt. 75 erfasste Dammrisse dritten und vierten Grades verteilen sich auf 45 oder 1,4% der Erstgebärenden, 21 oder 0,7% der Zweitgebärenden und 9 oder 0,4% der Dritt- und Mehrgebärenden.

Ein schwerwiegender Dammriss stellt eine Verletzung dar, der zu einem postpartalen Verlegungsgrund werden kann.

Bevor auf die dokumentierten Verlegungsgründe näher eingegangen wird, wird die Gesamtzahl einschließlich der nach der Geburt auftretenden medizinischen Befunde der Frauen im folgenden Abschnitt dargestellt. Nicht alle dokumentierten Befunde führen dabei zwangsläufig zu einer postpartalen Verlegung der Frau.

2.5.2.1 Postpartale Verlegungen der Frauen

Vor dem Hintergrund von insgesamt 441 postpartal dokumentierten Morbiditäten der Frauen, findet innerhalb eines Zeitraums von bis zu sieben Tagen nach der Geburt in 213 Fällen eine Verlegung statt. Das sind 2,5% postpartale Verlegungen bezogen auf alle dokumentierten Geburten.

197 von insgesamt 213 Verlegungen finden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes statt. Das sind 2,3% postpartale Verlegungen bezogen auf alle erfassten Geburten. In der Literatur sind Raten in Höhe von 2% bis 4% beschrieben (Kraker von Schwarzenfeld: 1998; Rooks: 1992; Waldenström: 1997, Neumeyer: 1993).

Die Tatsache, dass die überwiegende Zahl der Frauen innerhalb der ersten 24 Stunden verlegt wird, ergibt sich aus den dokumentierten Verlegungsgründen. Die häufigsten sind: Placentalösungsstörung in 80 Fällen (40,6%), gefolgt von dem Grund Nahtversorgung in 38 Fällen (19,3%), Blutung über 1000ml in 32 Fällen (16,2%) und komplizierter Geburtsverletzung in 16 Fällen (8,1%). Die verbleibenden 31 Fälle (15,8%) verteilen sich auf die Angaben Sonstiges, Wunsch der Frau und zwei fehlende Fälle (Tabelle 12).

Keine Frau ist im Zusammenhang mit der Geburt oder der frühen Wochenbettzeit verstorben.

Tabelle 12

Verlegungsgrund der Mutter p.p.		Mutter verlegt innerhalb von...			Gesamt
		Angabe fehlt	24 Stunden	7 Tagen	
E100 Auf Wunsch der Mutter	Anzahl	1	9		10
	Zeilen%	10,0%	90,0%		100,0%
	Spalten%	20,0%	4,6%		4,7%
E101 Blutungen >1000ml	Anzahl		32		32
	Zeilen%		100,0%		100,0%
	Spalten%		16,2%		15,0%
E102 Placentalösungsstörungen/ unvollst. Placenta	Anzahl		80		80
	Zeilen%		100,0%		100,0%
	Spalten%		40,6%		37,6%
E103 Komplizierte Geburtsverletzungen	Anzahl	1	16	1	18
	Zeilen%	5,6%	88,9%	5,6%	100,0%
	Spalten%	20,0%	8,1%	9,1%	8,5%
E104 Nahtversorgung von Episiotomie/Dammrissen	Anzahl	2	38	2	42
	Zeilen%	4,8%	90,5%	4,8%	100,0%
	Spalten%	40,0%	19,3%	18,2%	19,7%
E105 Sonstiges	Anzahl		20	7	27
	Zeilen%		74,1%	25,9%	100,0%
	Spalten%		10,2%	63,6%	12,7%
Angabe fehlt	Anzahl	1	2	1	4
	Zeilen%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Spalten%	20,0%	1,0%	9,1%	1,9%
Anzahl		5	197	11	213
Zeilen%		2,3%	92,5%	5,2%	100,0%
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.5.3 Geburtshilfliche Ergebnisse der Kinder

In diesem Abschnitt wird auf den Vitalitätszustand der Kinder, einschließlich der perinatal verstorbenen Kinder eingegangen.

Es werden die Apgar-Werte aller dokumentierten Kinder (n=8556) - unabhängig davon, ob sie außerklinisch oder klinisch geboren wurden - nach 1 Minute, nach 5 Minuten und nach 10 Minuten dargestellt.

Tabelle 13 zeigt, dass 95,7% der Kinder nach einer Minute einen Apgar-Wert zwischen sieben und zehn haben und damit in einem lebensfrischen Zustand sind; nach fünf Minuten sind es 98,6% und nach zehn Minuten 99% der Kinder.

2,4% der Kinder haben nach einer Minute einen Apgar von unter sieben, nach fünf Minuten sind es noch 0,4% der Kinder und nach 10 Minuten sind es 0,2% der Kinder, die einen Apgar-Wert von unter sieben haben. Die Beschreibung des Vitalitätszustands der Kinder nach dem Apgar-Schema im Detail geht aus der folgenden Tabelle 13 hervor.

Tabelle 13

Apgar-Werte der Kinder

Apgar	1 Minute		5 Minuten		10 Minuten	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0	6	0,1	4	0,0	4	0,0
1 – 2	13	0,2	3	0,0	2	0,0
3 – 4	45	0,5	15	0,2	5	0,1
5 – 6	135	1,6	21	0,2	8	0,1
7 – 8	1213	14,2	233	2,7	68	0,8
9 – 10	6973	81,5	8201	95,9	8404	98,2
keine Angabe	171	2,0	79	0,9	65	0,8
Gesamt	8556	100	8556	100	8556	100

Von 8556 erfassten Geburten sind 14 Kinder oder 0,2% perinatal verstorben. Zwei Kinder sind antepartal, zwei Kinder subpartal und 10 Kinder postpartal verstorben. Sechs dieser Kinder sind an angeborenen Fehlbildungen verstorben. Einzelfallanalysen werden zu einer weiteren Klärung der Todesfälle beitragen und je nach Verlauf mögliche Vermeidbarkeitsfaktoren aufzeigen.

2.5.3.1 Postpartale Verlegungen der Kinder

Für einen kleinen Teil der Kinder, die nach einer weitgehend normal verlaufenden Schwangerschaft geboren werden, wird – unabhängig davon ob sie klinisch oder außerklinisch zur Welt kommen - eine Verlegung in eine Kinderklinik notwendig.

In dem hier vorliegenden Kollektiv werden innerhalb der ersten sieben Lebenstage 233 oder 2,7% aller Kinder in die Kinderklinik verlegt. Innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt sind es 147 oder 1,7% der Kinder (s. Tabelle auf Seite 100).

Die bereits angeführte Berliner Studie, die zwei Geburtshauskollektive mit einem risikobereinigten Klinikkollektiv verglichen hat, kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Häufigkeit der Verlegungen der Kinder in beiden Kollektiven innerhalb von 12 Stunden nach der Geburt nicht unterscheidet. Die Verlegungsrate aus Geburtshäusern betrug 2,6%, die aus den Berliner Kliniken 2,1%. Einzelne Verlegungsgründe waren unterschiedlich häufig benannt: Der Verlegungsgrund Asphyxie war häufiger für das Klinikkollektiv, die Gründe Atemstörungen und zur Beobachtung häufiger in der Geburtshausgruppe genannt (Kraker von Schwarzenfeld: 1998).

Eine andere Berliner Studie beschreibt 2,2% Verlegungen von Kindern innerhalb von 24 Stunden in der außerklinischen Geburtshilfe für Berlin (Neumeyer: 1993).

Die hier vorliegenden Ergebnisse belegen 382 erfasste Morbiditäten der Kinder und 294 Verlegungsgründe nach der Geburt (Tabelle 14).

Die vier häufigsten Verlegungsgründe innerhalb der ersten sieben Lebenstage sind: Atemstörungen (n=53), Asphyxie (n=40) gefolgt von zur Beobachtung (n=47) und Ikterus (n=30). Weitere Verlegungsgründe gehen aus der abschließenden Tabelle 14 hervor.

Die hier dokumentierte Verlegungsrate in Höhe von 1,7% der Kinder innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt, fällt im Vergleich mit den oben belegten Raten zweier regional auf Berlin begrenzter Studien in Höhe von 2,6% bzw. 2,1% und 2,2% innerhalb der ersten 12 bzw. 24 Stunden nach der Geburt geringer aus.

Tabelle 14

Morbiditäten und Verlegungsgründe der Kinder innerhalb der ersten sieben Lebenstage

	Morbidität		Verlegungsgrund	
	Anzahl	%	Anzahl	%
D01 Unreife/Mangelgeburt	52	0,6	9	0,1
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	82	1,0	40	0,5
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	25	0,3	23	0,3
D04 andere Atemstörungen	64	0,7	53	0,6
D05 Schockzustand	4	0,0	3	0,0
D06 Ikterus	7	0,1	30	0,4
D07 Hämolyt. Krankheit	1	0,0	3	0,0
D08 Hämatolog. Störung.			1	0,0
D09 Stoffwechselstörung	4	0,0	10	0,1
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte	1	0,0	4	0,0
D11 Schilddrüsenstörungen				
D12 Blutungskrankheiten				
D13 intrakranielle Blutungen	1	0,0	1	0,0
D14 Krämpfe, Encephalopathie			7	0,1
D15 gastrointest. Störungen	3	0,0	5	0,1
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	11	0,1	1	0,0
D17 generalisierte Infektion	4	0,0	15	0,2
D18 umschriebene Infektion	2	0,0	4	0,0
D19 Zur Beobachtung	50	0,6	47	0,5
D20 Sonstiges	21	0,2	15	0,2
D25 Chromosomenanomalie	10	0,1	4	0,0
D26 and. multiple Mißbildungen	4	0,0		
D27 Anecephalus				
D28 Neuralrohrdefekt				
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie			1	0,0
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals	1	0,0	1	0,0
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	6	0,1	5	0,1
D32 Anomalie Respirationstrakt				
D33 Gaumen- und Lippspalten	5	0,1	2	0,0
D34 Anomalie Ösophagus/Magen	1	0,0	1	0,0
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	1	0,0	2	0,0
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra	1	0,0		
D37 Anomalie Genitalorgane	2	0,0	1	0,0
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	6	0,1	4	0,0
D39 Zwerchfellmißbildung				
D40 Gastroschisis/Omphalozele				
D41 Anomalie Körperdecke	3	0,0		
D42 Hernien	2	0,0		
D43 biomechanische Verformung	1	0,0		
D44 andere Anomalie	7	0,1	2	0,0

(Mehrfachnennungen waren möglich)

3 Abschließende Bemerkung

Die Ergebnisse über den gesundheitlichen Zustand von 8556 außerklinisch betreuten Frauen und Kindern, die an Hand der Geburtsmodi, der Geburtsverletzungen, der Verlegungsraten und der Verlegungsgründe, der Apgar-Werte und der Rate perinatal verstorbener Kinder dargestellt wurden, belegen ein normales Outcome und eine hohe Ergebnisqualität der geleisteten Geburtshilfe durch die an der Dokumentation beteiligten Hebammen und Einrichtungen.

Andere in Kapitel vier dargestellte Indikatoren der Kinder, dazu gehören erforderliche Reanimationsmaßnahmen, die Tragzeit der Kinder in Wochen oder das Geburtsgewicht der Kinder, runden diese Aussage vor dem Hintergrund eines zuverlässigen Managements ab.

Auf der Basis von Vergleichen mit risikobereinigten Klinikkollektiven könnte eine weitergehende Beurteilung der Morbiditäts- und Mortalitätskriterien erfolgen. Im Rahmen einer Berliner Studie über Geburtshäuser ist dies bereits einmal geschehen (Kraker von Scharzenfeld: 1998), eine bundesweite Studie wird gerade realisiert (Werth: 2000).

Es gibt einige kritisch anzumerkende Ergebnisse, diese beziehen sich auf die dokumentierten Mehrlingsgeburten und auf einen kleinen Teil der dokumentierten und verlegten Geburten und deren Transportdauern und Entfernungen zur nächsten Klinik. Diese Ergebnisse werden in den Gremien der Hebammen aufgegriffen und im Hinblick auf ihre Bedingungen und Konsequenzen diskutiert werden.

Die geburtshilflichen Ergebnisse der außerklinischen Geburtshilfe stehen im Kontext einer bereits in der Schwangerschaft beginnenden Betreuung. Neben der etablierten Vorsorgeuntersuchung durch Ärzte und Ärztinnen kommt der Versorgung durch Hebammen eine eigene Bedeutung zu.

Indem der Dokumentationsband Ergebnisse zur Betreuung durch Hebammen in der Schwangerschaft präsentiert, wird ein Einblick in ein weiteres Teilsegment der Versorgung vermittelt, über das es bisher in Deutschland kaum Angaben, noch Studien gibt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Vorsorge und Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft entwickelt ist und die Beurteilung und die Kontrolle der Risiken effektiv ist.

Internationale Untersuchungen belegen, dass die Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft ihrer Struktur und ihrem Inhalt nach die Bedürfnisse von schwangeren Frauen wirksam und angemessen erfüllt (Turnbell: 1996; Hundley: 1997, McCourt: 1998). Dies trifft insbesondere auf den Bedarf an Information und persönlicher Zuwendung zu. Die hier vorliegenden Ergebnisse bieten die Chance, Schwachstellen des medizinisch orientierten Vorsorgeprogramms auch in Deutschland zu diskutieren und durch eine Integration von medizinischen und psychosozialen Inhalten zu erneuern.

4 Darstellung der Ziele und Thesen durch die Hebammenverbände

4.1 Die Dokumentation untermauert die Eigenverantwortung unserer Berufsgruppe

4.1.1 Verfahrensorganisation

Die Hebammenverbände haben in den letzten zwei Jahren ein Verfahren zur Auswertung der außerklinischen Geburten geschaffen, die wir zu Beginn kurz erläutern möchten. Die Hebammenverbände BDH (Bund Deutscher Hebammen e.V.) und BfHD (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.) haben die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ (QUAG e.V.) gemeinsam gegründet und von 1996 bis 1998 nach zwei Vorlaufstudien die Voraussetzungen für die Dauererhebung von Daten außerklinischer Geburten geschaffen. Durch eine enge Zusammenarbeit beider Hebammenverbände in QUAG e.V. wird es eine ständige Verbesserung der Verfahrensabläufe geben.

Die QUAG e.V. (siehe auch Verfahrensaufbau Seite 4ff.) regt in den Hebammenverbänden zur Teilnahme an der Dokumentation an und ist Sammelstelle für alle Anfragen, leistet Verwaltungsarbeit, ist Koordinationsstelle für die weitere Erhebung, leistet Öffentlichkeitsarbeit, nimmt aktiv an der Diskussion um außerklinische Geburten teil und nimmt dafür die Ergebnisse der Vorlaufstudien, in Zukunft auch die Ergebnisse der fest installierten Erhebung zu Hilfe.

Ab Herbst 2001 möchte der Verein den wissenschaftlichen interdisziplinären Beirat beleben, in den Hebammen, Ärzte, Sozialwissenschaftler, Eltern und andere an dem Verfahren Interessierte berufen werden können.

Die QUAG e.V. stimmt gemeinsam mit den beauftragten Hebammen der Länder (= Landeskoordinatorinnen / LK) die anstehenden Fragen zum Ablauf der Auswertung ab und bezieht sie eng in Entscheidungen ein, die auf Bundesebene und für die Öffentlichkeitsarbeit getroffen werden müssen. Die Landeskoordinatorinnen sind die vermittelnde Instanz zwischen dem Auswertungsinstitut, den an der Erhebung teilnehmenden Hebammen und Geburtshäusern und der QUAG e.V. Sie senden auf Anfrage Dokumentationsbelege an die Hebammen, verteilen Institutionsnummern, sammeln ausgefüllte Belege, senden sie zur Auswertung weiter, geben fehlerhafte Belege zur Korrektur an die Hebamme zurück und betreuen die Hebammen und Geburtshäuser bei Anfragen zum Verfahren.

Das von QUAG e.V. beauftragte Auswertungsinstitut (z.Zt. Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen = ZQ in Hannover) leistet neben der Datenverarbeitung (Erfassung, Plausibilitätsprüfung, Korrekturverfahren und Auswertung) auch die methodische – wissenschaftliche Betreuung. Die Datenhoheit liegt bei den Hebammenverbänden.

Auf Grund unterschiedlicher Ausfüllroutinen der Hebammen kommt es zur Zeit noch zu einer unregelmäßigen Übermittlung der Dokumentationsbelege an die LK. Die zum Teil großen Zeitdifferenzen zwischen Dokumentation einer Geburt und Einsendung des Beleges werden ständig verringert. Ziel ist also ein zeitnahes Ausfüllen und Rücksenden - längstens nach vier bis sechs Wochen p.p. an die LK. Nur dadurch wird eine schnelle Lieferung der Ergebnisse möglich, die dann in die tägliche Arbeit einfließen können.

Da die Arbeit der Landeskoordinatorinnen ehrenamtlich erfolgt, kommt es neben ihrer eigentlichen Arbeit als Hebamme vor, dass die organisatorische Arbeit für das Verfahren zurückgestellt wird. Die wichtigste Aufgabe ist, eine Routine in den Ablauf zu bekommen und dafür praktikierbare Wege zu finden. Dies kann z.B. über die Bezahlung der Arbeit für das Verfahren erfolgen.

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

Jede teilnehmende Hebamme und jedes teilnehmende Geburtshaus erhält die Gesamtergebnisse der Auswertung. Zeitgleich mit dieser Arbeit soll im nächsten Jahr den Geburtshäusern und den Landeshebammenverbänden eine Einzelauswertung ihrer Institution oder ihres Bundeslandes zur Verfügung gestellt werden. Mit den Daten von 2000 soll Geburtshäusern mit einer Geburtenzahl über 50 pro Jahr eine Einzelstatistik zur Verfügung gestellt werden. Die finanziellen Möglichkeiten wurden geprüft. Die Länderauswertung kann über QUAG e.V. getragen werden, die Geburtshausauswertungen müssen für ca. 100,- bis 250,- DM (je nach Geburtenzahl) von den Einrichtungen selbst finanziert werden. Die Ergebnisse hieraus können für Fallbesprechungen dienen, für die Organisationsverbesserung bestimmter Abläufe (z.B. Verlegungen), für die Darstellung der Einrichtung vor Eltern und in der Öffentlichkeit, für Verhandlungen mit Krankenkassen usw.

Damit verbunden versuchen die Hebammenverbände in den Bundesländern regionale Treffen einzurichten (Qualitätszirkel – näheres siehe unten), die regelmäßig stattfinden sollen. Hier spielt der Austausch über die Arbeit vorerst die wichtigste Rolle. Zentrales Thema bei diesen Treffen werden die Ergebnisse der Erhebung sein und damit verbunden die Qualitätsverbesserung bzw. Qualitätssicherung bei Haus – und Geburtshausgeburten. Die Einrichtung der Qualitätszirkel in den Bundesländern wird für die Landeskoordinatorinnen in den nächsten Jahren viel Arbeit bedeuten. Wir versprechen uns für die Zukunft eine rege Teilnahme an diesen regionalen Treffen, da gleichzeitig eine Fortbildung für die Kolleginnen angeboten wird und nicht nur die guten Ergebnisse der Erhebung vorgestellt und diskutiert werden.

4.1.2 Ziele und Thesen

Die Erfassung möglichst aller geplanten außerklinischen Geburten steht an erster Stelle. Darüber hinaus haben wir in dem Verfahren „Qualitätsmanagement in der außerklinischen Geburtshilfe“ folgende Ziele und Thesen aufgestellt, die wir mit den in dieser Statistik dargestellten Ergebnissen belegen wollen.

Die Dokumentation der außerklinischen Geburten

- untermauert die Eigenverantwortung unserer Berufsgruppe
- verbessert die Chance der Frauen auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung
- verbessert die Chance auf ein positives „Fetal Outcome“ durch ein individuelles Zeitmanagement
- dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur
- belegt eine differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt
- belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung

Wir möchten mit den Ergebnissen

- die Kompetenz von schwangeren Frauen und Hebammen aufzeigen
- die Hebammengeburtshilfe sichern und erweitern
- zeigen, dass die Betreuung Schwangerer und Gebärender durch Hebammen eine Selbstverständlichkeit in unserer Gesellschaft ist
- in einen interdisziplinären Dialog treten, in den auch Eltern einbezogen werden

4.1.3 Vollzähligkeit

Im Rahmen des Qualitätsmanagement-Projektes ist das angestrebte, langfristige Ziel die vollzählige Erfassung der Grundgesamtheit. Der Anspruch der Vollzähligkeit entspringt der gängigen Kritik an der außerklinischen Geburtshilfe, dass nur die Qualität *der* außerklinischen Geburten gemessen und dementsprechend zitiert wird, die einen positiven Verlauf genommen haben. Wohingegen sich unter den nicht dokumentierten Geburten ein Anteil derer befinden könnte, die einen negativen Verlauf genommen haben.

Aus verschiedenen Gründen ist es nicht möglich, eine endgültige Aussage über die Größe der Grundgesamtheit zu treffen. Die Gründe sind folgende:

- Es gibt in Deutschland ca. 15.000 Hebammen, von denen der größte Anteil angestellte Hebammen in Kliniken sind. Davon sind zur Zeit rund 13.000 im BDH und 780 im BfHD organisiert. Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband ist keine Pflicht. Zur Zeit gibt es innerhalb der Verbände keine zuverlässigen Zahlen über Berufsausübung von Hebammen die Hausgeburtshilfe leisten oder wie viele Hebammen derzeit in Geburtshäusern arbeiten oder dort angestellt sind. Wir werden mit QUAG e.V. in den nächsten Jahren eine genauere Zahl von Hebammen in der Hausgeburtshilfe und in Geburtshäusern erhalten, da diese Kolleginnen ohne extra Mitgliedsbeitrag in den Verein QUAG e.V. eintreten können. Zur Zeit sind bereits 314 Hebammen Mitglied.

- Die Hebammen in Deutschland sind gemäß ihrer Berufsordnung zwar verpflichtet, sich mit ihrer freiberuflichen Arbeit beim Gesundheitsamt oder dem Amtsarzt ihres Wohnkreises zu melden, aber es entzieht sich unserer Kenntnis, ob dies auch immer geschieht. So gelingt es auch über statistische Bundeserhebungen nicht, korrekte Angaben zu finden, weil freiberufliche Hebammen in den statistischen Jahrbüchern seit 1987 nicht mehr aufgeführt werden, da es seit dieser Zeit zur Ausübung freiberuflicher Hebammenarbeit keiner Niederlassungserlaubnis mehr bedarf und die rechtlichen Grundlagen für diese Zählung fehlen. Hier werden die Hebammenverbände in naher Zukunft Aktionen starten, um die Situation der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Amtsärzten zu verbessern. In Hessen wurden bereits erste Schritte unternommen. Ein Konzept wurde hier auf der jährlich stattfindenden Amtsärztesitzung vorgestellt und von vielen Seiten sehr begrüßt. Dieses Konzept weiter zu beleben hat in einigen Bundesländern begonnen.
- Auf der Grundlage des Hebammengesetzes und den Berufsordnungen der Länder, in denen Hebammen zur Dokumentation ihrer Arbeit verpflichtet sind, hat sich die Möglichkeit der Erfassung der außerklinischen Geburten ergeben. Ein möglicher Weg, die außerklinischen Geburten vollständig zu erheben, ist, die Qualitätssicherung in diesem Bereich als Ergänzung in die Berufsordnungen der Länder aufzunehmen (wurde in Schleswig – Holstein, Mecklenburg – Vorpommern, Bayern und NS bereits in die BO aufgenommen). Hier bedarf es immer der Einigung der Berufsverbände, um ein einheitliches Prozedere im Land umzusetzen. Andererseits gibt es die Aussage vom Landesministerium Hessen, dass nicht noch mehr Vorschriften geschaffen werden sollen und dass eine 70 %-ige Teilnahme auf freiwilliger Basis eine sehr gute Beteiligung ist und es fraglich sei, ob durch Vorschriften eine höhere Teilnahme erreicht werden kann.
- Eine Chance, die tatsächlich statt gefundenen Geburten außerhalb einer Klinik zu erhalten, liegt eventuell bei den Standesämtern. Früher musste die Hebamme eine außerklinische Geburt mit einer Geburtenmeldung beim jeweiligen Standesamt abgeben. Diese Anmeldeprozedur liegt jetzt bei den Eltern. Momentan erhalten die Standesämter zwar bei der Geburtenmeldung die Information über den tatsächlichen Geburtsort (Klinikadresse, Geburtshausadresse, Hebammen- oder Arztpraxisadresse, Anschrift der Frau,...), diese wird dann aber später im Rahmen des Datenschutzes wieder gelöscht. Wenn die obengenannten Angaben in Zukunft kategorisiert erfasst werden könnten, gäbe es eine korrekte Zahl der außerklinischen Geburten.
- Eine andere Möglichkeit zur Überprüfung der annähernden Vollständigkeit findet sich über den Umweg von Daten aus dem statistischen Bundesamt. Hier werden alle Geburten in Deutschland (Geburtenstatistik) separat zu allen Geburten in Krankenhäusern (Krankenhausstatistik) erhoben. Wir haben aus diesen Zahlen eine Differenz ermittelt. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass diese Geburten außerklinisch stattgefunden haben. Natürlich können wir nichts über den genauen Ort der Geburten sagen – Geburtshausgeburt, Praxisgeburt, Hausgeburt / geplant , ungeplant – alles ist möglich.

In der folgenden Tabelle sind die Differenzen einmal dargestellt.

Jahr	Geburten in Deutschland	Davon in Krankenhäusern	Differenz außerklinische Geburten	tatsächlich erfasste außerklinische Geburtshilfe (inkl. Verlegungen)	Und davon tatsächlich außerklinisch entbunden
1995	768 626	760091	8535 = 1,11 %		
1996	799586	790830	8756 = 1,09 %		
1997	815683	807904	7779 = 0,95 %		
1998	788224	779358	8866 = 1,12 %		
1999	773862	763669	10193 = 1,32 %	8499 = 83,3 %	7442 = 73,0 %

- Da wir in 12 Monaten 1996 / 97 insgesamt 4820 außerklinisch geplante Geburten erhoben haben, von denen 4257 tatsächlich außerklinisch beendet wurden, liegt die Vollständigkeit für diese erste Vorlaufstudie anhand der Zahlen bei ca. 55 %. Für die zweite Vorlaufstudie über 1½ Jahre in 1997 / 98 wurden insgesamt 8294 Geburten erhoben, von denen 7255 tatsächlich außerklinisch beendet wurden, dies entspricht einer Beteiligung von ca. 62%. Im Land Niedersachsen wurden vom 1.07.96 bis 31.12.98 rund 2650 außerklinische Geburten erhoben. Rechnen wir diese Geburten zu den anderen, so wurden ca. 68% aller außerklinischen Geburten erfasst. Für 1999 bedeutet die Zahl der Differenz zwischen Klinikgeburten und allen Geburten in Deutschland von 10193 Geburten, dass wir mit 8499 dokumentierten Fällen in außerklinischer Geburtshilfe (inkl. in eine Klinik weitergeleiteter Geburten) und tatsächlich 7442 stattgefundenen außerklinischen Geburten 73 % erfasst haben.

Wir können eine kontinuierliche Zunahme der Beteiligung von Hebammen an der Erhebung erkennen. In nur vier Jahren stieg die Teilnahme an dem Verfahren von 60% auf ca. 80%. Das lässt erkennen, Hebammen gehen diesen Weg der Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe mit und es vollzieht sich eine stete Annäherung an die vollständige Erhebung.

Ungeplante außerklinische Geburten, die z.B. mit einem Rettungswagen in eine Klinik verlegt werden, entziehen sich jedoch dieser Erhebung, da hier keine Hebammen beteiligt sind. Wir schätzen diese Zahl auf ca. 500 Geburten bundesweit.

Gegenüber den nicht teilnehmenden Hebammen gilt es vermehrt Aufklärungsarbeit zu leisten und die unbegründeten Ängste von Kontrolle abzubauen. Die ersten Ergebnisse der Vorlaufstudien haben dazu einen wesentlichen Beitrag geleistet, wie die stetige Zunahme belegt. In der ersten Phase (01.07.96 – 30.06.97) nahmen bereits 233 Hebammen und 31 Geburtshäuser teil. In Phase zwei (01.07.97 – 31.12.98) waren es 325 Hebammen und 45 Geburtshäuser. Die Hebammen für die Teilnahme an der Erhebung zu motivieren, um damit ihre Eigenverantwortung und Kompetenz zu verdeutlichen, ist eine unserer Aufgaben.

Die Hebammen und Geburtshäuser, die bisher an der Datenerhebung teilnehmen, lieferten vollständig ausgefüllte Bögen. Die Vollständigkeit wurde an Hand der laufenden Geburtennummer überprüft und fehlerhaft ausgefüllte Bögen gingen mit einer Testphase – Plausibilitätsprüfung - seit 01.07.98 zur Korrektur an die Hebamme oder das Geburtshaus zurück. Dieses Verfahren wurde sehr gut angenommen.

Seit dem 01.01.99 haben wir den einseitigen Bogen als Instrument der Qualitätssicherung eingeführt, eine Plausibilitätsprüfung sowie notwendige Korrekturschleifen wurden fest installiert.

4.1.4 Veröffentlichung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Nutzen für die Öffentlichkeit

Das im Vorfeld erläuterte Qualitätssicherungsverfahren in der außerklinischen Geburtshilfe trägt als ein wesentlicher Bestandteil zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind bei. Die Veröffentlichungen zu diesem Thema werden einen Teil von Betreuung darstellen, die am Normalen, Gesunden ansetzt und damit auf Dauer zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beiträgt.

Die Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse soll auf folgenden Wegen erfolgen :

1. Erstellung eines Datenbandes über die außerklinischen Geburten innerhalb eines Jahres im jeweils folgenden Kalenderjahr.
2. Verteilung des Datenbandes an Ministerien, Krankenkassen, Familien, Hebammen, Geburtshäuser, Ärzte und andere Institutionen.
3. Vorträge auf Kongressen und beruflichen Fortbildungen.
4. Vergleich von Daten mit angeglichenen Kollektiven aus der Perinatalerhebung auf Länderebene.
5. Darstellung auf den Internetseiten der Berufsverbände ev. ab 2002.

Die Öffentlichkeit profitiert von dieser Arbeit in mehrere Hinsicht.

Mit Hilfe der Veröffentlichung möchten wir die Diskussion um außerklinische Geburten versachlichen und ein von Frauen erfragtes Angebot nachhaltig und in guter Qualität etablieren.

Mit der Veröffentlichung können sich Eltern besser ein Bild von den Abläufen bei außerklinischen Geburten machen und erhalten mit dieser eine Entscheidungsgrundlage. Mit Hilfe der Zahlen und mit der Nennung von belegten Vor – und Nachteilen möchten wir die zur Zeit eher subjektive Beratung der Schwangeren zu diesem Thema in eine objektive Beratung führen, denn eine optimale Aufklärung in der Schwangerschaft über die verschiedenen Wege von Geburt ergibt eine optimale Betreuung unter der Geburt und Wohlbefinden für die Frau.

Des weiteren sollen die Ergebnisse darstellen, dass bei einer guten Schwangerschaftsbetreuung und bei einer guten Planung der außerklinischen Geburt keine erhöhten Risiken für Mutter und Kind bestehen. Ein Hilfsmittel ist die Schrift der Hebammenverbände „Hebammengeleitete Geburtshilfe – Kriterien für die Auswahl des Geburtsortes“.

Den Krankenkassen können diese Zahlen zeigen, dass es bei physiologischen Geburten eine Alternative zur Klinikgeburt gibt. Im Rahmen der ambulanten Betreuungsformen und der Kosten-

begrenzung im Gesundheitswesen wird seit Mitte der 90er Jahre von den Krankenkassen auch die Betreuung der Gebärenden näher betrachtet und hinterfragt; ob wirklich alle Möglichkeiten der Kostensenkung ausgeschöpft sind. Eine vergleichende Untersuchung (durch das „Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland“) hat die kostengünstigere Hebammenbetreuung deutlich gemacht. Förderung des Gesunden und Normalen in Schwangerschaft und Geburt ist dabei ein wichtiges Anliegen der Hebammen. Wir wollen damit nicht die erreichten Standards der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe in Frage stellen, sondern möchten dem Wunsch nach einer außerklinischen Geburt und der psychosozialen Betreuung einer Schwangeren, die in diesem Zusammenhang oft stattfindet, mehr Bedeutung beimessen und die Betreuungsqualität in Schwangerschaft und Geburt anhand der erreichten Ergebnisse belegen.

Den Hebammen wird mit dieser Art der Qualitätssicherung und den daraus resultierenden Ergebnissen ihr hohes Maß an Verantwortung und an guter Betreuung verdeutlicht. Die Daten dienen der Reflexion der täglichen Arbeit der Hebammen, sie können mit diesen Daten Schwachstellen ausschalten und Sicherheit für ihre tägliche Arbeit gewinnen. Diese Sicherheit können sie dann wieder bei der Betreuung von Mutter und Kind einbringen.

4.1.5 Qualitätszirkel

Ein Qualitätszirkel ist ein Zusammenschluss von Expertinnen, die in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln in bezug auf ein gewähltes Thema kritisch unter die Lupe nehmen, entsprechende Verbesserungsvorschläge diskutieren und versuchen, ihr Verhalten dahingehend zu verändern. Wesentliche Prinzipien der Arbeit sind Kontinuität, Zielgerichtetheit, Systematik und Erfahrungsbezug.

Für die Hebammen gibt es Qualitätszirkel bisher noch recht vereinzelt als regionale Treffen, in denen sich Hausgeburts- und Geburtshaushebammen über ihre Arbeit und Erfahrungen austauschen, die Ergebnisse der Erhebung diskutieren, über problematische Verläufe sprechen oder den Vertretungs- / Urlaubsplan aufstellen. In den folgenden Bundesländern insbesondere in Niedersachsen, Hessen, Schleswig-Holstein, Berlin, Bayern, Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg und regional in München, Franken, Karlsruhe, Rheingau-Taunus ist die Art der Treffen schon heute als Zirkelarbeit zu bezeichnen.

Die Landeskoordinatorinnen laden parallel seit zwei Jahren ebenfalls zu Treffen ein, die als Einstieg in die Qualitätszirkelarbeit einen wichtigen Beitrag leisten. Die Resonanz ist sehr unterschiedlich. Geburtshaushebammen kommen eher selten oder senden eine Kollegin in Vertretung aller, da in den Geburtshäusern schon intern Fallbesprechungen und / oder Supervisionen stattfinden. In Flächenstaaten haben die Landeskoordinatorinnen das Problem, den geeigneten Ort zu finden, um möglichst viele Hebammen mit einem Termin zu erreichen. Außerdem bedeutet es für die Landeskoordinatorin einen sehr hohen persönlichen Zeit- und Arbeitsaufwand, der momentan nicht entsprechend honoriert wird. Muss eine an dem Treffen teilnehmende Hebamme dann plötzlich zu einer anstehenden Geburt, darf der Weg zu der wehenden Frau nicht zu weit sein. Bei einer laufenden Geburt wird die Hebamme auch fehlen.

In Zukunft kann ein ausgewogenes Angebot von Fortbildungen (Themen auf außerklinische Geburt bezogen) dafür sorgen, dass die Qualitätszirkel attraktiver werden und der Informationsfluss schneller wird. Ein flächendeckend gut organisiertes Netz von Qualitätszirkeln ist unser Ziel. So sieht sich QUAG e.V. als die Informationsplattform der Zukunft zum Thema außerklinische Geburten. Die Hebammen geben Daten hinein, erhalten aber auch Daten zur Argumentation und zur Reflexion der eigenen Arbeit.

4.1.6 Zusammenfassung

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

- So gilt es die Zusammenarbeit an den „Schnittstellen“ der Betreuung außerklinischer Geburten zu intensivieren (z.B. Übergabe in Klinik, kinderärztlicher Notdienst, NAW). Kann der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verbessert werden, ist dies ein Benefit zum Wohle von Mutter und Kind.
- Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Amtsärzten wird großes Engagement brauchen und die weitere Eingliederung des Qualitätsmanagementverfahrens in die Berufsordnungen der Länder wird - soweit möglich - weiter voran gebracht und diskutiert.
- Die Dokumentation außerklinischer Geburten sowie Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sollten als Themen in der Ausbildung zur Hebamme einen festen Platz bekommen und somit zum beruflichen Selbstverständnis werden.
- Die Vollständigkeit der Erhebung wird trotz der obengenannten Probleme weiterhin von uns angestrebt. Die oft erwähnte Motivation der Kolleginnen ist eine ständige Arbeit. Die Entwicklung eines entsprechenden Mitgliederverwaltungsprogramms wird hierfür ein weiterer wichtiger Schritt sein. Außerdem werden die guten Ergebnisse den Ehrgeiz der Kolleginnen wecken, bei dieser Erhebung dabei zu sein.
- Das jetzt laufende Verfahren dient in erster Linie dazu, eine gemeinsame Sprache mit anderen Berufsgruppen zu finden. Die Ergebnisse, die wir aus den Erhebungen erhalten sind also Grundvoraussetzung für einen interdisziplinären Dialog. Ziel unserer zukünftigen Qualitätssicherung sollte es sein, hebammenspezifische Qualität herauszuarbeiten, um sie Nicht – Hebammen vermitteln zu können. Neben den jetzigen Parametern sollten vor allem Qualitätsmerkmale die den psycho-sozialen Bereich, das Gespür der Frau und der Hebamme, die Lebenserfahrungen, die Intuition hervorheben erarbeitet und erforscht werden. Wir müssen andere Berufsgruppen dazu bringen, unsere Sprache zu verstehen oder sogar zu sprechen und so auf unsere Denkweisen einzugehen. Dann werden wir agieren können und nicht nur auf die Vorgaben der vorwiegend männlichen Geburtsmedizin reagieren müssen. Die weibliche Geburtshilfe wiederzugewinnen ist ein damit verbundenes großes Ziel.

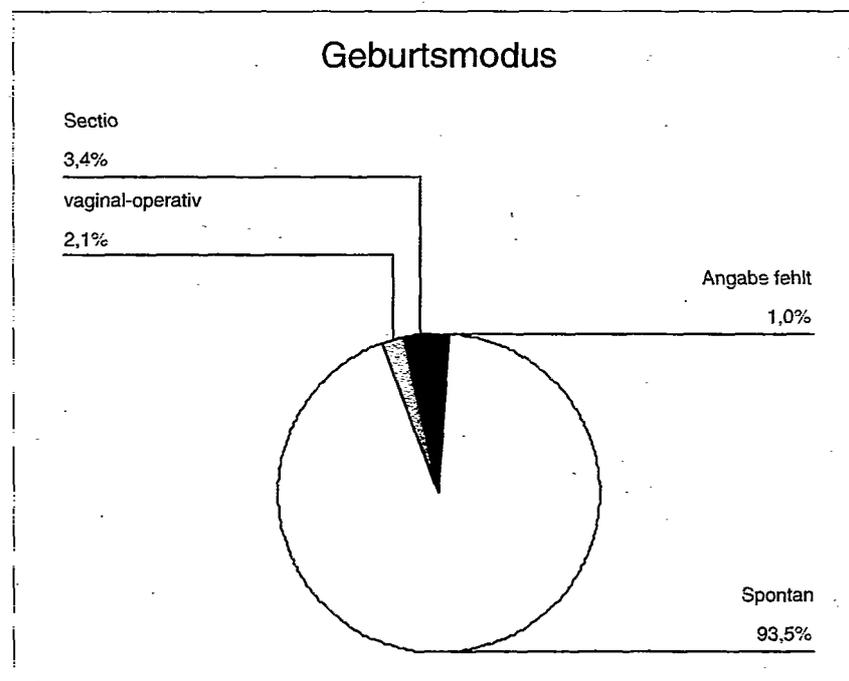
4.2 Die außerklinische Geburtshilfe verbessert die Chance auf eine spontane, invasionsarme Geburt, auch bei einer Verlegung

Mit der aufgestellten These möchten die Hebammen belegen, dass mit dem Selbstbewusstsein der Frauen, die sich für eine andere Art der Geburtsbetreuung entschieden haben, auch nach einer nötig gewordenen Verlegung die Gebärfähigkeit der Frauen erhalten bleibt.

Ein Anliegen der Hebammen dabei ist es, den Frauen eine Geburtsbegleitung zu bieten, die sich auszeichnet durch eine abwartende Haltung, die der Frau vermittelt, dass sie die Geburt aus eigener Kraft leisten kann. Sie respektiert die Wünsche der Frau im normalen Geburtsverlauf und greift nur in medizinisch begründeten Fällen ein.

Um die hier aufgestellte These zu beleuchten, werden die Angaben der Geburtsmodi, die begleitenden Maßnahmen unter der Geburt, die Amniotomie sowie die Rate der Episiotomien zu Grunde gelegt.

Abbildung 10



Die obige Grafik zeigt, dass der Anteil der spontanen Geburten bei 7979 Frauen (93,3%) sehr hoch ist. Eine vaginal-operativen Entbindung war bei 179 Frauen (2,1%) erforderlich und 291 Frauen (3,4%) erhielten einen Kaiserschnitt.

Die dezidierte Betrachtung der Geburtsmodi nach Geburtsort zeigt, dass selbst in der Gruppe der in die Klinik verlegten Frauen mehr als die Hälfte (622 Frauen = 56,4%) ihr Kind spontan oder spontan mit Kristellerhilfe gebären konnten (siehe Tabelle 10 Seite 27).

Die begleitenden Maßnahmen während der Geburt sind neben der Anzahl der Spontangeburt ein weiterer wichtiger Aspekt. Hierfür wurde die folgende Klassifikation unter Berücksichtigung der aufgeführten Angaben vorgenommen:

- nicht invasiv: Amniotomie und alle begleitenden Maßnahmen mit nein
- invasionsarm: Homöopathie, Analgetika, Sonstige Maßnahmen, Amniotomie und Episiotomie mit nein, aber Naturheilkunde oder Massagen oder Akupunktur/-pressur mit ja
- invasiv: Amniotomie=ja (<30 Min. vor der Geburt) und / oder bei begleitenden Maßnahmen Homöopathie oder Analgetika oder Sonstige Maßnahmen mit ja

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

Die Episiotomie als ein invasiver Eingriff wird auf den folgenden Seiten separat dargestellt und erläutert.

Tabelle 15

Maßnahmen während der Geburtsbegleitung

Invasionen unter der Wehenbegleitung

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	26	,3
nicht invasiv	2431	28,4
invasionsarm	745	8,7
invasiv	5354	62,6
Gesamt	8556	100,0

Die obige Tabelle zeigt, dass bei der vorgenommenen Klassifizierung 5354 Frauen (62,6%) invasiv betreut wurden. Natürlich erscheinen die Parameter unter der invasiven Gruppe manchem Leser gegenüber in Kliniken stattfindenden Eingriffen als eher harmlos. Da es keine festgelegten Kriterien für bestimmte Maßnahmen unter der Geburt in der außerklinischen Geburtshilfe gibt und sie sich im wesentlichen nach den Bedürfnissen der Frauen richten, müssen die Zahlen im Bezug auf diese in Zukunft näher betrachtet werden.

Die hohe Invasionsrate erklärt sich durch die häufige Gabe von Homöopatika. Von den 5735 Frauen, die begleitende Maßnahmen subpartal erhalten haben, wurden bei 4339 Frauen Homöopatika (75,7%) verabreicht (s. Tabelle Seite 87). Dieser hohe Anteil muss dringend in den nächsten Jahren dezidiert beobachtet werden. Es eröffnet sich hiermit die Chance über die Einbindung von Qualitätszirkeln diese Form der Geburtsbegleitung zu erörtern und zu bewerten, um für die Zukunft adäquate Vorgehensweisen ableiten zu können.

Eine Amniotomie (Blasensprengung) wurde bei 1455 Geburten (17,0%) vorgenommen (s. Tabelle 16). In 123 Fällen (9,5 % von 1455 Amniotomien) wurden diese außerklinisch länger als drei Stunden und in 932 Fällen (ca. 88%) bis zu drei Stunden vor der eigentlichen Geburt durchgeführt. Dient die Amniotomie dazu, eine pralle Vorblase als Geburtshindernis zu eröffnen oder um die Austreibungsphase

einzuweisen, ist diese Maßnahme gerechtfertigt. Ansonsten wartet die Hebamme, bis es zum spontanen Blasensprung kommt.

Tabelle 16

Zeit Blasensprung bis Geburt		Geburtsort		Gesamt
		außerklinisch	klinisch	
Angaben nicht verwertbar	Anzahl	37	29	66
	Spalten-%	2,9%	17,9%	4,5%
bis 30 min.	Anzahl	601	13	614
	Spalten-%	46,5%	8,0%	42,3%
30 min - 3 Std.	Anzahl	531	47	578
	Spalten-%	41,1%	29,0%	39,7%
>3 Std.	Anzahl	123	73	196
	Spalten-%	9,5%	45,1%	13,5%
Gesamt	Anzahl	1292	162	1454
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%

fehlende Angabe: n=1 (0,0%)

Die Amniotomien im außerklinischem Kollektiv, die mehr als drei Stunden vor der Geburt durchgeführt werden, sind kritisch zu bewerten und werden in den nächsten Jahren weiterhin beobachtet. Ziel sollte es sein, dass Hebammen darüber nachdenken, ob es möglicherweise Empfehlungen geben sollte, ob und wann eine Amniotomie aufgrund des Geburtsverlaufes vorgenommen werden kann.

Auf die Amniotomie in der Klinik hat die Hebamme oft keinen Einfluss mehr und wird hier außer Acht gelassen.

Die Episiotomie (der Dammschnitt) wird nun separat betrachtet, da sie eine Besonderheit im Geburtsmanagement darstellt (s. Tabelle 17). Im Gesamtkollektiv wurde eine Episiotomie bei 696 Frauen (8,2%) durchgeführt (detaillierte Beschreibung siehe Seite 28 ff.) Sie ist in einigen Geburtssituationen medizinisch indiziert, z.B. bei drohender kindlicher Asphyxie. Ohne Vorliegen von medizinischen Indikationen entspricht das Setzen eines Dammschnittes nicht einer traditionellen im engeren Sinne invasiven Geburtshilfe.

Sinnvollerweise wird die Episiotomie getrennt nach Geburtsmodus und nach außerklinischen bzw. klinischen Geburtsort dargestellt (s. Tabelle 17).

Die Trennung nach Geburtsort ist durch die mangelnde Kontinuität der Betreuung nach einer Verlegung begründet. Lediglich 169 Frauen (15,3%) konnten nach einer Verlegung von ihrer Hebamme weiter betreut werden (s. Seite 26). Somit hat der Hauptteil der Hebammen keinen weiteren Einfluss auf die vorgenommenen Maßnahmen in der Klinik.

Tabelle 17

Geburtsmodus (außerklinische Geburten) mit Episiotomierate

			Episiotomie		Gesamt
			Nein	Ja	
Geburtsmodus gesamt	Angabe fehlt	Anzahl	43	3	46
		Gesamt-%	,6%	,0%	,6%
	Spontan	Anzahl	6840	388	7228
		Gesamt-%	91,9%	5,2%	97,1%
	Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	80	59	139
		Gesamt-%	1,1%	,8%	1,9%
	vaginal-operativ	Anzahl	2	23	25
		Gesamt-%	,0%	,3%	,3%
	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl		3	3
		Gesamt-%		,0%	,0%
	Sectio	Anzahl	1		1
		Gesamt-%	,0%		,0%
Gesamt	Anzahl		6966	476	7442
	Gesamt-%		93,6%	6,4%	100,0%

Eine Episiotomie für die tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten ist bei 476 Frauen (6,4%) durchgeführt worden.

Werden nur die 7367 Spontangeburt (99%), auch Spontan mit Kristellerhilfe aus der obigen Tabelle separat betrachtet, war bei 447 Frauen (6,1%) eine Episiotomie notwendig. Bei den 28 vaginal-operativen Entbindungen (0,3%) wurde bei 26 Frauen (93%) eine Episiotomie vorgenommen und liegt damit sehr hoch, stellt jedoch bei dieser Art der Entbindung einen medizinischen Standard dar (s. Tabelle 17). Die außerklinische Sectio ist eine Ausnahme und wurde von der entsprechenden Hebamme bestätigt.

Die Rate der Episiotomien wird nun auch für die in eine Klinik verlegten Frauen näher angeschaut, um zu sehen, ob für hier ähnlich niedrige Ergebnisse vorliegen.

Tabelle 18

Geburtsmodus (klinische Geburten) mit Episiotomierate

			Episiotomie		Gesamt
			Nein	Ja	
Geburtsmodus gesamt	Angabe fehlt	Anzahl	34	5	39
		Gesamt-%	3,1%	,5%	3,5%
	Spontan	Anzahl	411	82	493
		Gesamt-%	37,3%	7,4%	44,7%
	Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	65	64	129
		Gesamt-%	5,9%	5,8%	11,7%
	vaginal-operativ	Anzahl	69	56	125
		Gesamt-%	6,3%	5,1%	11,3%
	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	9	17	26
		Gesamt-%	,8%	1,5%	2,4%
	Sectio	Anzahl	290		290
		Gesamt-%	26,3%		26,3%
Gesamt	Anzahl		878	224	1102
		Gesamt-%		79,7%	20,3%

Eine Episiotomie war bei 224 Frauen (20,3%), die in eine Klinik verlegt wurden, erforderlich. Lässt man jedoch im Gesamtkollektiv der Verlegungen die Sectio Geburten außer Acht, dann erhöht sich die Dammschnittrate auf 27,6 % (siehe Tabelle im Anhang Seite 91).

Werden nur die 612 Spontangeburt (56,4%), auch Spontan mit Kristellerhilfe separat betrachtet, war bei 146 Frauen (23,9%) eine Episiotomie notwendig. Bei den 151 vaginal-operativen Entbindungen (13,7%) wurde bei 73 Frauen (48%) eine Episiotomie vorgenommen und liegt damit um die Hälfte niedriger als im außerklinischen Kollektiv (s. Tabelle 18). In diesem Punkt ergibt sich wiederum eine Diskussionsgrundlage für die Hebammen. Wenn in den Kliniken nur bei ca. der Hälfte der vaginal-operativ entbundenen Frauen ein Dammschnitt gesetzt wird, kann man dies dann auch auf diese Art Geburten im außerklinischen Kollektiv anwenden? Und es stellt sich die Frage, ob die Episiotomie bei vaginal – operativen Geburten gar keinen Standard mehr darstellt?

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass im außerklinischen Bereich fast alle Frauen ihr Kind spontan gebären konnten. Selbst bei einer Verlegung besteht mit über 50% eine große Chance auf eine Spontangeburt.

Die Chance auf eine invasionsarme Geburt scheint auf den ersten Blick mit ca. 30% sehr gering zu sein. Unter Berücksichtigung der oben genannten relativ strengen Definition für eine nicht invasive Geburt wird deutlich, dass hiermit ein sehr hoher Anspruch an die Geburtshilfe gestellt wurde. So wundert es nicht, dass sich in der Gruppe der invasiven Geburt der größere Anteil der betreu-

ten Frauen wiederfindet, besonders unter dem Aspekt, dass die Gabe von Homöopatika als eine invasive Maßnahme festgelegt wurde.

Es muss für die Zukunft weiterverfolgt werden, in wieweit die aufgestellte These einer spontanen, invasionsarmen Geburt der tatsächlichen Geburtshilfe Stand hält bzw. gerecht wird.

4.3 Die außerklinische Geburtshilfe verbessert die Chance auf ein positives „Fetal Outcome“ durch ein individuelles Zeitmanagement

Das höchste Ziel an die Geburtshilfe unabhängig vom Geburtsort, ist ein positives Fetal Outcome. In der außerklinischen Geburtshilfe besteht der Anspruch dieses Ziel mit Hilfe einer individuellen Betreuung, die sich an den Bedürfnissen der Mutter und somit auch des Kindes ausrichtet, zu erreichen.

Eine geduldige und abwartende Haltung der Hebamme vermeidet die Auslösung von Stressfaktoren für Mutter und Kind unter der Geburt.

Bereits während der Schwangerschaftsbegleitung werden Befunde, die das Fetale Outcome negativ beeinflussen könnten, berücksichtigt und führen zu einer rechtzeitigen Empfehlung für eine Klinikgeburt. Trotzdem gibt es Einzelfallentscheidungen, die - bei besonderen Umständen auf Wunsch der Frau - zu einer außerklinischen Geburt führen.

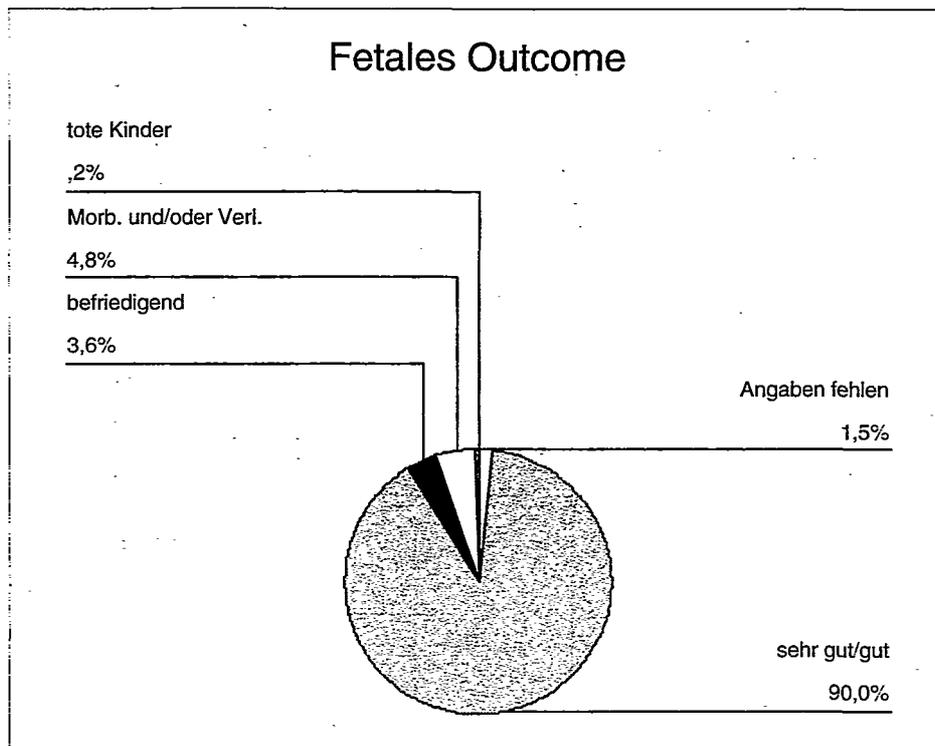
Als Beispiel sei hier die Feststellung einer multiplen Missbildung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit des letalen Ausgangs genannt.

Für die Darlegung des positiven Fetal Outcomes wurden die folgenden Angaben zu Grunde gelegt:

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

Es erfolgte eine Klassifizierung des Outcome, die im anschließenden Kreisdiagramm zu sehen ist und im folgenden Text erläutert wird.

Abbildung 11



Die obige Grafik zeigt, dass 7699 Kinder (90%) in einem guten bis sehr guten Zustand geboren wurden. Für die Beurteilung dieser Kinder wurde folgende Definition zu Grunde gelegt:

- Lebend geboren
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik
- keine Morbidität nach Katalog D
- keine Reanimationsmaßnahmen
- gemäß Tragzeit reif geboren
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten mindestens 8

Lediglich 304 Kinder (3,6%) hatten einen befriedigenden Zustand nach der Geburt.

Für die Beurteilung dieser Kinder wurde folgende Definition zu Grunde gelegt:

- Lebend geboren
- keine kindliche Verlegung in eine Kinderklinik
- keine Morbidität nach Katalog D

und mindestens eine der unten aufgeführten Angaben

- Reanimationsmaßnahmen durchgeführt
- gemäß Tragzeit nicht reif geboren
- APGAR-Wert nach 5 und 10 Minuten unter 8

Dabei zeigte sich, dass keines dieser 304 Kinder Morbiditäten aufwies und bei erforderlichen Reanimationsmaßnahmen die Kinder innerhalb von 10 Minuten einen guten APGAR-Wert erreicht haben, der bei keinem Kind unter 7 lag.

In die Gruppe mit Morbiditäten und/oder Verlegungen in eine Kinderklinik wurden 408 Kinder (4,8%) eingestuft. In diese Gruppe wurden lediglich die Angaben zur kindlichen Morbidität bzw. die Verlegung in eine Kinderklinik berücksichtigt.

Für die Mortalität im Gesamtkollektiv in 1999 stehen 14 Kinder, sie sind in Kapitel 2.5.3. auf Seite 31 näher beschrieben.

In der folgenden Tabelle ist das bereits beschriebenen Fetal Outcome nach außerklinischem und klinischem Geburtsort getrennt dargestellt.

Tabelle 19

Fetal Outcome klassifiziert für das außerklinische und klinische Kollektiv

			Geburtsort außerklinisch/klinisch			Gesamt
			Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
Fetales Outcome	Angaben fehlen	Anzahl	3	87	41	131
		Zeilen-%	2,3%	66,4%	31,3%	100,0%
		Spalten-%	25,0%	1,2%	3,7%	1,5%
		Gesamt-%	,0%	1,0%	,5%	1,5%
	sehr gut/gut	Anzahl	6	6861	832	7699
		Zeilen-%	,1%	89,1%	10,8%	100,0%
		Spalten-%	50,0%	92,2%	75,5%	90,0%
		Gesamt-%	,1%	80,2%	9,7%	90,0%
	befriedigend	Anzahl		225	79	304
		Zeilen-%		74,0%	26,0%	100,0%
		Spalten-%		3,0%	7,2%	3,6%
		Gesamt-%		2,6%	,9%	3,6%
	Morb. und/oder Verl.	Anzahl	3	259	146	408
		Zeilen-%	,7%	63,5%	35,8%	100,0%
		Spalten-%	25,0%	3,5%	13,2%	4,8%
		Gesamt-%	,0%	3,0%	1,7%	4,8%
	tote Kinder	Anzahl		10	4	14
		Zeilen-%		71,4%	28,6%	100,0%
		Spalten-%		,1%	,4%	,2%
		Gesamt-%		,1%	,0%	,2%
Gesamt	Anzahl	12	7442	1102	8556	
	Zeilen-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%	

Da für die Beurteilung des Fetal Outcomes der Kinder die kindlichen Morbiditäten einen sehr wichtigen Beitrag leisten, werden in der folgenden Tabelle die 5 häufigsten Befunde aufgeführt. Eine Tabelle aller Morbiditäten und der entsprechenden Verlegungsgründe befindet sich unter Kapitel 2:5.3.1.

Tabelle 20
Die 5 häufigsten Morbiditäten

kindliche Morbiditäten	Anzahl	Gesamt-%
D01 Unreife/Mangelgeburt	52	,6%
D02 Asphyxie/Hypoxie/Zyanose	82	1,0%
D03 Atemnotsyndrom/kardiop. Krankheit	25	,3%
D04 andere Atemstörungen	64	,7%
D19 Zur Beobachtung	50	,6%

Die folgende Tabelle zeigt, dass 8178 Kinder (92,2%) zwischen der vollendeten 37. und vollendete 42. Schwangerschaftswoche geboren sind. 106 Kinder (1,3%) wurden vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, es wurden allerdings davon postpartal nur 52 Kinder (0,6%) laut Katalog D als Früh- oder Mangelgeburt eingestuft (s. Tabelle 20). Dies könnte sich daraus erklären, dass der Entbindungstermin nicht immer zuverlässig zu berechnen ist. Ferner könnten daraus auch die hier ersichtlichen „Übertragungen“ resultieren.

Tabelle 21
Schwangerschaftsalter

Tragzeit (in Wochen)

	Häufigkeit	Prozent
< vollendete 36. Woche	13	,2
36+0 bis 36+6	93	1,1
37+0 bis 37+6	290	3,4
38+0 bis 38+6	984	11,5
39+0 bis 39+6	2339	27,3
40+0 bis 40+6	3003	35,1
41+0 bis 41+6	1562	18,3
42+0 bis 42+6	227	2,7
43+0 bis 43+6	12	,1
> 43. Woche	1	,0
Angabe nicht verwertbar	32	,4
Gesamt	8556	100,0

Die aufgestellte These beinhaltet nicht nur das positive Fetal Outcome sondern auch das individuelle Zeitmanagement, welches auf den folgenden Seiten beschrieben wird.

Tabelle 22

Zeitintervalle vom 1. Ruf bis zur kontinuierlichen Anwesenheit**1. Ruf bis kontinuierliche Anwesenheit**

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	59	,7
Ruf nach Geb.	14	,2
Ruf zur Geb.	252	2,9
bis 1 Std.	3132	36,6
1 bis 3 Std.	2439	28,5
3 bis 5 Std.	870	10,2
5 bis 10 Std.	968	11,3
10 bis 24 Std.	642	7,5
1 bis 2 Tage	143	1,7
mehr als 2 Tage	37	,4
Gesamt	8556	100,0

Die obige Tabelle zeigt, dass bei 3132 Geburten (36,6%) die Hebamme innerhalb einer Stunde nach dem ersten Ruf zum Geburtsbeginn bei der Schwangeren kontinuierlich anwesend war. Bei 2439 Geburten (28,5%) wurden die Frauen nach ein bis drei Stunden nach dem ersten Ruf kontinuierlich betreut.

Eine ständige Anwesenheit innerhalb von 3 bis 24 Stunden konnte bei insgesamt 2480 Frauen (29%) verzeichnet werden.

Bei Hebammen, die erst nach 1 bis 24 Stunden nach dem ersten Ruf dauernd anwesend waren, bestand während dieser Zeit in der Regel immer telefonischer oder persönlicher Kontakt mit den schwangeren Frauen. Dadurch konnte sich die Hebamme über den Fortschritt der beginnenden Geburt informieren und konnte so rechtzeitig entscheiden, ab wann eine kontinuierliche Anwesenheit notwendig war.

In einigen Ausnahmefällen, bei 37 Fällen (0,4%), war die Hebamme erst nach mehr als zwei Tagen kontinuierlich anwesend. Hierbei könnte es sich um Frauen handeln, die den Geburtsbeginn falsch eingeschätzt hatten, woraufhin sich die Hebamme zwei Tage bis zur kontinuierlichen Anwesenheit nur im Einzelkontakt mit der Frau befand.

Bei lediglich 14 Geburten (0,2%) ist die Hebamme erst nach der Geburt gerufen worden und bei der Frau eingetroffen, wobei es sich um ungeplante Geburten handeln könnte oder die Hebamme gerade durch eine anderen Geburt verhindert war oder dass eine sehr kurze Gesamtgeburtszeit vorlag, die Frau also von der Geburt überrascht wurde und die Hebamme somit nicht rechtzeitig informiert werden konnte.

In der folgenden Tabelle 23 wird noch einmal deutlich, dass es diese Situation geben kann. 143 Hebammen (1,7%) sind erst nach der Geburt eingetroffen. Fehleinschätzungen des Geburtsbeginns oder ungeplante außerklinische Geburten finden sich hier wieder.

Tabelle 23

Zeitintervalle Eintreffen der Hebamme bis Geburt des Kindes = Betreuungszeit

Betreuungszeit		
	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	164	1,9
Eintr. nach Geb.	143	1,7
Eintr. zur Geb.	107	1,3
bis 1 Std.	1024	12,0
1 bis 3 Std.	2587	30,2
3 bis 5 Std.	1712	20,0
5 bis 10 Std.	1709	20,0
10 bis 24 Std.	963	11,3
1 bis 2 Tage	131	1,5
mehr als 2 Tage	16	,2
Gesamt	8556	100,0

Bei der überwiegenden Mehrheit und zwar bei 4299 Geburten (50,2%) betrug die Zeit zwischen der kontinuierlichen Anwesenheit der Hebamme und der Geburt eine bis fünf Stunden. In 2672 Fälle (31,3%) dauerte die Betreuungszeit 5 bis 24 Stunden. Nur 107 Hebammen (1,3%) sind genau zum Zeitpunkt der Geburt bei der Schwangeren eingetroffen.

Betreuungszeiten von 0 bis 24 Stunden können in der Hausgeburtsilfe als normal betrachtet werden. Dauert die Geburt hier länger, wird meist eine zweite Hebamme hinzugerufen.

In 131 Fällen (1,5%) betrug die Betreuungszeit ein bis zwei Tage bzw. sogar in 16 Fällen (0,2%) mehr als zwei Tage. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Frauen zur Betreuung in Geburtshäusern oder Kliniken befanden, wo durch Schichtwechsel dieser lange Betreuungszeitraum möglich wird.

Tabelle 24
Geburts- / Wehendauer

Wehendauer		
	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	324	3,8
0 bis 3 Std.	1282	15,0
3 bis 5 Std.	1777	20,8
5 bis 10 Std.	2996	35,0
10 bis 24 Std.	1851	21,6
1 bis 2 Tage	298	3,5
mehr als 2 Tage	28	,3
Gesamt	8556	100,0

Bei 4773 Schwangeren (55,8%) betrug die Wehendauer drei bis zehn Stunden. 1851 Frauen (21,6%) waren 10 bis 24 Stunden in den Wehen. Eine Wehendauer von Null bis drei Stunden war bei 1282 Frauen (15%) zu beobachten. Nur 298 Schwangere (3,5%) waren einer Wehendauer von ein bis zwei Tagen ausgesetzt. Eine Minderheit von 28 Frauen (0,3%) war mehr als zwei Tage in den Wehen.

Tabelle 25
Dauer der Austreibungsphase / des aktiven Mitschiebens

Dauer des aktiven Mitschiebens		
	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	654	7,6
< 15 Min.	4613	53,9
15 - 60 Min.	2655	31,0
> 60 Min.	634	7,4
Gesamt	8556	100,0

Bei 4613 schwangeren Frauen (53,9%) betrug die Dauer des aktiven Mitschiebens nicht länger als 15 Minuten. 15-60 Minuten dauerte das aktive Mitschieben bei 2655 Frauen (31%). Bei 634 Frauen (7,4%) dauerte das aktive Mitschieben mehr als 60 Minuten. Erfahrungsgemäß ist die Dauer des aktiven Mitschiebens außerklinisch länger als in der Klinik. Dies ist auf eine eher abwartende Haltung in der außerklinischen Geburtshilfe und dem geringeren Einsatz von Kontraktionsmitteln zurückzuführen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Fetal Outcome bei 90% der Kinder nach der Geburt als gut bis sehr gut bezeichnet werden kann. Die aufgestellte These in Bezug auf den Einfluss des individuellen Zeitmanagements lässt sich mit den über das Dokumentationsinstru-

ment erhobenen Parametern nicht eindeutig belegen. Ein kurzer sowie auch ein langer Geburtsverlauf können dem jeweiligen Zeitbedürfnis der Frau entsprechen und beinhaltet in sich kein Qualitätsmerkmal.

Eine differenzierte Aussage zu dieser Fragestellung könnte eine separate Studie zur Betreuungsqualität im Rahmen des Verfahrens liefern, da die Beurteilung immer vom subjektiven Befinden der Frau abhängt.

4.4 Die Dokumentation der außerklinischen Geburten dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur

Die außerklinische Geburtshilfe stellt ein gleichwertiges Angebot neben der Klinikgeburtshilfe dar. Alle Frauen sollten gleichermaßen Zugang zu dieser Art der Geburtshilfe haben. An dieser Stelle wird versucht, einen flächendeckenden Überblick zu gewinnen, ob dieses Angebot in den einzelnen Bereichen vorhanden ist. Dazu werden die organisatorischen und personellen Ressourcen aufgezeigt und die strukturellen Bedingungen näher betrachtet. Damit können gegebenenfalls Defizite aufgedeckt und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Einen Überblick über die Versorgungsstruktur mit Hebammen, Geburtshäusern oder anderen Einrichtungen in den Bundesländern, zeigt die Tabelle 26.

Tabelle 26

Außerklinische Einrichtungen in den Bundesländern

Bundesland	Beteiligte Einrichtung									Gesamt	
	Hebamme			Geburtshaus			and. außerkl. Inst.			Anzahl	Gesamt-%
	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%	Anzahl	Zeilen-%	Gesamt-%		
Baden-Württemberg	820	75,5%	9,6%	179	16,5%	2,1%	87	8,0%	1,0%	1086	12,7%
Bayern	1085	59,2%	12,7%	613	33,4%	7,2%	135	7,4%	1,6%	1833	21,4%
Berlin	160	13,9%	1,9%	956	83,3%	11,2%	31	2,7%	,4%	1147	13,4%
Brandenburg	77	56,6%	,9%	59	43,4%	,7%				136	1,6%
Bremen	173	100,0%	2,0%							173	2,0%
Hamburg	100	32,1%	1,2%	212	67,9%	2,5%				312	3,6%
Hessen	224	35,3%	2,6%	411	64,7%	4,8%				635	7,4%
Mecklenburg-Vorpommern	98	100,0%	1,1%							98	1,1%
Niedersachsen	691	82,0%	8,1%	151	17,9%	1,8%	1	,1%	,0%	843	9,9%
Nordrhein-Westfalen	712	67,9%	8,3%	337	32,1%	3,9%				1049	12,3%
Rheinland-Pfalz	174	100,0%	2,0%							174	2,0%
Saarland	17	100,0%	,2%							17	,2%
Sachsen-Anhalt	46	40,0%	,5%	69	60,0%	,8%				115	1,3%
Sachsen	143	35,5%	1,7%	103	25,6%	1,2%	157	39,0%	1,8%	403	4,7%
Schleswig-Holstein	168	81,2%	2,0%				39	18,8%	,5%	207	2,4%
Thüringen	64	19,5%	,7%	264	80,5%	3,1%				328	3,8%
Gesamt	4752	55,5%	55,5%	3354	39,2%	39,2%	450	5,3%	5,3%	8556	100,0%

Für den Jahrgang 1999 lieferte Bayern mit 21,4% den größten Anteil eines Bundeslandes an dem Gesamtkollektiv der dokumentierten Geburten (8556) des Verfahrens. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese Art der Geburtshilfe hier traditionell etablierter ist bzw. der Anteil der freiberufli-

chen Hebammen bedingt durch ein ausgeweiteteres Belegsystem größer ist als in den anderen Bundesländern. Um eine genaue Aussage zu treffen, wäre eine Umfrage zu diesem Thema in Bayern sinnvoll. Da außerklinische Geburtshilfe in den neuen Bundesländern bis zur Wiedervereinigung 1990 nicht existierte, verwundert der geringe Anteil von 1,1% – 4,7% hier nicht. Außerdem liegt die Vermutung nahe, dass nach über 30 Jahren ausschließlich klinischer Geburtshilfe dem Sicherheitsbedürfnis der Frauen in einem Geburtshaus eher Rechnung getragen wird als bei einer Haus – oder Praxisgeburt. Dieses lässt sich aus der Tabelle 27 ersehen.

Tabelle 27

Geburtenanteil in den verschiedenen Einrichtungen und Bundesländern

Bundesländer		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	
alte Bundesländer	Anzahl	3891	1691	262	5844
	Spalten%	81,9%	50,4%	58,2%	68,3%
	Zeilen%	66,6%	28,9%	4,5%	100,0%
neue Bundesländer	Anzahl	428	495	157	1080
	Spalten%	9,0%	14,8%	34,9%	12,6%
	Zeilen%	39,6%	45,8%	14,5%	100,0%
Stadtstaaten	Anzahl	433	1168	31	1632
	Spalten%	9,1%	34,8%	6,9%	19,1%
	Zeilen%	26,5%	71,6%	1,9%	100,0%
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Zeilen%		55,5%	39,2%	5,3%	100,0%

Ähnlich wie in den neuen Bundesländer überwiegen auch in den Stadtstaaten die Geburten im Geburtshaus deutlich. Geburtshäuser etablieren sich u.a. aus ökonomischen Gründen eher in Städten oder Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte. Dagegen ist die Hausgeburtshilfe mit mehr als 66% in den alten Bundesländern und dort in Flächenstaaten häufiger anzutreffen.

In der Tabelle 28 wird deutlich, dass die Geburten in den jeweiligen Institutionen zu 83,3% auch an dem von Hebamme und Frau geplantem Geburtsort stattfinden.

Tabelle 28

Übereinstimmung geplanter / tatsächlicher Geburtsort in den gruppierten Einrichtungen

Tatsächlicher Geburtsort...		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	
...nicht wie geplant	Anzahl	790	555	82	1427
	Spalten-%	16,6	16,5	18,2	16,7
...wie geplant	Anzahl	3962	2799	368	7129
	Spalten-%	83,4	83,5	81,8	83,3
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Dies spricht für eine gute Einschätzung der Hebammen, ebenso wie für eine sichere Entscheidung seitens der betreuten Frauen. Eine Umentscheidung nach der 37. Woche findet nur selten statt und kommt in der nächsten Tabelle zum Ausdruck.

Tabelle 29

Übereinstimmung geplanter / tatsächlicher Geburtsort – Einzeldarstellung

Geplanter Geburtsort		Tatsächlicher Geburtsort							Gesamt
		Angabe fehlt	Hausgeburt	Geburtshaus	Arztpraxis	Entbindungsheim	Hebammenpraxis	Klinik	
Angabe fehlt	Anzahl	2							2
	Gesamt-%	,0%							,0%
Hausgeburt	Anzahl	1	3822	13		1	8	480	4325
	Gesamt-%	,0%	44,7%	,2%		,0%	,1%	5,6%	50,5%
Geburtshaus	Anzahl	3	97	2795			2	462	3360
	Gesamt-%	,0%	1,1%	32,7%			,0%	5,4%	39,3%
Arztpraxis	Anzahl		1	1	1			1	4
	Gesamt-%		,0%	,0%	,0%			,0%	,0%
Entbindungsheim	Anzahl		1			68		24	93
	Gesamt-%		,0%			,8%		,3%	1,1%
Hebammenpraxis	Anzahl		17	1			382	56	456
	Gesamt-%		,2%	,0%			4,5%	,7%	5,3%
Klinik	Anzahl		135	18		4	10	62	229
	Gesamt-%		1,6%	,2%		,0%	,1%	,7%	2,7%
unklar	Anzahl		58	5				23	87
	Gesamt-%		,7%	,1%				,3%	1,0%
Anzahl		6	4131	2835	1	73	402	1108	8556
Gesamt-%		,1%	48,3%	33,1%	,0%	,9%	4,7%	12,9%	100,0%

So entschieden sich z.B. 13 Frauen (0,2%), die eine Hausgeburt geplant hatten um und erlebten die Geburt in einem Geburtshaus. 97 Frauen (1,1%) gingen zur Geburt nicht wie geplant in ein Geburtshaus, sondern blieben zu Hause. Es hatten auch 167 Frauen (1,9%) eine Klinikgeburt geplant, haben dann aber zu Hause, in einem Geburtshaus oder einer anderen Einrichtung entbunden. Die 62 Frauen (0,7%), die eine Klinikgeburt planten und dann auch in der Klinik entbunden haben sind Frauen, bei denen die Geburt zu Hause durch ihre vertraute Hebamme anbetretet wurde und dann mit ihr gemeinsam in die Klinik gegangen ist.

In Zukunft sollte auch diese Geburtsbetreuung vermehrt erfasst werden, da es sich hier ebenfalls um außerklinische Geburtshilfe handelt und die begonnene Geburt fachlich betreut wird.

Nur in 87 Fällen (1,1%) waren sich die Frauen in der 37. Woche noch unklar über den gewünschten Geburtsort. 58 Frauen (0,8%) haben schließlich außerklinisch entbunden.

Ab hier erfolgt die Auswertung aller Geburten:

In den folgenden Tabellen werden besondere strukturelle Parameter für alle Geburten dargestellt. Es erfolgt keine Trennung mehr nach den Institutionen.

Tabelle 30
Weitere anwesende Personen

		Anzahl	Gesamt-%
Weitere anwesende Personen	keine	174	2,0
	Familie	7965	93,7
	Freunde	1096	12,9
	andere	747	8,8

Mehrfachnennungen waren möglich

Die Tabelle 30 zeigt, dass lediglich in 174 Fälle (2,0%) die Frauen allein durch ihre Hebamme bei der Geburt betreut wurden. Bei den häufigsten Geburten war mindestens ein Familienmitglied (hier insbesondere der Partner) anwesend. Zusätzlich waren Freunde bzw. andere Personen wie Hebammenschülerinnen oder Praktikantinnen bei der Geburt zugegen.

Unabhängig davon waren insgesamt bei 4464 Geburten (52,2%) ein Arzt und /oder eine 2. Hebamme zur Unterstützung anwesend. Die genaue Aufteilung kann aus Tabelle 31 ersehen werden.

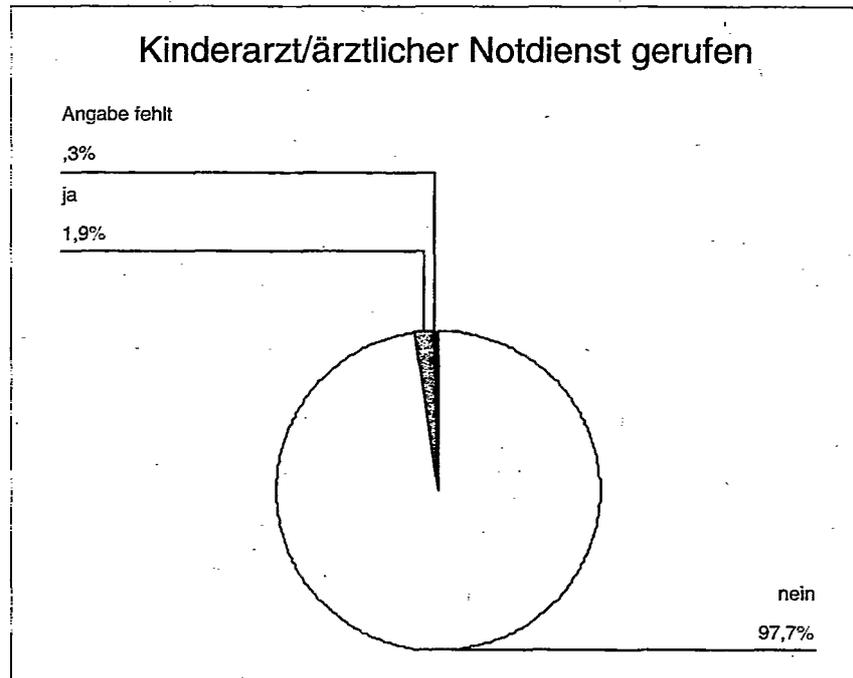
Tabelle 31
2. Hebamme und/oder Arzt eingetroffen getrennt nach
„gerufen zur normalen Geburt oder wegen Komplikationen“

			ger. zur norm. Geburt od. wg. Kompl.			Gesamt
			Angabe fehlt	normale Geb.	wg. Kompl.	
2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen	Hebamme eingetroffen	Anzahl	56	2636	307	2999
		Gesamt-%	,7	30,8	3,6	35,1
	Arzt eingetroffen	Anzahl	20	823	179	1022
		Gesamt-%	,2	9,6	2,1	11,9
	Hebamme u. Arzt eingetroffen	Anzahl	9	342	92	443
		Gesamt-%	,1	4,0	1,1	5,2

In 3801 Fällen (44,4%) wurde eine zweite Hebamme und/oder ein Arzt zu einer normalen Geburt gerufen. Nur in 578 Fällen (6,8%) trafen die zweite Hebamme und/oder der Arzt wegen Komplikationen ein und vorrangig die zweite Hebamme.

In der Abbildung 12 werden nur die außerklinisch beendeten Geburten zu der Angabe Kinderarzt / ärztlicher Notdienst gerufen dargestellt. Lediglich bei 163 Kindern (1,9%) wurde postpartal ein Kinderarzt oder ein ärztlicher Notdienst gerufen.

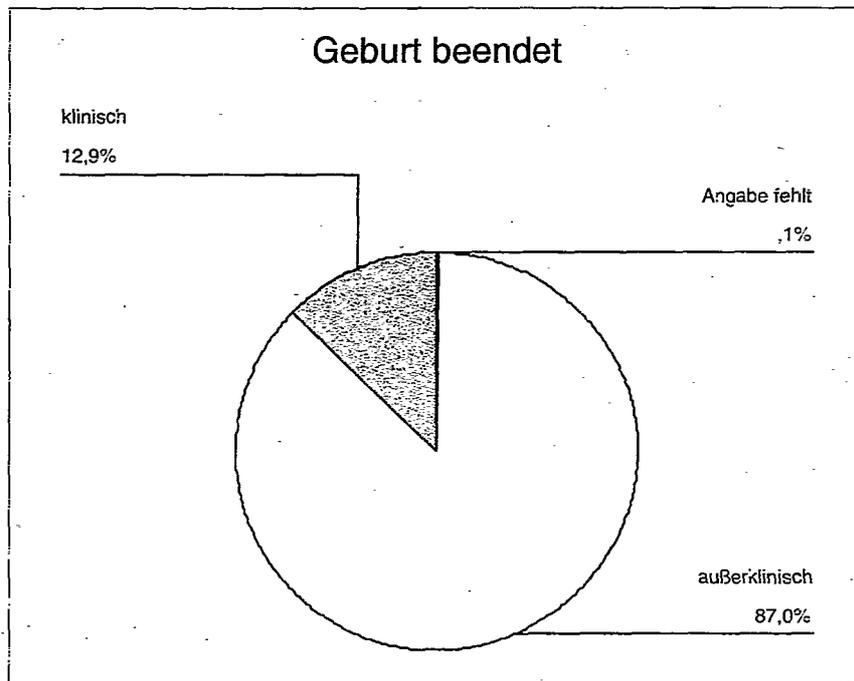
Abbildung 12



Hier ist zu diskutieren, ob es den Bedarf realistisch widerspiegelt, da die Morbiditätsrate deutlich höher liegt oder ob die jeweilige kindliche Situation von der Hebamme und / oder dem weiteren anwesenden medizinischen Fachpersonal geregelt werden konnte. In vielen Regionen der Bundesrepublik wird es unter Umständen gar nicht möglich sein, einen Kinderarzt oder ärztlichen Notdienst zu rufen. Dies sollte in der Zukunft ebenfalls näher betrachtet werden.

Aufgrund der Entwicklung von Risiken unter der Geburt war bei 1102 Geburten (12,9%) eine Verlegung in eine Klinik notwendig (siehe auch Kapitel 2.5.1.1, Seite 24ff.).

Abbildung 13
Tatsächlicher Geburtsort



Es wurden 992 Frauen (90%) in Ruhe und lediglich 89 Frauen (8,1%) als Notfall verlegt (s. Tabelle 32).

Bei Verlegungen in Ruhe wurde überwiegend das Privatfahrzeug als Transportmittel gewählt. Die eiligen Verlegungen wurde fast immer ein Rettungsfahrzeug geordert. Offensichtlich war bei einigen Notfall-Verlegungen die Nutzung des Privatfahrzeugs sinnvoll, wenn dadurch bei weiten Entfernungen die Wartezeit auf das Rettungsfahrzeug vermieden werden konnte.

Tabelle 32
Transportmittel mit Transport in Ruhe / Not

Transportmittel		Transport in Ruhe od. in Not			Gesamt
		Angabe fehlt	in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	3	1		4
	Gesamt-%	,3	,1		,4
Privatfahrzeug	Anzahl	14	870	17	901
	Gesamt-%	1,3	78,9	1,5	81,8
Rettungsfahrzeug	Anzahl	4	121	72	197
	Gesamt-%	,4	11,0	6,5	17,9
Anzahl		21	992	89	1102
Gesamt-%		1,9	90,0	8,1	100,0

In der Tabelle 33 werden die zum nächsten Krankenhaus gefahrenen Kilometer betrachtet. In 1033 Fälle (93,7%) werden bis zu 20 Kilometer zur nächsten Klinik gefahren. Dies zeigt, dass Hebammen die vorliegenden Versorgungsstrukturen richtig beurteilen und eine kurzen Verlegungsweg anstreben.

Tabelle 33

Entfernung nächste Klinik nach gefahrene Kilometer zur Klinik

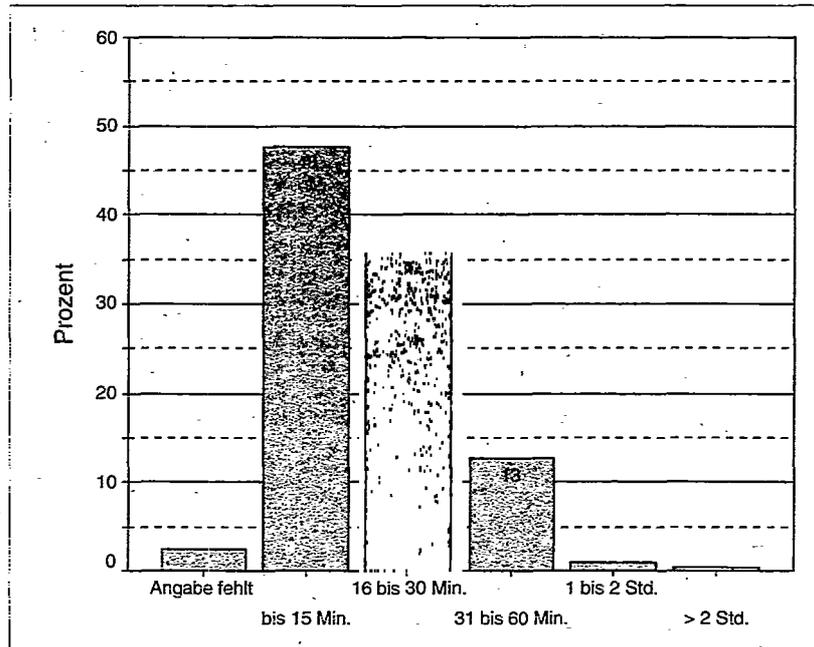
Entfernung zur nächstgel. Klinik		Gefahrene Kilometer zur Klinik					Angabe fehlt	Gesamt
		bis 10 km	11 bis 20 km	21 bis 30 km	31 bis 40 km	mehr als 40 km		
bis 10 km	Anzahl	710	108	37	14	17	9	895
	Gesamt-%	64,4	9,8	3,4	1,3	1,5	,8	81,2
11 bis 20 km	Anzahl	6	94	12	7	17	2	138
	Gesamt-%	,5	8,5	1,1	,6	1,5	,2	12,5
21 bis 30 km	Anzahl		1	15	7	2	1	26
	Gesamt-%		,1	1,4	,6	,2	,1	2,4
31 bis 40 km	Anzahl				5			5
	Gesamt-%				,5			,5
Angabe fehlt	Anzahl	26	6	1	3		2	38
	Gesamt-%	2,4	,5	,1	,3		,2	3,4
Anzahl		742	209	65	36	36	14	1102
Gesamt-%		67,3	19,0	5,9	3,3	3,3	1,3	100,0

Da ein hoher Anteil von Verlegungen in Ruhe erfolgt, kann durchaus eine weiter entfernte Klinik angefahren werden, die eher den Wünschen der Frau und der Hebamme entspricht. Diese „weitere Anfahrt“ ist in 69 Fällen (6,3%) erfolgt. Dies belegt, dass die Hebammen eine situationsgerechte Verlegung anstreben und damit für den weiteren Geburtsverlauf entsprechende Weichen stellen.

Die Übergabezeiten korrelieren mit den gefahrenen Kilometern und liegen zumeist innerhalb 30 Minuten (s. Abbildung 14).

Abbildung 14

Zeit zwischen Transportbeginn und Übergabe



Innerhalb von 15 Minuten werden 526 Verlegungen (48%) an eine Klinik übergeben. Eine Transportdauer von 16 Minuten bis einer Stunden wurde bei 534 Verlegungen (49%) berechnet. In 15 Fällen (1,0%) war eine Transportdauer von mehr als eine Stunde angegeben, diese Dauer könnte sich auf einen Teil der oben angegebenen Fahrstrecken von mehr als 40 Kilometer beziehen.

Tabelle 34

Zeit zwischen Übergabe und Geburt aufgeschlüsselt nach Transport in Ruhe/Not

Übergabe in Klinik bis Geburt		Transport in Ruhe od. in Not			Gesamt
		Angabe fehlt	in Ruhe	als Notfall	
Angabe fehlt	Anzahl	6	57	3	66
	Gesamt-%	,5	5,2	,3	6,0
bis 1 Stunde	Anzahl	3	115	45	163
	Gesamt-%	,3	10,4	4,1	14,8
1 bis 6 Std.	Anzahl	6	448	33	487
	Gesamt-%	,5	40,7	3,0	44,2
6 bis 12 Std.	Anzahl	3	258	6	267
	Gesamt-%	,3	23,4	,5	24,2
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl	3	85	1	89
	Gesamt-%	,3	7,7	,1	8,1
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		27	1	28
	Gesamt-%		2,5	,1	2,5
über 2 Tage	Anzahl		2		2
	Gesamt-%		,2		,2
Anzahl		21	992	89	1102
Gesamt-%		1,9	90,0	8,1	100,0

Die 1102 subpartal verlegten Frauen konnten in 992 Fällen (90%) in Ruhe verlegt werden. Lediglich bei 89 verlegten Frauen (8,1%) war eine Verlegung aufgrund eines Notfalles erforderlich (s. Tabelle 34). In 917 Fälle (83,2%) konnte die Geburt innerhalb von 1 bis 12 Stunden nach Ankunft im Kreißsaal beendet werden, wobei 487 Frauen (44,2%) innerhalb von ein bis sechs Stunden entbunden.

Von den 992 in Ruhe verlegten Frauen haben 115 Frauen (10,4%) innerhalb von einer Stunde entbunden. In der Gruppe der Notfallverlegungen konnte bei 45 Frauen (50,6%) die Geburt innerhalb einer Stunde beendet werden. Die verbleibenden 41 Frauen (49,1%) verteilen sich hinsichtlich der Geburtsbeendigung auf die Zeitspanne von einer Stunde bis zu zwei Tagen, das verdeutlicht, dass die Hebammen frühzeitig eine Verlegung vorgenommen haben, um Schaden von Mutter und Kind abzuwenden. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Frauen nicht nur in kritischen Situationen verlegt wurden oder sofort entbunden werden mussten.

In der Tabelle 35 wird die Übergabezeit dem Entbindungsmodus gegenüber gestellt. Deutlich sticht der hohe Anteil von 622 Spontan- bzw. Spontangeburt mit Kristellerhilfe (56,4%) hervor. Nur bei 290 Frauen (26,3%) war eine Entbindung per Sectio erforderlich und der Anteil der vaginal-operativen bzw. vaginal-operativen Entbindung mit Kristellerhilfe ist nur bei 151 Frauen (n=13,7%) angegeben.

Tabelle 35

Zeit zwischen Übergabe in der Klinik bis Geburt aufgeschlüsselt nach Geburtsmodus

Übergabe in Klinik bis Geburt			Geburtsmodus gesamt						Gesamt
			Angabe fehlt	Spontan	Spontan und Kristellerhilfe	vaginal-operativ	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Sectio	
Angabe fehlt	Anzahl		5	28	7	8	2	16	66
	Gesamt-%		,5	2,5	,6	,7	,2	1,5	6,0
bis 1 Stunde	Anzahl		3	68	29	21	3	39	163
	Gesamt-%		,3	6,2	2,6	1,9	,3	3,5	14,8
1 bis 6 Std.	Anzahl		14	251	58	39	16	109	487
	Gesamt-%		1,3	22,8	5,3	3,5	1,5	9,9	44,2
6 bis 12 Std.	Anzahl		13	96	23	40	5	90	267
	Gesamt-%		1,2	8,7	2,1	3,6	,5	8,2	24,2
12 Std. bis 1 Tag	Anzahl		3	39	9	11		27	89
	Gesamt-%		,3	3,5	,8	1,0		2,5	8,1
1 Tag bis 2 Tage	Anzahl		1	10	3	6		8	28
	Gesamt-%		,1	,9	,3	,5		,7	2,5
über 2 Tage	Anzahl			1				1	2
	Gesamt-%			,1				,1	,2
Gesamt	Anzahl		39	493	129	125	26	290	1102
	Gesamt-%		3,5	44,7	11,7	11,3	2,4	26,3	100,0

Bei näherer Betrachtung der 163 subpartal verlegten Frauen (14,8%), die innerhalb einer Stunde entbunden haben, konnten 97 Frauen (59,5%) ihr Kind spontan oder spontan mit Kristellerhilfe zur Welt bringen. Ein wichtiger Indikator für eine verantwortungsbewusste und frühzeitige Verlegung liefern unter anderem die Angaben der Sectio-Entbindungen in Korrelation zur Übergabezeit. Von

den insgesamt 290 Sectiones wurde bei 226 Frauen (77,9%) diese innerhalb von einer Stunde bis zu einem Tag durchgeführt. Dies entspricht der normalen Vorbereitungszeit für eine Sectio, so dass davon ausgegangen werden kann, dass hier keine Notfälle vorlagen. Lediglich 39 Frauen (13,4%) wurden durch eine „Not“-Sectio entbunden, da diese innerhalb einer Stunde nach Übergabe in der Klinik stattgefunden hat. Eine annähernd ähnliche Verteilung gibt sich bei den vaginal-operativen bzw. vaginal-operativen Entbindungen mit Kristellerhilfe, welche in der obigen Tabelle ersichtlich wird.

Bei 169 Verlegungen (16,3%) konnte die Geburt von derselben Hebammen in der Klinik weiterbetreut und beendet werden (s. Seite 26). Dies zeigt, dass ein Umdenken im klinischen Bereich stattgefunden hat und es lässt vermuten, dass dieser Trend weiter zunimmt.

Zusammenfassung

Anhand der in diesem Kapitel dargestellten Parameter wird deutlich, dass sich für die wenigen bundesweit stattfindenden außerklinischen Geburten eine relativ gute Versorgungsstruktur etabliert hat. Dadurch zeigen sich in vielen Fällen gute Ergebnisse, wie z. B. durch die hohe Rate an Spontangeburt nach einer Verlegung oder die zeitlich schnelle Verlegung in eine Klinik.

Es wird aber auch deutlich, dass in einigen Bereichen Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Da die Versorgungsstruktur von regionalen Gegebenheiten abhängig sind, führt eine bundesweite Betrachtung nicht wesentlich zum Erfolg. In diesen Fällen sind die regionalen Qualitätszirkel gefragt, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen befassen sollten.

4.5 Die Dokumentation der außerklinischen Geburten belegt eine differenzierte Entscheidung von Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt und belegt eine situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung

In diesem Kapitel wird der sehr komplexe Prozess von der Entscheidung bis zur Beendigung einer außerklinischen Geburt dargestellt. Ein Focus wird dabei auf die Parameter gelegt, die seitens der Frau den Wunsch nach einer außerklinischen Geburt belegen. Des Weiteren wird die Risikobewertung der Hebammen näher betrachtet und die daraus resultierende verantwortungsbewusste Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt aufgezeigt.

Dabei wurde angenommen, dass zwischen Hausgeburten, Geburtshausgeburten und Geburten in anderen Einrichtungen strukturell bedingte Unterschiede existieren. Aus diesem Grund erfolgt die Darstellung der Ergebnisse getrennt nach den beteiligten Einrichtungen und aus diesem Grund enthalten die folgenden Tabellen Spaltenprozentage.

Mit dieser Darstellungsweise wird die unterschiedliche Erwartungshaltung der Frauen gegenüber den verschiedenen Betreuungsformen der Einrichtungen deutlich.

Motivation der Frau

Mit der Tabelle 36 kann gezeigt werden, dass Frauen in der Regel keine unüberlegten oder kurzfristigen Entscheidungen über die Wahl des Geburtsortes treffen. Sie werden meist durch eigene Überlegungen zu dieser Entbindungsförm geführt.

Die Selbstbestimmung liegt mit ca. 75% in allen Kollektiven fast gleich und zeigt das hohe Bedürfnis der Frauen in die Entscheidungsprozesse während der Geburt ihres Kindes einbezogen sein zu wollen. Ein Drittel der Frauen gaben die klinische Geburtserfahrung als Grund an, sich jetzt für eine außerklinische Geburt entschieden zu haben.

Tabelle 36
Motivation der Frau

Motivation		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerklin. Inst.	
Selbstbestimmung	Anzahl	3556	2512	308	6376
	Spalten %	75,5	75,5	68,6	75,1
vertraute Hebamme	Anzahl	3608	2249	381	6238
	Spalten %	76,6	67,6	84,9	73,5
klinische Geburtserfahrung	Anzahl	1681	763	134	2578
	Spalten %	35,7	22,9	29,8	30,4
außerklinische Geburtserfahrung	Anzahl	1406	660	86	2152
	Spalten %	29,8	19,8	19,2	25,3
Sicherheitsbedürfnis	Anzahl	1338	774	62	2174
	Spalten %	28,4	23,3	13,8	25,6
Sonstige	Anzahl	438	426	20	884
	Spalten %	9,3	12,8	4,5	10,4
Anzahl		4713	3328	449	8490
Spalten %		100,0	100,0	100,0	100,0

fehlende Angabe: n=66 (0,8%)

Unter der Einrichtung „Hebamme“ haben 3608 Frauen (76,6%) als weiteren Motivationsfaktor zur außerklinischen Geburt die vertraute Hebamme angegeben. Die Frauen, die in einer anderen außerklinischen Einrichtung ihre Geburt erleben wollten, haben diesen Punkt in 381 Fällen (84,9%) dokumentiert. Diese vergleichsweise hohen Angaben zeigen, dass die Frau zu ihrer Hebamme ein sehr enges Verhältnis aufbauen konnte. Das gelingt speziell in diesen Kollektiven, da die Betreuung immer durch dieselbe Hebamme erfolgt, im Gegensatz zu den Geburtshäusern, wo ein Wechsel in der Schwangerschaftsbetreuung üblich ist.

Hebammenerstkontakt

Ein wichtiger Parameter im Hinblick auf die differenzierte Entscheidung von Hebamme und Schwangere für eine außerklinische Geburt ist der Hebammenerstkontakt. Bei der Hebammenbetreuung wird in der Tabelle „unten“ deutlich, dass es zu einem früheren Erstkontakt kommt. Dadurch entsteht mehr Zeit für den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zwischen Schwangerer und Hebamme. Der in der vorherigen Tabelle sichtbar hohe Anteil an außerklinischer Geburtser-

fahrung lässt vermuten, dass diese Frauen zeitig den erneuten Kontakt zu ihrer Hebamme suchen, da sie wahrscheinlich die begrenzte Kapazität der Hausgeburtshebamme kennen (siehe auch Kapitel 2.4.1, Seite 15 ff.)

Tabelle 37
Hebammenerstkontakt

Hebammenerstkontakt in SSW		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	
bis 8. SSW	Anzahl	446	176	24	646
	Spalten-%	9,4	5,2	5,3	7,6
9.-12. SSW	Anzahl	618	270	49	937
	Spalten-%	13,0	8,1	10,9	11,0
13.-16. SSW	Anzahl	724	405	35	1164
	Spalten-%	15,2	12,1	7,8	13,6
17.-20. SSW	Anzahl	877	573	71	1521
	Spalten-%	18,5	17,1	15,8	17,8
21.-24. SSW	Anzahl	622	546	88	1256
	Spalten-%	13,1	16,3	19,6	14,7
25.-28. SSW	Anzahl	613	590	88	1291
	Spalten-%	12,9	17,6	19,6	15,1
29.-32. SSW	Anzahl	461	461	53	975
	Spalten-%	9,7	13,7	11,8	11,4
nach 32. SSW	Anzahl	383	321	42	746
	Spalten-%	8,1	9,6	9,3	8,7
Angabe fehlt	Anzahl	8	12		20
	Spalten-%	,2	,4		,2
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

2665 Frauen (56,1%), die eine Hausgeburt anstreben, nehmen bis zur 20. Schwangerschaftswoche einen ersten Kontakt zu ihrer Hebamme auf. Der Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtshaus findet dagegen nur in 1424 Fällen (42,5%) statt. Bei den anderen Einrichtungen nehmen sogar nur 179 Frauen (39,8%) Erstkontakt bis zur 20. Schwangerschaftswoche auf. Hier gibt es sicher Potential, um die Frauen in Zukunft eher zu erreichen.

Der Erstkontakt zwischen der 21. und der 32. Schwangerschaftswoche verschiebt sich prozentual zwischen den Einrichtungen und erfolgt zu den Hausgeburtshebammen in 1696 Fällen (35,7%), zu den Geburtshäusern in 1597 Fällen (47,6%) und zu den anderen Einrichtungen in 229 Fällen (51%).

Ab der 32. Schwangerschaftswoche ist die erste Kontaktaufnahme zu den unterschiedlichen Einrichtungen mit 9% annähernd gleich.

Persönliche Kontakte

Abhängig von der ersten Kontaktaufnahme zur Hebamme ist die Anzahl der persönlichen Kontakte. Unter dem Begriff persönliche Kontakte sind sowohl telefonische wie auch Besuchskontakte bei Schwangerschaftsbeschwerden, Vorsorgen und Beratungen zusammengefasst. Geburtsvorbereitungskurse sind hier nicht berücksichtigt. Die Verteilung auf die einzelnen Einrichtungen sind in der Tabelle 38 dargestellt.

Tabelle 38
Anzahl persönlicher Kontakte

Anzahl persönlicher Kontakte insg.		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	
keine	Anzahl	37	5	3	45
	Spalten-%	,8	,1	,7	,5
1 - 5	Anzahl	1810	1258	219	3287
	Spalten-%	38,1	37,5	48,7	38,4
6 - 10	Anzahl	2081	1567	188	3836
	Spalten-%	43,8	46,7	41,8	44,8
11 - 15	Anzahl	625	415	34	1074
	Spalten-%	13,2	12,4	7,6	12,6
mehr als 15	Anzahl	185	98	6	289
	Spalten-%	3,9	2,9	1,3	3,4
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	14	11		25
	Spalten-%	,3	,3		,3
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Die Anzahl der persönlichen Kontakte ist bei den Hebammen und Geburtshäusern nahezu gleich verteilt, wobei die meisten Hebammen in allen Einrichtungen sechs bis zehn persönliche Kontakte zu den Frauen hatten. Die anderen Einrichtungen, haben darüber hinaus einen Schwerpunkt im Bereich von ein bis fünf Kontakten und selten über zehn (ca. 9%).

Da die Hebammenvorsorgeuntersuchungen in den persönlichen Kontakten enthalten sind, wurden diese in der folgenden Tabelle separat aufgeführt.

Tabelle 39

Anzahl Hebammenvorsorgeuntersuchungen

Anzahl d. Hebammenvorsorgeuntersuchungen		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	
keine	Anzahl	977	671	131	1779
	Spalten-%	20,6	20,0	29,1	20,8
1 - 5	Anzahl	2592	2102	226	4920
	Spalten-%	54,5	62,7	50,2	57,5
6 - 10	Anzahl	1043	496	85	1624
	Spalten-%	21,9	14,8	18,9	19,0
11 - 15	Anzahl	110	43	6	159
	Spalten-%	2,3	1,3	1,3	1,9
mehr als 15	Anzahl	4	2		6
	Spalten-%	,1	,1		,1
Angabe fehlt/ungültig	Anzahl	26	40	2	68
	Spalten-%	,5	1,2	,4	,8
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Rund 80% aller Frauen haben Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen.

Betrachtet man die einzelnen Einrichtungen, so fällt die Gruppe der anderen außerklinischen Institutionen auf, die mit 131 Frauen (29,1%) einen höheren Anteil Frauen ohne Hebammenvorsorgeuntersuchungen aufweisen.

Unabhängig von der Einrichtung haben 4920 Frauen (57,5%) mindestens eine bis fünf Vorsorgeuntersuchung und 1624 Frauen (19%) haben sechs bis zehn Untersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Frauen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gemeinsam von Hebammen und Gynäkologen betreut werden.

Tabelle 40

Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge

Ärztliche Schwangerschafts- vorsorge		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkl. Inst.	
Nein	Anzahl	246	53	5	304
	Spalten-%	5,2	1,6	1,1	3,6
Ja	Anzahl	4505	3297	445	8247
	Spalten-%	94,8	98,3	98,9	96,4
Angabe fehlt	Anzahl	1	4		5
	Spalten-%	,0	,1		,1
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Insgesamt haben 8247 Frauen (96,4%) mindestens eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen (s. Tabelle 40). Sie nutzen dabei vorwiegend das in einer ärztlichen Praxis vorhan-

dene medizin-technische Know-How, hier insbesondere die Ultraschalluntersuchung (siehe auch Kapitel 2.4.1, Seite 17), welche durch die mehr psycho-sozial ausgerichteten Betreuung durch die Hebamme ergänzt wird. Vereinzelt finden sich in Deutschland gute Kooperationen zwischen Hebammen und Gynäkologen, die dem Bedürfnis der Frau nach einer umfassenden Betreuung und Versorgung während der Schwangerschaft Rechnung tragen. Werden die Hebammen auch in Zukunft die Schwangerenvorsorge als einen wichtigen Teil in der Betreuung vornehmen und ausbauen, wird sich entgegen der jetzt noch oft existierenden Konkurrenz zwischen Gynäkologen und Hebammen eventuell ein für die Schwangere vorteilhaftes Kooperationskonstrukt entwickeln.

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik

Die differenzierte Entscheidung für eine außerklinische Geburt wird durch die Aussagen über die Entfernungen zur nächstgelegenen Klinik unterstützt, die in der folgenden Tabelle dargestellt ist. Bei den Geburtshäusern und anderen Institutionen fällt auf, dass die nächste Klinik in ca. 91% der Fälle höchstens zehn Kilometer entfernt ist. Nur sehr selten (2%) liegt die nächste Klinik zwischen 20 und 30 Kilometer entfernt. Damit entsprechen diese Einrichtungen den Empfehlungen, sich in Kliniknähe zu etablieren. Sie erfüllen damit ein wesentliches Qualitätskriterium, um im - zwar selten nötigen - eiligen Verlegungsfall entsprechend handeln zu können.

Selbst bei den Hausgeburtshebammen, die aus den Wohnungen ihrer Klientinnen verlegen, liegen die nächsten Kliniken in ca. 92% der Fälle nicht weiter als 20 Kilometer entfernt. Nur in Einzelfällen hätte die Hebamme, wenn nötig, die betreute Frau über dreißig Kilometer weit verlegen müssen.

Tabelle 41

Entfernung zur nächstgelegenen Klinik

Entfernung zur nächstgel. Klinik		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerk. Inst.	
Angabe fehlt	Anzahl	3			3
	Spalten-%	,1			,0
bis 10 km	Anzahl	3246	2996	429	6671
	Spalten-%	68,3	89,3	95,3	78,0
11 bis 20 km	Anzahl	1137	174	7	1318
	Spalten-%	29,9	5,2	1,6	15,4
21 bis 30 km	Anzahl	182	63	1	246
	Spalten-%	3,8	1,9	,2	2,9
31 bis 40 km	Anzahl	19			19
	Spalten-%	,4			,2
mehr als 50 km	Anzahl	2			2
	Spalten-%	,0			,0
Angabe fehlt	Anzahl	163	121	13	297
	Spalten-%	3,4	3,6	2,9	3,5
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Die Kliniklandschaft in Deutschland lässt somit die Möglichkeit zu, bei einer eventuellen Verlegung der Schwangeren innerhalb kurzer Zeit erreichbar zu sein. Mit der geplanten Umstrukturierung der

Krankenhausangebote (Schließung von Abteilungen, Bettenkürzungen, vermehrte ambulante Betreuung) in den nächsten Jahren, müssen wir bei folgenden Erhebungen beobachten, ob dieser Qualitätsstandard in der aufgezeigten Form weiterbestehen bleibt.

Die umfassende Betreuung in der Schwangerschaft ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal, bildet sich doch hier bereits ein wichtiges Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau heraus. In der Schwangerschaftsbetreuung ist die Hebammenvorsorge ein wichtiger Aspekt, durch den sich die Hebamme ein Bild über den Schwangerschaftsverlauf machen und sich entwickelnde Probleme erkennen kann.

Befunde und Risiken

Wie in Kapitel 2.4.2 bereits beschrieben betreuen die Hebammen nicht nur Frauen ohne Befunde oder Risiken. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Befunde nach Katalog B und wie viele Risiken laut Katalog C auftraten.

Tabelle 42

Dokumentierte Befunde nach Katalog B und Katalog C

			Eintrag lt. Katalog C vorhanden		Gesamt
			nein	ja	
Eintrag lt. Katalog B vorhanden	nein	Anzahl	4204	3443	7647
		Gesamt-%	49,1	40,2	89,4
	ja	Anzahl	414	495	909
		Gesamt-%	4,8	5,8	10,6
Gesamt	Anzahl	4618	3938	8556	
	Gesamt-%	54,0	46,0	100,0	

4204 Frauen (49,1%) hatten weder ein befundetes Schwangerschaftsrisiko nach Katalog B, noch ein Geburtsrisiko nach Katalog C.

Es gab jedoch auch 3443 Verläufe, bei denen 3443 Frauen (40,2%) keine Befunde in der Schwangerschaft entwickelten, aber dann Risiken während der Geburt nach Katalog C aufwiesen (s. Tabelle 42). In einer weiterführende Analyse wurden diese Geburtsrisiken nach Katalog C näher betrachtet und die fünf häufigsten Risiken benannt. Von den 3443 Frauen hatten 1757 Frauen (51%) einen vorzeitigen Blasensprung (C 60), 868 Frauen (25,2%) eine Terminüberschreitung (C61), 474 Schwangere (13,8%) hatten einen protrahierten Geburtsverlauf in der Eröffnungsphase (C82), bei 291 Schwangeren (8,5%) trat grünes Fruchtwasser auf (C78) und bei 268 Frauen (7,8%) Zustand nach Sectio oder anderer Uterusoperation (C 69).

Insgesamt gab es bei über 90% der Frauen mit befundfreier Schwangerschaft und folgender Risikoentwicklung unter der Geburt keine primär gefährlichen Ausgangssituationen, die gegen eine außerklinische Geburt gesprochen hätten.

Betrachtet man in der Tabelle 43 die Verteilung der Befunde und Risiken in den verschiedenen Institutionen, so gibt es ein wesentliches Ergebnis. Die Betreuung durch eine Hausgeburtshe-

bamme weist das größte Kollektiv risikofreier Frauen auf. Besonders der Unterschied in der Gruppe nur Risiko lt. Katalog C von über 8,6 % zu den anderen außerklinischen Einrichtungen, muss in der Zukunft einmal näher untersucht werden. Es könnte hier nur spekuliert werden, welche Ursachen diesen Zahlen zu Grunde liegen.

Tabelle 43
Risikoeinträge nach Institution

Risikoeinträge lt. Katalog B u. C		Beteiligte Einrichtung			Gesamt
		Hebamme	Geburtshaus	and. außerkli. Inst.	
keine	Anzahl	2396	1610	198	4204
	Spalten-%	50,4	48,0	44,0	49,1
nur lt. Kat. B	Anzahl	246	154	14	414
	Spalten-%	5,2	4,6	3,1	4,8
nur lt. Kat. C	Anzahl	1821	1411	211	3443
	Spalten-%	38,3	42,1	46,9	40,2
lt. Kat. B u. C	Anzahl	289	179	27	495
	Spalten-%	6,1	5,3	6,0	5,8
Anzahl		4752	3354	450	8556
Spalten-%		100,0	100,0	100,0	100,0

Nach der Betrachtung der differenzierten Entscheidung für eine außerklinische Geburt soll nun die situationsgerechte Begleitung näher betrachtet werden.

Es wird dargestellt, ob beim Vorhandensein von Befunden und / oder Risiken weiteres Fachpersonal zu der Geburt eingetroffen ist. Die Tabelle 44 enthält nun wieder Gesamtprozent.

Bei 2999 Geburten (35,1%) ist eine zweite Hebamme anwesend, bei 1022 Geburten (11,9%) ein Arzt und bei 443 Geburten (5,2%) kommen eine zweite Hebamme und ein Arzt hinzu.

Insgesamt trafen bei 4464 Geburten (52,2%) weitere Fachpersonen ein, obwohl nur in ca. der Hälfte dieser Fälle Risiken nach Katalog B und / oder C auftraten (siehe Tabelle 44). In der risikofreien Gruppe mit 4204 Geburten (49,1%) kommt also bei 2168 Geburten (25,3%) die zweite Hebamme und / oder ein Arzt hinzu. Es wurde nicht näher betrachtet, in welchen Einrichtungen diese Vorgehensweise vermehrt stattfindet. Es könnten protrahierte Verläufe über 24 Stunden ebenso eine Erklärung sein, wie die Festlegung dieses Vorgehens als Standard in einer außerklinischen Einrichtung.

Tabelle 44

2. Hebamme und/oder Arzt eingetroffen nach Risikoeinträgen

			Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
			keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen	nicht gerufen	Anzahl	2036	201	1621	234	4092
		Gesamt-%	23,8	2,3	18,9	2,7	47,8
	Hebamme eingetroffen	Anzahl	1451	148	1228	172	2999
		Gesamt-%	17,0	1,7	14,4	2,0	35,1
	Arzt eingetroffen	Anzahl	491	49	413	69	1022
		Gesamt-%	5,7	,6	4,8	,8	11,9
	Hebamme u. Arzt eingetroffen	Anzahl	226	16	181	20	443
		Gesamt-%	2,6	,2	2,1	,2	5,2
	Gesamt	Anzahl	4204	414	3443	495	8556
		Gesamt-%	49,1	4,8	40,2	5,8	100,0

Näher betrachtet wurde jedoch, wie oft nach Eintreffen einer zweiten Hebamme und / oder einem Arzt trotzdem noch eine Verlegung in die Klinik erfolgte (s. Tabelle 45). In 125 Fällen (8,5%) ist mit Hilfe der Entscheidung hinzugezogener Fachpersonen die Verlegung erfolgt.

Tabelle 45

2. Hebamme und/oder Arzt eingetroffen nach Geburtsort

2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen * Geburtsort

2. Hebamme und/oder Arzt zur Geburt eingetroffen			Geburtsort			Gesamt
			Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
Arzt eingetroffen	Anzahl	1	932	89	1022	
	Zeilen-%	,1%	91,2%	8,7%	100,0%	
	Spalten-%	33,3%	69,7%	71,2%	69,8%	
	Gesamt-%	,1%	63,6%	6,1%	69,8%	
Hebamme u. Arzt eingetroffen	Anzahl	2	405	36	443	
	Zeilen-%	,5%	91,4%	8,1%	100,0%	
	Spalten-%	66,7%	30,3%	28,8%	30,2%	
	Gesamt-%	,1%	27,6%	2,5%	30,2%	
	Anzahl	3	1337	125	1465	
	Zeilen-%	,2%	91,3%	8,5%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	,2%	91,3%	8,5%	100,0%	

Welche Befunde und Risiken dokumentiert wurden und welche eine Rolle spielten, um eine weitere Fachperson hinzuzuziehen, wird hier nicht näher betrachtet. Hierfür ist eine Sonderauswertung vorgesehen.

In der folgenden Tabelle 46 wurde differenziert betrachtet, wie sich die Befunde und / oder Risiken auf die zwei Kollektive (außerklinisch /klinisch entbunden) verteilen.

Tabelle 46

Beendigung der Geburt nach Risikoeinträgen

Geburtsort ...		Risikoeinträge lt. Katalog B u. C				Gesamt
		keine	nur lt. Kat. B	nur lt. Kat. C	lt. Kat. B u. C	
Angabe fehlt	Anzahl	4		8		12
	Zeilen-%	33,3%		66,7%		100,0%
	Gesamt-%	,0%		,1%		,1%
außerklinisch	Anzahl	4125	410	2541	366	7442
	Zeilen-%	55,4%	5,5%	34,1%	4,9%	100,0%
	Gesamt-%	48,2%	4,8%	29,7%	4,3%	87,0%
klinisch	Anzahl	75	4	894	129	1102
	Zeilen-%	6,8%	,4%	81,1%	11,7%	100,0%
	Gesamt-%	,9%	,0%	10,4%	1,5%	12,9%
Anzahl		4204	414	3443	435	8556
Zeilen-%		49,1%	4,8%	40,2%	5,8%	100,0%
Gesamt-%		49,1%	4,8%	40,2%	5,8%	100,0%

Es zeigt sich hier, dass nicht alle Frauen mit Befunden oder Geburtsrisiken auch außerklinisch entbunden haben, sondern dem Verlegungskollektiv zugeordnet werden müssen (ca. 93% der verlegten Gebärenden wiesen Befunde und / oder Risiken auf). Es gab bei den verlegten Frauen aber auch 75 Frauen (6,8%) ohne Probleme. Die Zahlen belegen damit deutlich, dass bei der Entwicklung von Risiken unter der Geburt oft in eine Klinik weitergeleitet wird, um Gefahr von Mutter und Kind fernzuhalten. Eine nähere Betrachtung zu den Geburtsrisiken und den Verlegungen sind in Kapitel 2.5.1 nachzulesen.

Vorzeitiger Blasensprung

Ein nicht zu unterschätzendes Geburtsrisiko ist der vorzeitige Blasensprung, da daraus lang dauernde Geburtsverläufe resultieren können und es zu einer Infektion bei Mutter und Kind kommen kann. Aus diesem Grund wird in der folgenden Tabelle die Anzahl der vorzeitigen Blasensprünge dargestellt. Bewusst wurde hier eine Zweiteilung gewählt, aus der ersichtlich wird, wie viele Geburten innerhalb 24 Stunden und wie viele erst nach 24 Stunden beendet wurden. Als Berechnungsgrundlage wurde die Zeitdifferenz zwischen Blasensprung und Geburt herangezogen. Für die Kategorisierung wurde festgelegt, dass die Blasensprünge, die bis zu 24 Stunden vor der Geburt stattfanden kein Geburtsrisiko per se darstellen. Allerdings sollten die vorzeitigen Blasensprünge, die mehr als 24 Stunden vor der Geburt liegen, als „echtes“ Geburtsrisiko angesehen werden, da dadurch die Infektionsgefahr für Mutter und Kind ansteigt.

Die Rate des vorzeitigen Blasensprungs beträgt im Gesamtkollektiv 28,1%, unabhängig von dem Zeitpunkt des Blasensprunges (s. Tabelle 47).

In 2290 Fällen (26,8%) haben die Frauen einen vorzeitigen Blasensprung gehabt, der maximal bis zu 24 Stunden vor der Geburt lag. Nur in 114 Fällen (1,3%) lag der vorzeitige Blasensprung mehr

als 24 Stunden vor der Geburt. Damit ist die Rate des vorzeitigen Blasensprunges als „echtes“ Geburtsrisiko sehr gering.

Tabelle 47

Vorzeitiger Blasensprung

	Häufigkeit	Prozent
nein	6152	71,9
innerhalb 24 Stunden	2290	26,8
größer 24 Stunden	114	1,3
Gesamt	8556	100,0

Die eventuell entstehenden Infektionen bei offener Fruchtblase und langen Geburtsverläufen finden außerklinisch nur sehr selten statt (s. Tabelle 8, Seite 23) – dort ist der Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom in 16 Fällen (0,2%) dokumentiert und Fieber unter der Geburt mit 14 Fällen (0,2%) (Mehrfachnennungen waren möglich). Ob diese Fälle tatsächlich im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Blasensprung standen, wird aufgrund der geringen Fallzahlen hier nicht näher betrachtet.

Blasensprengung (Amniotomie)

Zur situationsgerechten Geburtsbegleitung zählt ebenfalls die Amniotomie (Blasensprengung). Es wurde dazu bereits unter Kapitel 4.2 Stellung genommen. An dieser Stelle wird kurz auf die Häufigkeiten der spontanen Blasensprünge und Amniotomien eingegangen. In 83,2% der betreuten Geburten findet der spontane Blasensprung statt, in 16,8% eine Amniotomie. Es kann leider keine vergleichende Angabe darüber gemacht werden, ob die Zahl der Amniotomien in dieser Höhe normal, zu hoch oder niedrig ist, da in der klinischen Perinatalerhebung die Amniotomien subpartal nicht erhoben werden. Es werden dort nur die Blasensprengungen zur Geburtseinleitung dokumentiert. Es wird angenommen, dass in der Klinik eine höhere Zahl an Amniotomien stattfindet, da sie oft zur Geburtsbeschleunigung subpartal durchgeführt werden.

In 108 Fällen (1,3%) erfolgten keine Angaben oder konnten die Angaben nicht ausgewertet werden, hier sind sicher auch die Geburten enthalten, zu denen die Hebamme erst nach der Geburt eintraf.

Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

Dieses sehr umfassende letzte Kapitel der Darstellung von differenzierter Entscheidung der Hebammen und Schwangeren für eine außerklinische Geburt sowie die situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung soll mit einer letzten Tabelle abgeschlossen werden, in welcher der Zustand von Mutter und Kind nach der Geburt dargelegt wird.

Hierzu wird eine einfache Klassifizierung nach den folgenden Kriterien festgelegt:

Auffällige Mutter

- mütterliche Problematik postpartal
- Verlegung postpartal (außer zur Nahtversorgung)

Unauffällige Mutter

- die eben beschriebenen Parameter treffen nicht zu

Auffälliges Neugeborenes

- postpartal in eine Klinik verlegt
- Morbiditäten vorhanden
- Verstorbenes Kind

Unauffälliges Kind

- die eben beschriebenen Parameter treffen nicht zu

Tabelle 48

Zustand des Neugeborenen und der Mutter postpartal

			Zustand der Mutter p.p.		Gesamt
			unauffällig	auffällig	
Zustand des Neugeborenen	unauffällig	Anzahl	7710	424	8134
		Gesamt-%	90,1%	5,0%	95,1%
	auffällig	Anzahl	368	54	422
		Gesamt-%	4,3%	,6%	4,9%
Gesamt	Anzahl		8078	478	8556
		Gesamt-%	94,4%	5,6%	100,0%

Insgesamt befinden sich 7710 Mütter (90,1%) mit ihrem Kind nach der Geburt in einem unauffälligen, heißt gesunden Zustand. Nur bei 54 der betreuten Geburten (0,6%) gab es postpartal Auffälligkeiten für Mutter und Kind. Bedingt durch die verschiedenen Morbiditäten gibt es in 368 Fällen (4,3%) eine gesunde Mutter mit einem auffälligen Kind. Dagegen gab es auch 424 Mütter (5,0%) mit Auffälligkeiten, die aber ein unauffälliges Kind hatten.

Die Rate der nach obiger Definition auffälligen Kindern beträgt 4,9% (n=422). Die etwas höhere Rate an auffälligen Müttern von 5,6% (n=478) ist durch die nach obiger Definition berücksichtigte mütterliche Problematik begründet, zu der auch die Rubrik „Sonstiges“ zählt. In der Regel werden unter Sonstiges kleinere Verletzungen, wie Schürfungen oder Blutungen zwischen 500 und 1000 ml dokumentiert.

Zusammenfassung

Diese Ergebnisse bestätigen abschließend, dass die außerklinische Geburtshilfe der heutigen Zeit, zwar nur einen geringen Anteil aller Geburten in Deutschland ausmacht (ca. 1,2 %) – sich aber eine fachlich professionelle Betreuung entwickelt hat, an deren Ende das Ziel jeder Hebamme und jeden Arztes steht – die gesunde Mutter mit ihrem gesunden Kind.

5 Kurzdarstellung der Geminigeburten

Wie schon in der Kommentierung der Ergebnisse erwähnt, stellt die Betreuung von Gemini die Ausnahme in der außerklinischen Geburtshilfe dar und wird von den Hebammenverbänden nur unter sehr engen Vorgaben (siehe „Hebammengeleitete Geburtshilfe“) unterstützt.

Vor diesem Hintergrund erfolgt eine kurze Darstellung zentraler Ergebnisse dieser Sonderfälle.

- Es gab 11 betreute Geminigeburten mit 22 Kindern.
- Fünf der Geminigeburten fanden in Bayern statt.
- Von den 11 Schwangeren waren vier Dritt – und Mehrgebärende, sechs Zweitgebärende und eine Erstgebärende.
- Zu acht Geburten kam eine zweite Hebamme dazu und zu den drei anderen ein Arzt.
- Die Geburten wurden von verschiedenen Institutionen außerklinisch betreut. Neun der Geburten wurden außerklinisch und zwei klinisch beendet.
- Acht der 22 Kinder wogen zwischen 2000g und 2499g und 13 der Kinder waren schwerer als 2500g, für ein Kind liegt keine Angabe vor.
- Ein Kind ist bereits vor der Geburt verstorben.
- Alle anderen 21 Kinder sind lebensfrisch geboren.
- Kein Kind - weder die zu Hause noch die in der Klinik geborenen – mussten postpartal in eine Kinderklinik werden.

In den Hebammenzirkeln muss die Geburtsbegleitung von Geminischwangerschaften diskutiert werden. Es wird sich bei weiteren Auswertungen zeigen, ob dies weiterhin einzelne Fälle sind, wo die Hintergrundgeschichten der Schwangeren sicher eine wesentliche Rolle spielen oder ob es eine zunehmende Tendenz gibt. Sollte dies der Fall sein, so wird in Zukunft die Auswertung dieser Ergebnisse noch detaillierter vorgenommen und dargestellt werden.

6 Tabellarische Darstellungen

Im folgenden Anhang werden alle Parameter des Erhebungsbogens dargestellt, die in den vorausgegangenen Kapiteln dieses ersten Berichts noch nicht detailliert analysiert und diskutiert worden sind. Die Reihenfolge ist chronologisch gemäß dem Erhebungsbogen. Dargestellt ist in der Regel die jeweilige reine Häufigkeitsverteilung. Nur in Einzelfällen wird eine Unterteilung in Gruppen vorgenommen (z.B. Geburtsort pro Bundesland).

Zeile 5: Vorausgegangene Schwangerschaften, Lebendgeburten, Extrauterine Schwangerschaften und Cürettagen

vorausgeg. Schwangerschaften

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	2298	26,9	26,9
1	2918	34,1	34,1
2	1711	20,0	20,0
3	879	10,3	10,3
4	430	5,0	5,0
5 bis 10	312	3,6	3,6
über 10	5	,1	,1
Gesamt	8553	100,0	100,0
fehlend	3	,0	
Gesamt	8556	100,0	

Lebendgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	3101	36,2	36,4
1	3212	37,5	37,7
2	1423	16,6	16,7
3	499	5,8	5,9
4	182	2,1	2,1
5 bis 10	105	1,2	1,2
über 10	1	,0	,0
Gesamt	8523	99,6	100,0
fehlend	33	,4	
Gesamt	8556	100,0	

Totgeburten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	8372	97,8	99,0
1	73	,9	,9
2	6	,1	,1
3	6	,1	,1
4	2	,0	,0
5 bis 10	1	,0	,0
Gesamt	8460	98,9	100,0
fehlend	96	1,1	
Gesamt	8556	100,0	

Cürettagen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	6513	76,1	76,9
1	1380	16,1	16,3
2	420	4,9	5,0
3	123	1,4	1,5
4	26	,3	,3
5 bis 10	8	,1	,1
Gesamt	8470	99,0	100,0
fehlend	86	1,0	
Gesamt:	8556	100,0	

Extrauterine Schwangerschaften

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
0	8342	97,5	98,7
1	102	1,2	1,2
2	8	,1	,1
4	1	,0	,0
Gesamt	8453	98,8	100,0
fehlend	103	1,2	
Gesamt	8556	100,0	

Zeile 9 : Hebammenerstkontakt, hier aufgeteilt nach Parität

Hebammenerstkontakt in SSW * Parität

Hebammenerstkontakt in SSW		Parität			Gesamt
		Erst- gebärende	Mehr- gebärende	keine Angabe	
bis 8. SSW	Anzahl	120	520	6	646
	Zeilen-%	18,6%	80,5%	,9%	100,0%
	Spalten-%	3,9%	9,7%	6,5%	7,6%
	Gesamt-%	1,4%	6,1%	,1%	7,6%
9.-12. SSW	Anzahl	235	694	8	937
	Zeilen-%	25,1%	74,1%	,9%	100,0%
	Spalten-%	7,6%	12,9%	8,6%	11,0%
	Gesamt-%	2,7%	8,1%	,1%	11,0%
13.-16. SSW	Anzahl	382	768	14	1164
	Zeilen-%	32,8%	66,0%	1,2%	100,0%
	Spalten-%	12,4%	14,3%	15,1%	13,6%
	Gesamt-%	4,5%	9,0%	,2%	13,6%
17.-20. SSW	Anzahl	562	946	13	1521
	Zeilen-%	36,9%	62,2%	,9%	100,0%
	Spalten-%	18,2%	17,6%	14,0%	17,8%
	Gesamt-%	6,6%	11,1%	,2%	17,8%
21.-24. SSW	Anzahl	569	672	15	1256
	Zeilen-%	45,3%	53,5%	1,2%	100,0%
	Spalten-%	18,5%	12,5%	16,1%	14,7%
	Gesamt-%	6,7%	7,9%	,2%	14,7%
25.-28. SSW	Anzahl	528	747	16	1291
	Zeilen-%	40,9%	57,9%	1,2%	100,0%
	Spalten-%	17,1%	13,9%	17,2%	15,1%
	Gesamt-%	6,2%	8,7%	,2%	15,1%
29.-32. SSW	Anzahl	415	549	11	975
	Zeilen-%	42,6%	56,3%	1,1%	100,0%
	Spalten-%	13,5%	10,2%	11,8%	11,4%
	Gesamt-%	4,9%	6,4%	,1%	11,4%
nach 32. SSW	Anzahl	265	471	10	746
	Zeilen-%	35,5%	63,1%	1,3%	100,0%
	Spalten-%	8,6%	8,8%	10,8%	8,7%
	Gesamt-%	3,1%	5,5%	,1%	8,7%
Angabe fehlt	Anzahl	8	12		20
	Zeilen-%	40,0%	60,0%		100,0%
	Spalten-%	,3%	,2%		,2%
	Gesamt-%	,1%	,1%		,2%
Gesamt	Anzahl	3084	5379	93	8556
	Zeilen-%	36,0%	62,9%	1,1%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	36,0%	62,9%	1,1%	100,0%

Zeile 10 : Anzahl persönlicher Kontakte und davon Hebammen – Vorsorgeuntersuchungen

Anzahl persönlicher Kontakte insg.

	Häufigkeit	Prozent
keine	45	,5
1 - 5	3287	38,4
6 - 10	3836	44,8
11 - 15	1074	12,6
mehr als 15	289	3,4
Angabe fehlt/ungültig	25	,3
Gesamt	8556	100,0

Anzahl d. Hebammenvorsorgeuntersuchungen

	Häufigkeit	Prozent
keine	1779	20,8
1 - 5	4920	57,5
6 - 10	1624	19,0
11 - 15	159	1,9
mehr als 15	6	,1
Angabe fehlt/ungültig	68	,8
Gesamt	8556	100,0

Zeile 11 : Anzahl der ärztlichen Vorsorge

Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge

	Häufigkeit	Prozent
Nein	304	3,6
Ja	8247	96,4
Angabe fehlt	5	,1
Gesamt	8556	100,0

Zeile 13: Schwangerschaftsrisiken lt. Katalog A

	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
A01 Fam. Belastung	7964	93,1%	592	6,9%	8556	100,0%
A02 Anamn. Erkrankung	8137	95,1%	419	4,9%	8556	100,0%
A03 Blutung,Thrombose	8494	99,3%	62	,7%	8556	100,0%
A04 Allergie	7418	86,7%	1138	13,3%	8556	100,0%
A05 Frühere Bluttransfusionen	8493	99,3%	63	,7%	8556	100,0%
A06 Bes. psych. Belastung	8298	97,0%	258	3,0%	8556	100,0%
A07 Bes. soz. Belastung	8447	98,7%	109	1,3%	8556	100,0%
A08 Rhesus-Inkompatibilität.	8541	99,8%	15	,2%	8556	100,0%
A09 Diabetes mellitus	8549	99,9%	7	,1%	8556	100,0%
A10 Adipositas	8472	99,0%	84	1,0%	8556	100,0%
A11 Kleinwuchs	8546	99,9%	10	,1%	8556	100,0%
A12 Skelettanomalien	8475	99,1%	81	,9%	8556	100,0%
A13 Schwangere <18 Jahre	8541	99,8%	15	,2%	8556	100,0%
A14 Schwangere >35 Jahre	7110	83,1%	1446	16,9%	8556	100,0%
A15 Vielgebärende	8452	98,8%	104	1,2%	8556	100,0%
A16 Zustand n. Steri.-behandlung	8492	99,3%	64	,7%	8556	100,0%
A17 Zustand n. Frühgeburt(<37 SSW)	8483	99,1%	73	,9%	8556	100,0%
A18 Zustand n. Mangelgeburt	8531	99,7%	25	,3%	8556	100,0%
A19 Zustand n. >=2 AbortenA bbr.	8186	95,7%	370	4,3%	8556	100,0%
A20 Totesgeschäd. Kind in Anamnese	8416	98,4%	140	1,6%	8556	100,0%
A21 Komplik. vorausgeg. Entbind.	8348	97,6%	208	2,4%	8556	100,0%
A22 Komplikationen post partum	8499	99,3%	57	,7%	8556	100,0%
A23 Zustand nach Sectio	8315	97,2%	241	2,8%	8556	100,0%
A24 Zustand n. and. Uterus-Operationen	8492	99,3%	64	,7%	8556	100,0%
A25 Rasche SS-Folge (< 1 Jahr)	8366	97,8%	190	2,2%	8556	100,0%
A26 And. Besonderheiten (anamn.)	8399	98,2%	157	1,8%	8556	100,0%
A54 Zustand nach HELLP	8553	100,0%	3	,0%	8556	100,0%
A55 Zustand nach Eklampsie	8554	100,0%	2	,0%	8556	100,0%
A56 Zustand nach Hypertonie	8547	99,9%	9	,1%	8556	100,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Zeile 13: Schwangerschaftsrisiken lt. Katalog B

	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
B27 Behndl. Allgemeinerkrankungen	8523	99,6%	33	,4%	8556	100,0%
B28 Dauermedikation	8528	99,7%	28	,3%	8556	100,0%
B29 Abusus	8502	99,4%	54	,6%	8556	100,0%
B30 Bes. psych. Belastung	8496	99,3%	60	,7%	8556	100,0%
B31 Bes. soz. Belastung	8534	99,7%	22	,3%	8556	100,0%
B32 Blutungen < 28 SSW	8470	99,0%	86	1,0%	8556	100,0%
B33 Blutungen > 28 SSW	8542	99,8%	14	,2%	8556	100,0%
B34 Placenta praevia	8552	100,0%	4	,0%	8556	100,0%
B35 Mehrlings-Schwangerschaft	8553	100,0%	3	,0%	8556	100,0%
B36 Hydramnion	8542	99,8%	14	,2%	8556	100,0%
B37 Oligohydramnie	8543	99,8%	13	,2%	8556	100,0%
B38 Terminunklarheit	8491	99,2%	65	,8%	8556	100,0%
B39 Placenta-Insuffizienz	8537	99,8%	19	,2%	8556	100,0%
B40 Isthmozervikale Insuffizienz	8496	99,3%	60	,7%	8556	100,0%
B41 Vorzeitige Wehentätigkeit	8377	97,9%	179	2,1%	8556	100,0%
B42 Anämie	8510	99,5%	46	,5%	8556	100,0%
B43 Harnwegsinfektion	8534	99,7%	22	,3%	8556	100,0%
B44 Indirekter Coombstest positiv	8553	100,0%	3	,0%	8556	100,0%
B45 Risiko aus and. serolog. Befunden	8533	99,7%	23	,3%	8556	100,0%
B46 Hypertonie (> 140,90)	8526	99,6%	30	,4%	8556	100,0%
B47 Eiweißausscheidung >1 Promille	8553	100,0%	3	,0%	8556	100,0%
B48 Mittelgr.-schwere Ödeme	8522	99,6%	34	,4%	8556	100,0%
B49 Hypotonie	8546	99,9%	10	,1%	8556	100,0%
B50 Gestationsdiabetes	8546	99,9%	10	,1%	8556	100,0%
B51 Lageanomalie	8532	99,7%	24	,3%	8556	100,0%
B52 And.Besonderheiten	8473	99,0%	83	1,0%	8556	100,0%
B53 Hyperemesis	8546	99,9%	10	,1%	8556	100,0%

Es waren Mehrfachnennungen möglich

Zeile 14 : Entfernung zu der nächstgelegenen Klinik

Entfernung zur nächstgel. Klinik

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	3	,0
bis 10 km	6671	78,0
11 bis 20 km	1318	15,4
21 bis 30 km	246	2,9
31 bis 40 km	19	,2
mehr als 50 km	2	,0
Angabe fehlt	297	3,5
Gesamt	8556	100,0

Zeile 16 : Errechnete Betreuungszeit der Frauen vom Beginn der kontinuierlichen Anwesenheit bis zur Geburt des Kindes

Betreuungszeit

	Häufigkeit	Prozent
Angaben fehlen	164	1,9
Eintr. nach Geb.	143	1,7
Eintr. zur Geb.	107	1,3
bis 1 Std.	1024	12,0
1 bis 3 Std.	2587	30,2
3 bis 5 Std.	1712	20,0
5 bis 10 Std.	1709	20,0
10 bis 24 Std.	963	11,3
1 bis 2 Tage	131	1,5
mehr als 2 Tage	16	,2
Gesamt	8556	100,0

Zeile 17: Herztonkontrollen

Herztonkontrolle mittels

	Häufigkeit	Prozent
keine	274	3,2
Dopton	3609	42,2
CTG	1309	15,3
Dopton u. CTG	2146	25,1
Hörrohr	116	1,4
Dopton u. Hörrohr	686	8,0
CTG u. Hörrohr	171	2,0
Dopton, CTG, Hörrohr	245	2,9
Gesamt	8556	100,0

Zeile 18 : Blaserisprung oder Amniotomie

Blasensprung

	Häufigkeit	Prozent
Nein	1685	19,7
Ja	6803	79,5
keine Angabe	68	,8
Gesamt	8556	100,0

Amniotomie

	Häufigkeit	Prozent
Nein	6987	81,7
Ja	1455	17,0
keine Angabe	114	1,3
Gesamt	8556	100,0

Zeile 21: Zweite Hebamme gerufen / zweite Hebamme eingetroffen

2. Hebamme gerufen

	Häufigkeit	Prozent
Nein	5040	58,9
Ja	3497	40,9
Keine Angabe	19	,2
Gesamt	8556	100,0

2. Hebamme eingetroffen

	Häufigkeit	Prozent
nein	5062	59,2
ja	3442	40,2
keine Angabe	52	,6
Gesamt	8556	100,0

Wenn zweite Hebamme eingetroffen, vor, zur, nach Geburt

2. Hebammen eingetroffen ...

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	17	,5
vor Geburt	2783	80,9
zur Geburt	352	10,2
nach Geburt	290	8,4
Gesamt	3442	100,0

Zeile 22 : Arzt gerufen / Arzt eingetroffen

Arzt gerufen

	Häufigkeit	Prozent
Nein	7015	82,0
Ja	1493	17,4
Keine Angabe	48	,6
Gesamt	8556	100,0

Arzt eingetroffen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nein	7013	82,0	82,0
ja	1465	17,1	17,1
keine Angabe	75	,9	,9
Gesamt	8553	100,0	100,0
Fehlend	3	,0	
Gesamt	8556	100,0	

Wenn Arzt eingetroffen, vor, zur, nach Geburt

Arzt eingetroffen ...

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	8	,5
vor Geburt	886	60,5
zur Geburt	284	19,4
nach Geburt	287	19,6
Gesamt	1465	100,0

Zeile 24 : Lage des Kindes

Lage des Kindes

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	47	,5
regelrechte Schädellage	8127	95,0
Beckenendlage	27	,3
regelwidrige Schädellage	355	4,1
Gesamt	8556	100,0

Regelwidrige Schädelagen nach Katalog C

Schädelage nach Katalog C

	Häufigkeit	Prozent
Querlage/Schräglage	3	,8
Hinter-Hinterhauptlage	141	39,7
Vorderhauptslage	60	16,9
Gesichts-/Stirnlage	12	3,4
Tiefer Querstand	8	2,3
Hoher Geradstand	63	17,7
sonst. regelwidrige Schädelage	54	15,2
keine Angabe	14	3,9
Gesamt	355	100,0

Zeile 25 : Begleitende Maßnahmen sub partu

Begleitende Maßnahmen sub partu

	Häufigkeit	Prozent
Nein	2799	32,7
Ja	5735	67,0
keine Angabe	22	,3
Gesamt	8556	100,0

Die verschiedenen Arten der begleitenden Maßnahmen sub partu, wenn begleitende Maßnahmen mit Ja angegeben war. (Es waren Mehrfachnennungen möglich)

Analgetika/Spasmolytika

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4930	86,0
Ja	805	14,0
Gesamt	5735	100,0

Homöopathika

	Häufigkeit	Prozent
Nein	1396	24,3
Ja	4339	75,7
Gesamt	5735	100,0

Naturheilkunde

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4335	75,6
Ja	1400	24,4
Gesamt	5735	100,0

Massagen

	Häufigkeit	Prozent
Nein	2913	50,8
Ja	2822	49,2
Gesamt	5735	100,0

Akupunktur/-pressur

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4950	86,3
Ja	785	13,7
Gesamt	5735	100,0

Sonstiges

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4848	84,5
Ja	887	15,5
Gesamt	5735	100,0

Zeile 26 : Geburtsmodus im außerklinischen Kollektiv

Außerklinischer Geburtsmodus

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	49	,7
Spontan	7227	97,1
Spontan und Kristellerhilfe	139	1,9
Vaginal-Operativ	24	,3
Krist. u. vag.-op.	3	,0
Gesamt	7442	100,0

Zeile 27 : Dauer des aktiven Mitschiebens

Dauer des aktiven Mitschiebens

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	654	7,6
< 15 Min.	4613	53,9
15 - 60 Min.	2655	31,0
> 60 Min.	634	7,4
Gesamt	8556	100,0

Zeile 28 : Geburtsverletzungen

Geburtsverletzungen

	Häufigkeit	Prozent
Nein	3584	41,9
Ja	4347	50,8
keine Angabe	625	7,3
Gesamt	8556	100,0

Dokumentierte Geburtsverletzungen (Es waren Mehrfachnennungen möglich)

DR I

	Häufigkeit	Prozent
Nein	2614	60,1
Ja	1733	39,9
Gesamt	4347	100,0

DR II

	Häufigkeit	Prozent
Nein	3108	71,5
Ja	1239	28,5
Gesamt	4347	100,0

DR III-IV

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4272	98,3
Ja	75	1,7
Gesamt	4347	100,0

Episiotomie

	Häufigkeit	Prozent
Nein	3652	84,0
Ja	695	16,0
Gesamt	4347	100,0

andere nahtpflichtige Risse

	Häufigkeit	Prozent
Nein	3496	80,4
Ja	851	19,6
Gesamt	4347	100,0

Zeile 26/28: Episiotomie und Geburtsmodus außerklinisch mit allen %-Angaben

Geburtsmodus der außerklinischen Geburten			Episiotomie		Gesamt
			Nein	Ja	
	Angabe fehlt	Anzahl	43	3	46
		Zeilen-%	93,5%	6,5%	100,0%
		Spalten-%	,6%	,6%	,6%
		Gesamt-%	,6%	,0%	,6%
	Spontan	Anzahl	6840	388	7228
		Zeilen-%	94,6%	5,4%	100,0%
		Spalten-%	98,2%	81,5%	97,1%
		Gesamt-%	91,9%	5,2%	97,1%
	Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	80	59	139
		Zeilen-%	57,6%	42,4%	100,0%
		Spalten-%	1,1%	12,4%	1,9%
		Gesamt-%	1,1%	,8%	1,9%
	vaginal-operativ	Anzahl	2	23	25
		Zeilen-%	8,0%	92,0%	100,0%
		Spalten-%	,0%	4,8%	,3%
		Gesamt-%	,0%	,3%	,3%
	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl		3	3
		Zeilen-%		100,0%	100,0%
		Spalten-%		,6%	,0%
		Gesamt-%		,0%	,0%
Sectio	Anzahl	1		1	
	Zeilen-%	100,0%		100,0%	
	Spalten-%	,0%		,0%	
	Gesamt-%	,0%		,0%	
Gesamt	Anzahl	6966	476	7442	
	Zeilen-%	93,6%	6,4%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	93,6%	6,4%	100,0%	

Zeile 28/39: Episiotomie und Geburtsmodus klinisch ohne Sectio mit allen %-Angaben

Geburtsmodus der klinischen Geburten ohne Sectio			Episiotomie		Gesamt
			Nein	Ja	
	Angabe fehlt	Anzahl	34	5	39
		Zeilen-%	87,2%	12,8%	100,0%
		Spalten-%	5,8%	2,2%	4,8%
		Gesamt-%	4,2%	6%	4,8%
	Spontan	Anzahl	411	82	493
		Zeilen-%	83,4%	16,6%	100,0%
		Spalten-%	69,9%	36,6%	60,7%
		Gesamt-%	50,6%	10,1%	60,7%
	Spontan und Kristellerhilfe	Anzahl	65	64	129
		Zeilen-%	50,4%	49,6%	100,0%
		Spalten-%	11,1%	28,6%	15,9%
		Gesamt-%	8,0%	7,9%	15,9%
	vaginal-operativ	Anzahl	69	56	125
		Zeilen-%	55,2%	44,8%	100,0%
		Spalten-%	11,7%	25,0%	15,4%
		Gesamt-%	8,5%	6,9%	15,4%
	Vaginal-operativ u. Kristellerhilfe	Anzahl	9	17	26
		Zeilen-%	34,6%	65,4%	100,0%
		Spalten-%	1,5%	7,6%	3,2%
		Gesamt-%	1,1%	2,1%	3,2%
Gesamt	Anzahl	588	224	812	
	Zeilen-%	72,4%	27,6%	100,0%	
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Gesamt-%	72,4%	27,6%	100,0%	

Zeile 30 : Naht und Nahtversorgung

Naht

	Häufigkeit	Prozent
Nein	4075	47,6
Ja	3862	45,1
keine Angabe	619	7,2
Gesamt	8556	100,0

Nahtversorgung von:

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	11	,3
Hebamme	2455	63,6
Arzt	882	22,8
Klinik	514	13,3
Gesamt	3862	100,0

Ziele 32: Verlegungen, aufgeteilt nach Bundesländern

Bundesland	Geburtsort außerklinisch/klinisch			Gesamt	
	Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch		
Baden-Württemberg	Anzahl	1	946	139	1086
	Zeilen-%	,1	87,1	12,8	100,0
	Gesamt-%	,0	11,1	1,6	12,7
Bayern	Anzahl	2	1585	246	1833
	Zeilen-%	,1	86,5	13,4	100,0
	Gesamt-%	,0	18,5	2,9	21,4
Berlin	Anzahl	4	979	164	1147
	Zeilen-%	,3	85,4	14,3	100,0
	Gesamt-%	,0	11,4	1,9	13,4
Brandenburg	Anzahl	1	120	15	136
	Zeilen-%	,7	88,2	11,0	100,0
	Gesamt-%	,0	1,4	,2	1,6
Bremen	Anzahl	1	153	19	173
	Zeilen-%	,6	88,4	11,0	100,0
	Gesamt-%	,0	1,8	,2	2,0
Hamburg	Anzahl	1	237	74	312
	Zeilen-%	,3	76,0	23,7	100,0
	Gesamt-%	,0	2,8	,9	3,6
Hessen	Anzahl		557	78	635
	Zeilen-%		87,7	12,3	100,0
	Gesamt-%		6,5	,9	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl		94	4	98
	Zeilen-%		95,9	4,1	100,0
	Gesamt-%		1,1	,0	1,1
Niedersachsen	Anzahl		735	108	843
	Zeilen-%		87,2	12,8	100,0
	Gesamt-%		8,6	1,3	9,9
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	1	887	161	1049
	Zeilen-%	,1	84,6	15,3	100,0
	Gesamt-%	,0	10,4	1,9	12,3
Rheinland-Pfalz	Anzahl		160	14	174
	Zeilen-%		92,0	8,0	100,0
	Gesamt-%		1,9	,2	2,0
Saarland	Anzahl		17		17
	Zeilen-%		100,0		100,0
	Gesamt-%		,2		,2
Sachsen-Anhalt	Anzahl	1	101	13	115
	Zeilen-%	,9	87,8	11,3	100,0
	Gesamt-%	,0	1,2	,2	1,3
Sachsen	Anzahl		383	20	403
	Zeilen-%		95,0	5,0	100,0
	Gesamt-%		4,5	,2	4,7
Schleswig-Holstein	Anzahl		182	25	207
	Zeilen-%		87,9	12,1	100,0
	Gesamt-%		2,1	,3	2,4
Thüringen	Anzahl		306	22	328
	Zeilen-%		93,3	6,7	100,0
	Gesamt-%		3,6	,3	3,8
Anzahl		12	7442	1102	8556
Gesamt-%		,1	87,0	12,9	100,0

Zeile 31 : Entschluss zur Verlegung durch die Hebamme

Entschluß zur Verlegung durch Hebamme

	Häufigkeit	Prozent
Nein	7384	86,3
Ja	1106	12,9
Angabe fehlt	66	,8
Gesamt	8556	100,0

Zeile 35 : Transportmittel zur Verlegung

Transportmittel

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	4	,4
Privatfahrzeug	901	81,8
Rettungsfahrzeug	197	17,9
Gesamt	1102	100,0

Zeile 36 : Transport in Ruhe oder Not

Transport in Ruhe od. in Not

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	21	1,9
in Ruhe	992	90,0
als Notfall	89	8,1
Gesamt	1102	100,0

Zeile 37 : Gefahrene Kilometer zur Klinik in den Fällen, in denen eine subpartale Verlegung erfolgte

Gefahrene Kilometer zur Klinik

	Häufigkeit	Prozent
bis 10 km	742	67,3
11 bis 20 km	209	19,0
21 bis 30 km	65	5,9
31 bis 40 km	36	3,3
mehr als 40 km	36	3,3
Angabe fehlt	14	1,3
Gesamt	1102	100,0

Zeile 39 : Geburtsmodus im klinischen Kollektiv

Klinischer Geburtsmodus

	Häufigkeit	Prozent
Angabe fehlt	40	3,6
Spontan	485	44,0
Spontan und Kristellerhilfe	130	11,8
Vaginal-Operativ	128	11,6
Kristellerhilfe und vaginal-operativ	26	2,4
Sectio	293	26,6
Gesamt	1102	100,0

Zeile 45 : Geburtsgewicht, Länge, Kopfumfang der Kinder

Geburtsgewicht in Gramm (klassiert)

	Häufigkeit	Prozent
1500 - 1999	2	,0
2000 - 2499	67	,8
2500 - 3999	6957	81,3
über 3999	1492	17,4
Angabe fehlt	38	,4
Gesamt	8556	100,0

Länge (cm)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
35 - 49	1129	13,2	13,3
50 - 51	2732	31,9	32,1
52 - 53	2811	32,9	33,0
54 - 55	1371	16,0	16,1
56 - 57	396	4,6	4,7
über 57	72	,8	,8
Gesamt	8511	99,5	100,0
Angabe fehlt	45	,5	
Gesamt	8556	100,0	

Kopfumfang (cm)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
unter 33,0	3	,0	,0
33,0 - 33,9	605	7,1	7,2
34,0 - 34,9	1590	18,6	18,8
35,0 - 35,9	2497	29,2	29,5
36,0 - 36,9	2218	25,9	26,2
37,0 - 37,9	1120	13,1	13,2
38,0 - 38,9	350	4,1	4,1
über 38,9	73	,9	,9
Gesamt	8456	98,8	100,0
Angabe fehlt	100	1,2	
Gesamt	8556	100,0	

Zeile 46 : Geschlecht der Kinder

Geschlecht

	Häufigkeit	Prozent
Weiblich	4025	47,0
Männlich	4335	50,7
keine Angabe	196	2,3
Gesamt	8556	100,0

Zeile 47 : APGAR-Werte nach 5 Minuten, hier getrennt nach Geburtsort

Apgar nach 5 Minuten und Geburtsort außerklinisch/klinisch

Apgar nach 5 Minuten		Geburtsort außerklinisch/klinisch			Gesamt
		Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
0	Anzahl		2	2	4
	Zeilen-%		50,0%	50,0%	100,0%
	Spalten-%		,0%	,2%	,0%
	Gesamt-%		,0%	,0%	,0%
1/2	Anzahl		2	1	3
	Zeilen-%		66,7%	33,3%	100,0%
	Spalten-%		,0%	,1%	,0%
	Gesamt-%		,0%	,0%	,0%
3/4	Anzahl		11	4	15
	Zeilen-%		73,3%	26,7%	100,0%
	Spalten-%		,1%	,4%	,2%
	Gesamt-%		,1%	,0%	,2%
5/6	Anzahl		17	4	21
	Zeilen-%		81,0%	19,0%	100,0%
	Spalten-%		,2%	,4%	,2%
	Gesamt-%		,2%	,0%	,2%
7/8	Anzahl	1	159	73	233
	Zeilen-%	,4%	68,2%	31,3%	100,0%
	Spalten-%	8,3%	2,1%	6,6%	2,7%
	Gesamt-%	,0%	1,9%	,9%	2,7%
9/10	Anzahl	9	7213	979	8201
	Zeilen-%	,1%	88,0%	11,9%	100,0%
	Spalten-%	75,0%	96,9%	88,8%	95,9%
	Gesamt-%	,1%	84,3%	11,4%	95,9%
Angabe fehlt	Anzahl	2	38	39	79
	Zeilen-%	2,5%	48,1%	49,4%	100,0%
	Spalten-%	16,7%	,5%	3,5%	,9%
	Gesamt-%	,0%	,4%	,5%	,9%
Gesamt	Anzahl	12	7442	1102	8556
	Zeilen-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%

Ziele 47: APGAR-Werte nach 10 Minuten, hier getrennt nach Geburtsort

Apgar nach 10 Minuten und Geburtsort außerklinisch/klinisch

Apgar nach 10 Minuten		Geburtsort außerklinisch/klinisch			Gesamt
		Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
0	Anzahl		2	2	4
	Zeilen-%		50,0%	50,0%	100,0%
	Spalten-%		,0%	,2%	,0%
	Gesamt-%		,0%	,0%	,0%
1/2	Anzahl		2		2
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		,0%		,0%
	Gesamt-%		,0%		,0%
3/4	Anzahl		5		5
	Zeilen-%		100,0%		100,0%
	Spalten-%		,1%		,1%
	Gesamt-%		,1%		,1%
5/6	Anzahl		4	4	8
	Zeilen-%		50,0%	50,0%	100,0%
	Spalten-%		,1%	,4%	,1%
	Gesamt-%		,0%	,0%	,1%
7/8	Anzahl		43	25	68
	Zeilen-%		63,2%	36,8%	100,0%
	Spalten-%		,6%	2,3%	,8%
	Gesamt-%		,5%	,3%	,8%
9/10	Anzahl	10	7364	1030	8404
	Zeilen-%	,1%	87,6%	12,3%	100,0%
	Spalten-%	83,3%	99,0%	93,5%	98,2%
	Gesamt-%	,1%	86,1%	12,0%	98,2%
Angabe fehlt	Anzahl	2	22	41	65
	Zeilen-%	3,1%	33,8%	63,1%	100,0%
	Spalten-%	16,7%	,3%	3,7%	,8%
	Gesamt-%	,0%	,3%	,5%	,8%
Gesamt	Anzahl	12	7442	1102	8556
	Zeilen-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%
	Spalten-%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt-%	,1%	87,0%	12,9%	100,0%

Zeile 48 : Reanimationsmaßnahmen mit und ohne O₂-Dusche

Reanimation

	Häufigkeit	Prozent
Nein	8148	95,2
Ja	381	4,5
keine Angabe	27	,3
Gesamt	8556	100,0

Reanimation (ohne O₂-Dusche)

	Häufigkeit	Prozent
Nein	8430	98,5
Ja	99	1,2
keine Angabe	27	,3
Gesamt	8556	100,0

Reanimationsmaßnahmen

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	3	,8
Maske	46	12,1
Intubation	12	3,1
Maske+ Intubation	2	,5
O ₂ -Dusche	227	59,6
O ₂ -Dusche+ Maske	26	6,8
Mund-zu-Mund-Beatmung	7	1,8
MzM+ Maske	1	,3
MzM+ O ₂ -Dusche	6	1,6
MzM+ O ₂ -Dusche+Maske	3	,8
Sonstiges	21	5,5
Sonst.+Maske	5	1,3
Sonst.+ O ₂ -Dusche	16	4,2
Sonst.+O ₂ -Dusche+Maske	4	1,0
Sonst.+ MzM	1	,3
Sonst.+ MzM+ Maske	1	,3
Gesamt	381	100,0

MzM = Mund zu Mund - Beatmung

Zeile 51: Kind in Kinderklinik verlegt

			Geburtsort außerklinisch/klinisch			Gesamt
			Angabe fehlt	außerklinisch	klinisch	
Kind verlegt innerhalb von...	Angabe fehlt	Anzahl			4	4
		Gesamt-%			1,7%	1,7%
	24 Stunden	Anzahl	1	76	70	147
		Gesamt-%	,4%	32,6%	30,0%	63,1%
	7 Tagen	Anzahl	1	64	17	82
		Gesamt-%	,4%	27,5%	7,3%	35,2%
Gesamt	Anzahl	2	140	91	233	
	Gesamt-%	,9%	60,1%	39,1%	100,0%	

Zeile 52 : Kindliche Verlegungsgründe getrennt nach Verlegungszeitpunkt

kindliche Verlegungsgründe	Kind verlegt innerhalb von...					
	24 Stunden			7 Tagen		
	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
D04 andere Atemstörungen	48	90,6%	46,6%	5	9,4%	6,4%
D05 Schockzustand	3	100,0%	2,9%			
D06 Ikterus	3	10,3%	2,9%	26	89,7%	33,3%
D07 Hämolyt. Krankheit	2	66,7%	1,9%	1	33,3%	1,3%
D08 Hämolyt. Störung.				1	100,0%	1,3%
D09 Stoffwechselstörung	7	70,0%	6,8%	3	30,0%	3,8%
D10 Hereditäre Stoffwechseldefekte	1	25,0%	1,0%	3	75,0%	3,8%
D11 Schilddrüsenstörungen						
D12 Blutungskrankheiten						
D13 intrakranielle Blutungen				1	100,0%	1,3%
D14 Krämpfe, Encephalopathie	1	14,3%	1,0%	6	85,7%	7,7%
D15 gastrointest. Störungen	1	20,0%	1,0%	4	80,0%	5,1%
D16 Verletzungen/Frakturen, Paresen	1	100,0%	1,0%			
D17 generalisierte Infektion	5	33,3%	4,9%	10	66,7%	12,8%
D18 umschriebene Infektion	2	50,0%	1,9%	2	50,0%	2,6%
D19 Zur Beobachtung	33	70,2%	32,0%	12	25,5%	15,4%
D20 Sonstiges	4	26,7%	3,9%	11	73,3%	14,1%
D25 Chromosomenanomalie	2	50,0%	1,9%	2	50,0%	2,6%
D26 and. multiple Mißbildungen						
D27 Anecephalus						
D28 Neuralrohrdefekt						
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie				1	100,0%	1,3%
D30 Anomalie Auge, Ohr/Hals	1	100,0%	1,0%			
D31 Anomalie Herz/große Gefäße	1	20,0%	1,0%	4	80,0%	5,1%
D32 Anomalie Respirationstrakt						
D33 Gaumen- und Lippspalten	2	100,0%	1,9%			
D34 Anomalie Ösophagus/Magen	1	100,0%	1,0%			
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas	1	50,0%	1,0%	1	50,0%	1,3%
D36 Anomalie Niere/Blase/Urethra						
D37 Anomalie Genitalorgane	1	100,0%	1,0%			
D38 Anomalie Knochen/Gelenke/Muskeln	4	100,0%	3,9%			
D39 Zwerchfellmißbildung						
D40 Gastroschisis/Omphalozele						
D41 Anomalie Körperdecke						
D42 Hernien						
D43 biomechanische Verformung						
D44 andere Anomalie	2	100,0%	1,9%			

Es waren Mehrfachnennungen möglich

7 Literatur

- Ärztammer Berlin (Hrsg.): Perinatalerhebung Berlin 1993 bis 1999, Berlin 2000.
- Bettge, Susanne: Reformen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen am Beispiel der Geburtshilfe in Berlin. Kostenanalyse im Vergleich der Jahre 1994 und 1996. Wissenschaftliche Projektarbeit im Studiengang Public-Health an der Technischen Universität Berlin 1997.
- Bund Deutscher Hebammen e.V.: Hebammengeleitete Geburtshilfe, Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel; Eckhard Holthaus; Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Außerklinische Geburtshilfe in Hessen, Wie modern ist die Hebammengeburtshilfe?, Hamburg 1997.
- Hebammenverband Niedersachsen e.V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V., Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen, Abschlußbericht der Niedersächsischen Erhebung außerklinischer Geburten 1995 bis 1998.
- Hundley VA; Milne JM; Glazener CM and J Mollison: Satisfaction and the Three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care, in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104 (11) 1273-1280, November 1997.
- Kraker von Schwarzenfeld, Hedda: Außerklinische Geburtshilfe im Vergleich: Perinataldaten von Geburtshausgeburten versus Klinikgeburten in Berlin; Medizinische Dissertation an der Humboldt-Universität in Berlin, Hamburg 1998.
- MacVicar J; Bobble G; Owen-Johnstone L; Jagger C; Hopkins C and J Kennedy: Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial, in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 100 (4) 316-323, April 1993.
- McCourt C; Page L; Hewison J and A Vail: Evaluation of one-to-one midwifery: womens's responses to care, in: Birth, 25 (2) 73-80, June 1998.
- Milenovic-Rüchardt, Ina, Susanna Roth und Susanne Edlinger, Hausgeburten – eine Alternative zur Klinikgeburtshilfe, Eine Untersuchung bayerischer Hausgeburten aus den Jahren 1989 bis 1995, München, 1998.
- Neumeyer, Erika: Außerklinische Geburten in Berlin, Eine quantitative Erhebung der außerklinischen Geburten im Jahre 1989, Soziologische Diplom-Arbeit an der Freien Universität Berlin, Berlin 1993.
- Neumeyer, Erika: Ergebnisse außerklinischer Geburten in Berlin 1997 bis 1998, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Perinatalerhebung Berlin 1993 bis 1999, Berlin 2000.
- Neumeyer, Erika: Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe, Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1997 bis 1998, Berlin 2000.
- Neumeyer, Erika: Trends in der außerklinischen Geburtshilfe in Berlin, unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 2000.
- Prof. Riegl & Partner GmbH: Ideale zukunftsichere Geburtsklinik, Augsburg 1996.
- Rooks JP; Weatherby NL and EKM Ernst: The national birth center study Part 1 -Methodology and perinatal care and referrals, in: Journal of Nurse Midwifery 37 222-253, 1992a.
- Rooks JP; Weatherby NL and EKM Ernst: The national birth center study Part 2 – Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care, in: Journal of Nurse Midwifery 37 301-330, 1992b.
- Rooks JP; Weatherby NL and EKM Ernst: The national birth center study Part 3 – Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, Postpartum and neonatal outcomes and client satisfaction, in: Journal of Nurse Midwifery 37 361-397, 1992c.
- Turnbell D., Holmes A., Shields N., Cheyne H., Twaddle, S., Gilmour WH, McGinley M; Reid M; Johnstone I; Geer I; McIlwaine G and CB Lunan: Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care, in: Lancet, 348 (9022) 213-218, July 1996.
- Vetter, Klaus (Hrsg.): Die Geburt, Ein Ereignis zwischen Mythos und medizinischem Risiko, Stuttgart 1996.
- Vetter, Klaus: Allgemeine Trends, Klinikvergleiche und Zentralisation von Hochrisikoschwangerschaften, in: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Perinatalerhebung Berlin 1993 bis 1999, Berlin 2000.
- Waldenström Ulla and C.-A. Nilson: The Stockholm birth center trial: Maternal and infant outcome, in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104 410-418, 1997.
- Werth, Inez, Matthias David, Giselinde Berg, Heribert Kentenich und Renate Fuchs: Evaluation eines komplementären Versorgungsangebotes in der Geburtshilfe in: Der Frauenarzt 41, Nr 3, 2000.
- Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (Hrsg.): Niedersächsische Perinatalerhebung – Perinatalstatistik 1999, Hannover 2000.
- Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bremer Perinatalerhebung – Perinatalstatistik 1999, Hannover 2000.
- Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (QiK) (Hrsg.): Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998 und 1999, Stuttgart 2000.