

Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe von 1999 bis 2001 in Hessen

Eine Darstellung und Gegenüberstellung von Ergebnissen außerklinischer und klinischer Geburten vom 01.01.1999 bis 31.12.2001 in Hessen

Nachdem im Jahr 1999 zum ersten mal im Datenband der GQH die außerklinischen Geburten in Hessen vorgestellt wurden, soll in diesem Jahr eine Aussage über drei Jahre getroffen werden.

Aufgrund der Idee der GQH (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen) und des angeschlossenen Fachausschusses „Qualität in der Geburtshilfe, Neonatologie und operativer Gynäkologie“ möglichst alle Geburten (klinische und außerklinische) in Hessen zu erfassen und ihre Ergebnisse darzustellen, wird diese Möglichkeit in diesem Jahr erneut wahrgenommen.

Die Zusammenarbeit in diesem Gremium soll dazu dienen, die zum Teil recht polemische Diskussion in eine fachlich, sachliche Diskussion zu lenken, um mit Hilfe dieses interdisziplinären Dialoges eine sehr gute Betreuungsqualität in der außerklinischen Geburtshilfe zu erzielen. Denn für den, mit 1-2 % relativ geringen Anteil der außerklinischen Geburten (den es immer geben wird) bezogen auf die Gesamtgeburtenzahl in Deutschland, sollen beste Ergebnisse für Mutter und Kind erzielt werden.

Um eine Aussage über die außerklinischen Geburten in Hessen treffen zu können, nahm die GQH 1998 Kontakt mit dem Landesverband der hessischen Hebammen auf. Es entwickelte sich eine gute Zusammenarbeit, aus der heraus nun diese weitergehende Veröffentlichung im Datenband der „Qualitätssicherung Hessen für Geburtshilfe, Neonatologie und Gynäkologie 2001“ vorliegt.

Eine Darstellung des bundesweiten außerklinischen Qualitätssicherungsverfahrens erfolgte 1999 und soll nicht wiederholt werden. Es wird in diesem Jahr vorwiegend Aussagen zu den hessischen Ergebnissen außerklinischer Geburten geben und es wird eine Gegenüberstellung zwischen klinischem und außerklinischem Kollektiv versucht. Ziel dabei ist es herauszufinden, ob sich in risikoähnlichen Kollektiven von Gebärenden Signifikanzen in den beiden Kollektiven finden lassen.

Die bundesweit erfassten Geburten verteilen sich sehr verschieden auf die einzelnen Länder. (Abb.1) Dies hängt im Wesentlichen mit der Struktur des Landes zusammen (Stadtstaat oder ländliche Struktur) und mit der erhaltenen Tradition von Hausgeburten, welche z.B. in Bayern und Baden Württemberg sehr ausgeprägt ist. Für Hessen lässt sich über den Zeitraum von drei Jahren erkennen, dass es eine leichte Zunahme außerklinisch dokumentierter Geburten gibt. Ob dies daran liegt, dass tatsächlich mehr Geburten stattfinden oder nur daran, dass sich mehr Hebammen an dem Verfahren beteiligen kann nicht genau definiert werden. In den drei Jahren ergibt sich eine Zahl von 1959 außerklinischen Geburten in Hessen. Der größte Anteil dieser Geburten entfällt mit ca. 70% auf die in Hessen existierenden Geburtshäuser. An der Datenerfassung beteiligen sich z.Zt. 7 hessische Geburtshäuser.

Abb. 1 Länderzuordnung außerklinische Geburten

Bundesland	1999		2000		2001	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Baden - Württemberg	1086	12,7	995	11,3	1057	11,2
Bayern	1833	21,4	1970	22,4	2150	22,7
Berlin	1147	13,4	1172	13,4	1303	13,8
Brandenburg	136	1,6	132	1,5	139	1,5
Bremen	173	2,0	158	1,8	134	1,4
Hamburg	312	3,6	271	3,1	318	3,4
Hessen	635	7,4	639	7,3	685	7,2
Mecklenburg-Vorpommern	98	1,1	88	1,0	75	0,8
Niedersachsen	843	9,9	779	8,9	905	9,6
Nordrhein – Westfalen	1049	12,3	1135	12,9	1104	11,7
Rheinland – Pfalz	174	2,0	138	1,6	160	1,7
Saarland	17	0,2	24	0,3	17	0,2
Sachsen	115	1,3	138	1,6	158	1,7
Sachsen – Anhalt	403	4,7	514	5,9	578	6,1
Schleswig - Holstein	207	2,4	273	3,1	346	3,7
Thüringen	328	3,8	352	4,0	330	3,5
Gesamt	8556	100,0	8778	100,0	9459	100,0

Zur Überprüfung der Vollständigkeit der dokumentierten außerklinischen Geburten auf Bundesebene erfolgte ein Abgleich mit Angaben des statistischen Bundesamtes. (Abb.2) Da das Hessische Statistische Landesamt nur die Daten der Frauen mit Wohnsitz in Hessen und Entbindung in einer hessischen Klinik erfassen kann, eignen sich diese nicht für die Berechnung der Vollständigkeit außerklinisch erfasster Geburten in Hessen. In Deutschland ist insgesamt eine leichte Zunahme außerklinischer Geburten zu erkennen.

Abb. 2 Anteil außerklinischer Geburten in Deutschland

Jahr	Geborene Kinder in Deutschland	Davon in Krankenhäusern Geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3 <u>Annahme:</u> nicht erfasste Klinikgeburten sind außerklinische Geburten	tatsächlich außerklinisch geborene und erfasste Kinder	Tatsächlich außerklin. Geburtshilfe (inkl. Verlegungen, die Zahl der verlegten Frauen befinden sich auch in der Krankenhausstatistik Spalte 3)
1995	768.626	760.091	8.535 = 1,11 %		
1996	799.586	790.830	8.756 = 1,09 %		
1997	815.683	807.904	7.779 = 0,95 %		
1998	788.224	779.358	8.866 = 1,12 %		
1999	773.862	763.669	10.193 = 1,32 %	7.454 = 73,1 %	8.556 = 83,9 %
2000	770.053	759.488	10.565 = 1,37 %	7.629 = 72,2 %	8.778 = 83,1 %
2001				8.247	9.459

Darstellungen zu hessischen außerklinischen Geburten (Gesamtkollektive) von 1999 bis 2001

Vorliegende Zahlen betreffen das gesamte Kollektiv, es erfolgt keine Trennung ob die Frauen mit einem Risiko tatsächlich außerklinisch oder nach Verlegung in eine Klinik entbunden haben. Es wird versucht, die relevantesten Aussagen darzustellen und zu kommentieren. Die Prozentzahlen beziehen sich immer auf das Gesamtkollektiv des jeweiligen Jahrgangs.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine außerklinische Geburt stehen viele Gründe der Schwangeren. Bei der Entscheidung der Erstgebärenden für eine Geburt außerhalb der Klinik gab es im Jahr 2000 noch einen enormen Sprung nach oben, der sich im Jahr 2001 aber wieder stark nach unten bewegte. (Abb.3)

Abb.3 Anteil Erst – und Mehrgebärende

	N-1999	%	N-2000	%	N-2001	%
Erstgebärende	248	39,0	275	43,0	215	31,3
Mehrgebärende	387	61,0	364	57,0	472	68,7

Natürlich kann nicht jede Frau, die es sich wünscht, eine außerklinische Geburt erleben, da bestimmte Auswahlkriterien für die Entscheidung von der Hebamme zu Grunde gelegt werden. Die Hebammenverbände haben dazu Empfehlungen mit dem Titel „Hebammengeleitete Geburtshilfe“ erarbeitet, welche die Hebammen entsprechend anwenden. Hebammen gehen auf die Schwangeren mit ihrem Wunsch außerklinisch zu entbinden auch mit Hilfe dieser Kriterien ein, um ihn erfüllen zu helfen.

Dabei spielt die Anamnese der Frauen für die Entscheidung eine wichtige Rolle, denn ein Teil der betreuten Frauen bringt anamnestische Befunde (Abb.4) in die Schwangerschaft mit oder entwickelt Befunde oder Risiken im Verlauf der Schwangerschaft (Abb.5). Die fünf häufigsten sind im Jahresvergleich in den folgenden zwei Tabellen dargestellt.

Im Durchschnitt gehören zusätzlich zu der ärztlichen Vorsorge (welche die Schwangeren des außerklinischen Kollektives zu rund 97% wahr nehmen) drei bis vier Hebammenvorsorgen dazu, damit die Hebamme schon in der Schwangerschaft den Verlauf einschätzen und anhand diesem die Entscheidung für oder gegen eine außerklinische Geburt mit der Frau gemeinsam treffen kann.

Abb.4

Befund-Nr. A	Schwangerschaftsbefund (Mehrfachnennungen waren möglich)	N-1999 236 Frauen	% 37,2	N-2000 245 Frauen	% 46,4	N-2001 Frauen	%
14	Schwangere über 35 Jahre	132	20,8	162	25,4	181	26,3
04	Allergie	71	11,2	108	16,9	112	16,3
01	Familiäre Belastung	46	7,3	44	6,9	59	8,6
02	Frühere eigene Erkrankungen	30	4,7	30	4,7	33	4,8
19	Zustand nach 2 oder mehr Aborten / Abbr.	26	4,1	25	3,9	28	4,1

Abb. 5

Befund-Nr. B	Schwangerschaftsbefund (Mehrfachnennungen waren möglich)	N-1999	%	N-2000	%	N-2001	%
		63 Frauen	9,9	52 Frauen	8,1	Frauen	
41	Vorzeitige Wehen	13	2,1	13	2,0	13	1,9
32	Blutungen vor der 28. Wo	10	1,6	10	1,6	5	0,7
40	Isthmozervikale Insuffizienz	6	0,9	6	0,9	4	0,6
29	Abusus	5	0,8	5	0,8	5	0,7
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden	2	0,3	4	0,6	1	0,1

Die geringe Fallzahl der Befunde nach Katalog B zeigt eine gute Selektion durch die betreuende Hebamme im Vorfeld einer außerklinischen Geburt. Stellen sich während der Schwangerschaft echte Geburtsrisiken ein, raten die Hebammen zu einer Geburt in der Klinik, um mögliche Folgerisiken während der Geburt zu minimieren und somit Mutter und Kind nicht unnötigen Gefahren auszusetzen. Trotzdem entwickelten sich unter der Geburt Risiken (Abb.6), die aber nicht in jedem Fall einer außerklinischen Geburtsbeendigung entgegen standen. Insgesamt fällt eine sehr geringe Risikobelastung der Gebärenden auf. Bitte bedenken Sie beim Lesen der Zahlen, dass hier auch Frauen enthalten sind, die unter der Geburt verlegt wurden. Für 1999 und 2000 wurden die Risikonummern 95 bis 98 außerklinisch ebenfalls erhoben, aber eine Auswertung in der GQH war erst ab 2001 möglich.

In den drei Jahren kam es in rund 2% der Fälle zu ungeplant außerklinisch beendeten Geburten. Das bedeutet, dass die Frauen eigentlich nicht zu Hause entbinden wollten, aber dort von starken Wehen bzw. einer schnellen Geburt überrascht wurden.

Abb. 6 Auftretenshäufigkeit Geburtsrisiken im Gesamtkollektiv

Risiko-Nr. C	Geburtsrisiko (Mehrfachnennungen waren möglich)	N	%	N	%	N	%
		1999 304 Geb.	47,9	2000 271 Geb.	42,4	2001 Geb.	
60	Vorzeitiger Blasensprung	160	25,2	136	21,3	144	21,0
61	Terminüberschreitung	43	6,8	69	10,8	57	8,3
62	Missbildungen, IFT	0	0,0	0	0,0	0	0,0
63	Früh- / Mangelgeburt	6	0,9	1	0,2	5	0,7
64	Mehrlingsschwangerschaft	0	0,0	1	0,2	2	0,3
65	Plazentainsuffizienz	2	0,3	3	0,5	1	0,1
66	Gestose/Eklampsie	1	0,2	0	0,0	2	0,3
67	RH- Inkompatibilität	2	0,3	0	0,0	0	0,0
68	Diabetes mellitus	0	0,0	0	0,0	0	0,0
69	Zust. n. Sectio	17	2,7	15	2,3	21	3,1
70	Plazenta praevia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
71	Vorz. Plazentalösung	1	0,2	0	0,0	1	0,1
72	Sonstige uterine Blutungen	0	0,0	1	0,2	2	0,3
73	(Vd. auf) Amnioninfektionssyndrom	3	0,5	3	0,5	2	0,3
74	Fieber unter der Geburt	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75	Mütterl. Erkrankung	2	0,3	1	0,2	0	0,0
76	Mangelnde Kooperation d. Mutter	3	0,5	2	0,3	2	0,3
77	Pathologisches CTG	16	2,5	20	3,1	43	6,3
78	Grünes FW	24	3,8	20	3,1	30	4,4
79	Azidose s.p.(MBU)	0	0,0	0	0,0	1	0,1
80	Nabelschnurvorfall	1	0,2	1	0,2	1	0,1
81	Verdacht auf sonstige NS-Komplikationen	5	0,8	1	0,2	4	0,6
82	Protrahierte Geburt EP	43	6,8	61	9,5	43	6,3
83	Protrahierte Geburt AP	16	2,5	15	2,3	16	2,3
84	Missverhältnis Kopf / Becken	2	0,3	2	0,3	2	0,3
85	Drohende / erfolgte Uterusruptur	0	0,0	0	0,0	0	0,0
86	Querlage / Schräglage	0	0,0	0	0,0	2	0,3
87	Beckenendlage	1	0,2	1	0,2	3	0,4
88	Hintere HHL	10	1,6	11	1,7	15	2,2
89	Vorderhauptslage	9	1,4	6	0,9	4	0,6
90	Gesichts-/Stirnlage	0	0,0	1	0,2	0	0,0
91	Tiefer Querstand	1	0,2	0	0,0	2	0,3
92	Hoher Geradstand	8	1,3	8	1,3	10	1,5
93	Sonstige regelwidrige Schädellagen	6	0,9	7	1,1	6	0,9
94	sonstiges	10	1,6	11	1,7	8	1,2
95	HELLP					0	0,0
96	Intrauteriner Fruchttod					1	0,1
97	Pathologischer Dopplerbefund					0	0,0
98	Schulterdystokie					0	0,0

Abb.7 Verlegungszahl

	N 1999 und 2000 1274 Geb.	% 100	N 2001 687 Geb.	% 100
Außerklinisch spontan entbunden	1094	85,9	586	85,3
In Klinik verlegt und dort entbunden	171	13,4	101	14,7

(fehlende Angaben : 9 = 0,7%)

In rund 14% aller Geburten der Jahre 1999 bis 2001 kam es zu einer Verlegung unter der Geburt. (Abb.7)

Es wurde für die verlegten Gebärenden der jeweilige Hauptverlegungsgrund abgefragt und so wird deutlich, dass es sich bei diesen Fällen nur im Einzelnen um eine Verlegung in Eile oder Not gehandelt haben kann. Die Zahlen im Promille – Bereich zeigen auch, dass es durchaus Probleme waren, die einem Zufallsrisiko unterliegen und nicht vorhersehbar waren.

Als Notfallverlegung wurden von den Hebammen in 1999 und 2000 insgesamt 10 Transporte (0,8%) in die Klinik definiert. 157 Gebärende (12,3%) wurden in Ruhe verlegt.

In 2001 gab es 14 Verlegungen (2,0%) in Eile und 86 Verlegungen (12,5%) in Ruhe.

Abb.8 Geburtsrisiko bei Verlegung

Risiko-Nr. C	Hauptverlegungsgrund (Mehrfachnennungen waren möglich)	N 1999 und 2000 171 Geburten	% 13,4	N 2001 101 Geb.	% 14,7
60	Vorzeitiger Blasensprung	18	1,4	8	1,2
61	Terminüberschreitung	1	0,1	2	0,3
65	(Vd. auf) Plazentainsuffizienz	1	0,1	0	0,0
71	Vorz. Plazentalösung	1	0,1	1	0,1
72	Sonstige uterine Blutungen	1	0,1	2	0,3
73	(Vd. auf) Amnioninfektionssyndrom	5	0,4	1	0,1
76	Mangelnde Kooperation d. Mutter	3	0,2	1	0,1
77	Pathologisches CTG	20	1,6	24	3,5
78	Grünes FW	5	0,4	1	0,1
81	Verdacht auf sonstige NS-Komplikationen	1	0,1	0	0,0
82	Protrahierte Geburt EP	68	5,3	36	5,2
83	Protrahierte Geburt AP	26	2,0	10	1,5
84	Missverhältnis Kopf / Becken	1	0,1	1	0,1
85	Drohende / erfolgte Uterusruptur	1	0,1	0	0,0
86	Querlage / Schräglage	0	0,0	1	0,1
87	Beckenendlage	2	0,2	1	0,1
92	Hoher Geradstand	7	0,5	6	0,9
93	Sonstige regelwidrige Schädellagen	3	0,2	1	0,1
94	sonstiges	4	0,3	0	0,0
E100	Auf Wunsch der Mutter	0	0,0	4	0,6

Die meisten Risiken der verlegten Gebärenden liegen bei protrahierter Eröffnungs- und Austreibungsphase sowie beim vorzeitigem Blasensprung. Der relativ hohe Anteil an pathologischen CTG allein sagt nichts über die tatsächliche Situation für die Geburt aus. Für dieses Risiko sollte z.B. in weitergehenden Untersuchungen mit Verlaufsdarstellungen der Geburten eine nähere Betrachtung erfolgen. Trotz der genannten Verlegungsgründe bzw. Geburtsrisiken, mussten die Frauen nicht innerhalb kürzester Zeit nach Verlegung in der Klinik entbunden werden. Der Mittelwert in 2001 zwischen Klinikankunft der 101 verlegten Gebärenden und der Geburt des Kindes liegt bei 6,2 Stunden. Die Geburtsmodi in der Klinik sehen Sie in der folgenden Tabelle. (Abb.9) Hierbei fällt auf, dass die verlegten Frauen noch zu rund 50 % spontan entbinden. Nicht jede verlegte außerklinische Geburt endet also in einem pathologischem Verlauf und nicht in der sofortigen Geburtsbeendigung.

Abb.9 Geburtsmodus in der Klinik

Geburtsmodus - Klinik	N 1999 und 2000 171 Geburten	% 13,4	N 2001 101 Geb.	% 14,7
Spontan	84	6,6	57	6,7
Vaginal-operativ	17	1,3	10	1,5
Sec. Sectio	63	4,9	33	4,8
unbekannt	5	0,4	1	0,1

Egal an welchem Ort die Frau letztendlich geboren hat, so kam es in 1999 bei 47 Frauen (7,4%), in 2000 bei 33 Frauen (5,2%) und in 2001 bei 40 Entbundenen (5,8%) zu einer **Episiotomie**. Zugleich gab es in 2001 keine signifikante Erhöhung anderer Verletzungen wie DR I° (17,1%), DR II° (17,5%) oder anderer Risse (15,4%) gegenüber den Jahren davor. Ein DR III° oder IV° kam nicht vor. 26 Frauen wurden zur Naht post partal in die Klinik verlegt.

Bei der Darstellung von **post partalen Problemen** der Mütter beziehe ich mich nur auf das Jahr 2001, da es ähnliche Zahlen aufweist wie die anderen beiden Jahre und sich die Grundaussage nicht verändert.

Nur wenige Mütter (34 in 2001 = 4,9%) zeigten postpartale Komplikationen wie Blutungen über 1000ml (9 = 1,3%), Plazentalösungsstörungen (7 = 1,0%), komplizierte Geburtsverletzungen (6 = 0,9%) oder sonstiges (15 = 2,2%). Von den 34 Frauen mussten nur 16 (2,3%) p.p. verlegt werden. Die abgefragten Hauptverlegungsgründe zeigten folgendes auf wegen Blutungen über 1000ml (3 = 0,4%), Plazentalösungsstörungen (4 = 0,6%), komplizierten Geburtsverletzungen (2 = 0,3%), Nahtversorgung von Epi oder Riss (1 = 0,1%), sonstiges (3 = 0,4%) und auf Wunsch der Mutter (2 = 0,3%). Es gab keine verstorbene Mutter.

Das fetal outcome der Kinder wird nun ebenfalls dargestellt. Insgesamt haben die Neugeborenen ein sehr gutes outcome, wie die folgende APGAR-Tabelle zeigt.(Abb.10) Bei außerklinischen Geburten wird der pH - Wert nicht bestimmt.

Abb.10 APGAR-Werte nach 5 und 10 Minuten

	1999 635 -Kinder		2000 639 Kinder		2001 687 Kinder	
5 Minuten - Apgar - Wert	n	%	n	%	n	%
0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
1 - 3	2	0,3	0	0,0	1	0,1
4 - 6	1	0,2	5	0,8	6	0,9
7 - 9	141	22,2	135	21,1	127	18,5
10	481	75,7	494	77,3	561	81,7
Ohne Angabe	10	1,6	4	0,6	1	0,1
10 Minuten - Apgar - Wert						
0	0	0,0	1	0,2	2	0,3
1 - 3	1	0,2	1	0,2	1	0,1
4 - 6	0	0,0	2	0,3	1	0,1
7 - 9	21	3,3	28	4,4	29	4,2
10	608	95,7	603	94,4	654	95,2
Ohne Angabe	5	0,8	4	0,6	0	0,0

In den Jahren 1999 und 2000 wurden 38 Kinder (3,0%) und in 2001 17 Kinder (2,5%) p.p. in eine Kinderklinik verlegt. Die kindlichen Morbiditäten in den Kollektiven der Jahre 1999 bis 2001 sehen wie folgt aus. (Abb.11) Nicht genannte Morbiditäten traten nicht auf.

Abb. 11 Kindliche Morbiditäten

Risiko-Nr. D	Kindliche Morbiditäten (Mehrfachnennungen waren möglich)	N 1999		N 2000		N 2001	
		635 Kinder	100	639 Kinder	100	687 Kinder	100
01	Unreife / Mangelgeburt	4	0,6	3	0,5	6	0,9
02	Asphyxie	10	1,6	8	1,3	9	1,3
03	Atemnotsyndrom	3	0,5	4	0,6	4	0,6
04	Anderer Atemstörungen	4	0,6	4	0,6	5	0,7
05	Schockzustand	2	0,3	1	0,2	1	0,1
06	Ikterus		0,0	1	0,2	3	0,4
09	Stoffwechselstörung		0,0		0,0	1	0,1
15	Gastrointestinale Störungen		0,0		0,0	1	0,1
17	Generalisierte Infektion	1	0,2	1	0,2		0,0
20	sonstiges		0,0		0,0	1	0,1
25	Chromosomenanomalie	2	0,3	1	0,2	1	0,1
26	Multiple Mißbildungen		0,0	1	0,2		0,0
28	Neuralrohrdefekt		0,0	1	0,2		0,0
30	Anomalie Auge		0,0	1	0,2		0,0
31	Anomalie Herz , große Gefäße	1	0,2	1	0,2	1	0,1
38	Anomalie Knochen, Muskeln, Gelenke		0,0		0,0	2	0,3

Wie viele Kinder der neonatalen bzw. perinatalen Mortalität zuzurechnen sind, ist in der nächsten Tabelle zu sehen. (Abb.12) Bei den Case-Reports des Jahres 2001 traten folgende Ursachen zu Tage. Ein Fall intrauteriner Fruchttod, ein Kind ist direkt nach der Geburt verstorben (D20) und ein Kind ist einen Tag p.p. verstorben (D25,D31,D02), D31 wurde als Todesursache angegeben. Ein Neugeborenes fällt zwar aus der perinatalen Mortalität raus, soll der Vollständigkeit halber aber erwähnt werden. Es wurde völlig gesund geboren, ohne Morbiditäten und verstarb 3 Monate später an SIDS.

Abb.12 kindliche Mortalität

	N 1999 635 Kinder	% 100	N 2000 639 Kinder	% 100	N 2001 687 Kinder	% 100
Neonate Mortalität	1	0,16	2	0,31	2	0,29
Perinatale Mortalität	1	0,16	2	0,31	3	0,43

Gegenüberstellung außerklinischer und klinischer Perinatalergebnisse aus 2000

Den Ergebnissen der hessischen außerklinischen Geburtshilfe aus 2000 werden die Geburten der hessischen Perinatalerhebung im gleichen Zeitraum gegenübergestellt. Aus 1999 lagen zu wenig einzelne Zahlen vor und für 2001 ist eine Gegenüberstellung in der kurzen Zeit vor Drucklegung nicht möglich gewesen, da sich die Ergebnisse der beiden Erhebungen nicht mehr direkt vergleichen lassen. Der Klinikbogen hat sich stark verändert, ebenso die Auswertungsmodalitäten und die Darstellung der Klinikergebnisse.

Grundsätzlich ist ein Vergleich zwischen außerklinischen und klinischen Geburten generell schwierig, da psycho – soziale Einflüsse bei der Wahl des Geburtsortes und der Geburtsbegleitung eine starke Rolle spielen. Zu nennen wären hier z.B. die Motivation der Frau, Eigenverantwortung zu tragen, das Vertrauen in bzw. die Angst vor Technik sowie das Bevorzugen der vertrauten Hebammen gegenüber der Anonymität in der Klinik. Diese subjektiven Entscheidungsparameter sind durch einen Datenerfassungsbogen jedoch nur schwer zu berücksichtigen. Dennoch wird eine Gegenüberstellung der Ergebnisse gewagt. Um diese durchzuführen wurden verschiedene Schwangerschafts – und Geburtsrisiken (Abb. 13), Frühgeburten, Gemini, Lageanomalien, operative Entbindungen und Totgeburten als Ausschlusskriterien definiert. Alter und Parität blieben unberücksichtigt, damit die Kollektive, besonders das der außerklinischen Geburten, nicht zu klein wurden. Deshalb wird auch der tatsächliche Geburtsort im außerklinischen Kollektiv, also ob tatsächlich als Hausgeburt oder Geburtshausgeburt beendet oder ob in Klinik verlegt und dort entbunden, vernachlässigt.

Abb. 13

Befunde aus Katalog A

Blutungs-/Thromboseneigung (A03), RH – Inkompatibilität (A08), Adipositas (A10), Diabetes mellitus (A09), Vielgebärende (A15), Zustand nach Sectio (A23), Zustand nach anderer Uterus – OP (A24), rasche SS-Folge (A25)

Befunde aus Katalog B

Abusus (B29), Blutungen nach 28.SSW (B33), Plazenta praevia (B34), Mehrlinge (B35), Hydramnion (B36), Terminunklarheit (B38), Plazentainsuffizienz (B39), Anämie (B42), Coombs pos. (B44), anderes serologisches Risiko (B45), Hypertonie (B46), Albuminurie (B47), Gestationsdiabetes (B50), Lageanomalie (B51)

Risiken aus Katalog C

Frühgeburt (63), Mehrlingsschwangerschaften (64), Plazentainsuffizienz (65), Gestose/Eklampsie (66), RH - Inkompatibilität (67), Diabetes mellitus (68), Zustand nach Sectio oder anderer Uterus – OP (69), Plazenta praevia (70), vorzeitige Plazentalösung (71), AIS (73), Fieber unter der Geburt (74), pathologisches CTG (77), Azidose (79), NS – Vorfall (80), Verdacht auf andere NS-Komplikationen (81), Uterusruptur (85), Lageanomalien (86– 93)

Angaben zu den Müttern

Die bedeutenden Unterschiede (Abb.14) in den %-Spalten zeigen, wie verantwortungsbewusst eine Vorauswahl von Schwangeren im außerklinischen Kollektiv erfolgt und dass Schwangere mit vermehrten Risiken vorrangig in einer Klinik entbinden. Wenn daraufhin beide Kollektive gemeinsam bewertet werden, erfolgt im hessischen Durchschnitt in den Punkten Geburtsrisiken, Analgetika und Episiotomie sogar eine Verbesserung der Gesamtprozente. Außerklinische Geburtshilfe „verdirbt“ also nicht die guten Ergebnisse der bisherigen Perinatalerhebung in Hessen.

Selektionskollektiv

Abb.14

	Außerklinisch 639 Geburten		Klinisch 57.899 Geburten		Gesamt 58.538 Geburten		Außerklinisch 528 Geburten		Klinisch 27824 Geburten	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anamnestiche SS-Risiken	324	50,7	32.039	56,2	32.364	56,1	245	46,4	12.355	44,4
Befundetete SS-Risiken	52	8,1	14.594	25,6	14.653	25,4	27	5,1	3.003	10,4
Geburtsrisiken	271	42,4	39.714	68,6	39.985	68,3	187	35,4	12.588	45,2
Analgetika	86	13,5	14.130	24,8	14.216	24,3	68	12,8	6.756	24,3
Episiotomie	33	5,2	20.311	46,5	20.344	45,9	28	5,3	11.388	43,6
DR III / DR IV	5	0,8	734	1,3	739	1,3	3	0,6	371	1,3
Placentalösg.- störungen	8	1,3	1.031	1,8	1.039	1,8	6	1,1	544	2,0

In der Tabelle des Selektionskollektives fällt auf, dass die Gebärenden trotz Angleichung in den Voraussetzungen für eine normale Geburt weiterhin signifikante Unterschiede bei den befundeteten Risiken, Geburtsrisiken, verabreichten Analgetika, den Episiotomien und sogar bei den DR III°/IV° aufzeigen. Die Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe erklären dies mit der geringen Intervention und Manipulation, wenn eine normale Geburt läuft (z.B. wenige Eingriffe in die Intimsphäre der Frau, wenig Amniotomien, keine Verabreichung von Wehenmittel und kein Eingreifen in den Gebärdprozess, solange es Mutter und Kind gut geht, kein frühzeitiges Pressen usw.). Dies erklärt sicher auch die Ergebnisse in den nächsten Tabellen (Abb.15). Die signifikanten Unterschiede im Selektionskollektiv bei allen Geburtsmodi – deutlich bessere Ergebnisse außerklinisch als klinisch, unterstützen die eben genannten Aussagen.

Selektionskollektiv

Abb.15

Entbindungs- modus	Außerklinisch 639 Geburten		Klinisch 57899 Geburten		Gesamt 58538 Geburten		Außerklinisch 528 Geburten		Klinisch 27824 Geburten	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Spontan	588	92,0	40792	70,5	41419	70,8	501	94,9	25289	90,9
Sec. Sectio	38	5,9	6829	11,8	6867	11,7	17	3,2	1696	6,1
VE / Forceps	6	0,9	5529	9,5	5535	9,5	3	0,6	1513	5,4
Fehlende Angaben	7	1,1								

Für die mütterlichen Komplikationen p.p. (Abb16) wurden die Aussagen herausgezogen, zu denen es in beiden Kollektiven Ergebnisse gibt. Hier gibt es im Vergleich zum klinischen Kollektiv in den %-Spalten zum Teil eine größere Anzahl von Fällen im außerklinischen Kollektiv. In der Betrachtung des Gesamtkollektivs relativieren sich diese Ergebnisse aber, da die Fallzahlen an sich im außerklinischen Kollektiv sehr gering sind.

Selektionskollektiv

Abb.16

Mütterliche Komplikationen p.p.	Außerklinisch 639 Geburten		Klinisch 57.899 Geburten		Gesamt 58.538 Geburten		Außerklinisch 528 Geburten		Klinisch 27.824 Geburten	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plazentalö- sungsstörung	8	1,3	1031	1,8	1.039	1,8	8	1,3	544	2,0
DR III / IV	5	0,8	734	1,3	739	1,3	5	0,8	371	1,3
Blutungen über 1000 ml	10	1,6	351	0,6	361	0,6	9	1,7	129	0,5
Sonst. Komplikationen	9	1,4	636	1,1	645	1,1	7	1,3	172	0,6
Verlegte Mütter	17	2,7	93	0,2	110	0,2	13	2,4	34	0,1
Verstorbene Mütter	0	0,0	3	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0

Angaben zu den Neugeborenen

Für die Neugeborenen soll diese Art der Gegenüberstellung nun auch vorgenommen werden. Es sind in den linken Tabellen Gemini und weitere Mehrlingsgeburten sowie Früh- und Todgeburten enthalten. (Abb.17) In den Selektionskollektiven dagegen sind diese nicht mehr enthalten.

Selektionskollektiv

Abb.17

APGAR	Außerklinisch 639 Kinder		Klinisch 58.538 Kinder		Gesamt 59.177		Außerklinisch 528 Kinder		Klinisch 27.824 Kinder	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 Minuten Apgar - Wert										
0	1	0,2	276	0,5	277	0,5	0	0,0	71	0,3
1 - 3	4	0,6	432	0,7	436	0,7	1	0,2	26	0,1
4 - 6	13	2,0	1.459	2,5	1.472	2,5	8	1,5	213	0,8
7 - 9	518	81,1	49.404	84,4	49.922	84,4	432	81,8	23734	85,3
10	93	14,6	6.908	11,8	7.001	11,8	79	15,0	3766	13,5
Ohne Angabe	4	0,6	59	0,1	63	0,1	8	1,5	14	0,1
5 Minuten Apgar - Wert										
0	1	0,2	290	0,5	291	0,5	0	0,0	71	0,3
1 - 3	0	0,0	75	0,1	75	0,1	0	0,0	10	0,0
4 - 6	5	0,8	353	0,6	358	0,6	1	0,2	44	0,2
7 - 9	135	21,1	9.912	16,9	10.047	17,0	115	21,8	2980	10,7
10	494	77,3	47.794	81,6	48.288	81,6	408	77,3	24704	88,8
Ohne Angabe	4	0,6	114	0,2	118	0,2	4	0,8	15	0,1
10 Minuten Apgar - Wert										
0	1	0,2	316	0,5	317	0,5	0	0,0	79	0,3
1 - 3	1	0,2	37	0,1	38	0,1	1	0,2	9	0,0
4 - 6	2	0,3	85	0,1	87	0,1	0	0,0	5	0,0
7 - 9	28	4,4	3.880	6,6	3.908	6,6	18	3,4	724	2,6
10	603	94,4	54.027	92,3	54.630	92,3	505	95,6	26957	96,9
Ohne Angabe	4	0,6	193	0,3	197	0,3	4	0,8	50	0,2

Da sich die Prozentzahlen im Gesamtkollektiv so gut wie gar nicht verändern durch die geringe Fallzahl der außerklinisch geborenen Kinder, fällt die Gesamt-Spalte in den nächsten Gegenüberstellungen weg. (Abb.18) Für diese Gruppe sollte in der Zukunft eine Gegenüberstellung aller vorhandenen außerklinischen Ergebnisse von 1999 bis 2001 oder darüber hinaus gemacht werden, um eine weitergehende Aussage zu erhalten, da die geringen Fallzahlen keine weitergehenden Analysen zulassen.

Selektionskollektiv

Abb.18

Reanimation	Außerklinisch 10 Fälle = 1,6 %		Klinisch 2396 Fälle= 4,1 %		Außerklinisch 6 Fälle =1,1%		Klinisch 405 Fälle =1,5%	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maske	8	1,2	1973	3,4	4	0,6	371	1,3
Intubation	2	0,3	453	0,8	2	0,4	25	0,1
Pufferung	0		112	0,2	0		17	0,1
Volumensubstitut.	0		161	0,3	0		15	0,1

Die kindlichen Morbiditäten lassen durch die geringen Fallzahlen ebenfalls nur wenig relevante Aussagen zu. Es wurden hier nur die Morbiditäten der klinisch geborenen Kinder gegenübergestellt, zu denen vom außerklinischen Kollektiv her eine Vorgabe vorhanden war. (Abb.19) Durch diese Eingrenzung und durch die Mehrfachnennungen von Morbiditäten lassen sich keine relevanten Bezüge zu den Geburtsverläufen oder zum fetal outcome herstellen, hier wäre in der Zukunft zu überlegen, wie mit diesen Ergebnissen sinnvoll gearbeitet werden kann. Zum Schluss stehen sich noch die Ergebnisse der Verlegung des Neugeborenen post partal in eine Klinik bzw. Kinderklinik gegenüber. (Abb.20) Die Verlegungsrate, sowie die perinatale Mortalität ist im nicht selektierten Kollektiv außerklinisch natürlich besser, da sich, wie oben schon beschrieben, alle geborenen Kinder gegenüberstehen. Im Selektionskollektiv fällt dann aber die geringe Verlegungsrate außerklinisch und die fast identische perinatale Mortalität zwischen beiden Kollektiven auf. Auch hier sollte in der Zukunft mit einem größerem außerklinischen Kollektiv geschaut werden, ob sich die Ergebnisse weiterhin in diesem Rahmen bewegen.

Selektionskollektiv

Abb.19

Kindliche Morbiditäten (Mehrfachnennungen waren möglich)	Außerklinisch 24 Fälle = 3,8 %		Klinisch 4.948 Fälle = 8,5 %		Außerklinisch 16 Fälle =3,0%		Klinisch 1.453 Fälle =5,2%	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mangelgeburt	3	0,5	1.131	1,9	2	0,4	57	0,2
Asphyxie	8	1,3	309	0,5	4	0,8	66	0,2
Atemnotsyndrom	4	0,6	140	0,2	2	0,4	24	0,1
Andere Atemstörungen	4	0,6	377	0,6	4	0,8	75	0,3
Schockzustand	1	0,2	9	0,0	0	0,0	3	0,0
Ikterus	1	0,2	687	1,2	1	0,2	310	1,1
Chromosomenanomalie	1	0,2	31	0,1	0	0,0	7	0,0
Multiple Missbildungen	1	0,2	12	0,0	1	0,2	2	0,0
Anomalie Herz/große Gefäße	1	0,2	77	0,1	1	0,2	30	0,1

Abb.20

Verlegungen	Außerklinisch 19 Fälle = 3,0 %	Klinisch 5405 Fälle = 9,3 %	Außerklinisch 10 Fälle = 1,9 %	Klinisch 1004 Fälle = 3,6 %
Perinatale Mortalität	Außerklinisch 2 Fälle =0,31 %	Klinisch 303 Fälle = 0,52 %	Außerklinisch 1 Fall = 0,19 %	Klinisch 55 Fälle = 0,20 %

Fazit

Mit dem zahlenmäßig sehr kleinen außerklinischen Kollektiv lassen sich nur bedingt relevante Aussagen treffen. Tiefergehende Studien oder Untersuchungen mit größeren Fallzahlen werden hier sicher weitergehende Ergebnisse für die Geburtshilfe aufzeigen können.

Es zeichnen sich aber heute schon einige Punkte ab, an denen Hebammen (außerklinisch, wie klinisch tätige), Gynäkologen und Geburtshelfer auf Grund der dokumentierten Daten und Ergebnisse in eine fachliche Diskussion treten sollten, um für die Ihnen vertrauenden Frauen mit ihren Ungeborenen und später Neugeborenen bestmögliche Betreuungsergebnisse zu erzielen. Ein anhaltender Austausch über die verschiedenen Möglichkeiten des Gebärens sollte entstehen, damit die Fachleute voneinander lernen können, denn in beiden Kollektiven zeigen sich Signifikanzen. Es gilt nun herauszufinden, welche dieser Auffälligkeiten Zufall sind oder sich wiederholen und damit in Zukunft Veränderungen bei der Vorgehensweise in der außerklinischen und / oder klinischen Geburtshilfe bewirken können. Aus der gemeinsamen Arbeit in diesem Bereich ergeben sich Chancen, wissenschaftliche Studien oder Untersuchungen zu ganz neuen Fragestellungen und Aspekten der Geburtshilfe durchzuführen.

Die Darstellung der außerklinischen und klinischen Geburten gemeinsamen in einem Datenband zeigen einen Weg der Zusammenarbeit, der Transparenz, der Akzeptanz und des respektvollen Miteinander zwischen Hebammen und Ärzten in Hessen. Unter diesen guten Bedingungen wird die Arbeit fortgesetzt und es wird in Zukunft an einer optimalen Vergleichsmöglichkeit der Kollektive weiter gearbeitet, bei der die Besonderheiten der außerklinischen Geburten und der in Kliniken stattfindenden Geburten nicht außer acht gelassen werden dürfen.

Vielen Dank an die Mitarbeiter der GQH, die durch Ihre Unterstützung diese Arbeit ermöglicht haben. Weitergehende Informationen bzw. Literaturanforderung zu Ergebnissen der außerklinischen Geburtshilfe bundesweit unter www.quag.de

Anke Wiemer – Hebamme
Qualitätsbeauftragte des BDH (Bund deutscher Hebammen)
Elisabethenstraße 1 , 63579 Freigericht