



Geburten in Bremen

Daten für Taten



Impressum

Autoren

Dr. Günter Tempel

Eberhard Zimmermann

Redaktion und Gestaltung

Winfried Becker

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen

Kontakt

Gesundheitsamt Bremen

Horner Str. 60-70

28203 Bremen

gesundheitsberichterstattung@gesundheitsamt.bremen.de

www.gesundheitsamt.bremen.de/info/gbe

Erscheinungsdatum

Februar 2015



Inhalt

Vorwort	4
Geburten	5
Lebendgeborene	5
Totgeburten	8
Schwangerschaftsabbrüche	9
Säuglingssterblichkeit.....	13
Geburtsgewicht	15
Geburten in Bremer Kliniken.....	16
Außerklinische Geburten durch Hebammen	19
Schlussbemerkungen	21
Literatur.....	23



Vorwort

In dem vorliegenden Bericht widmet sich das Gesundheitsamt dem großen Themenfeld "Geburt" und geht dabei auch auf die Schwangerschaftsabbrüche in Bremen ein. Ziel der Arbeit ist, auf der Basis vorhandener Daten die Situation in der Stadt Bremen zu beschreiben und eine gesundheitspolitische Debatte zu initiieren. Dargestellt werden die Geburtenentwicklung sowie die Veränderung des Sterblichkeitsrisikos bei Neugeborenen in den vergangenen Jahrzehnten. Weitere Aspekte sind Maßnahmen der Geburtshilfe während der Entbindung und außerklinische Geburten durch Hebammen. Einen eigenen Schwerpunkt bildet das Thema "Schwangerschaftsabbrüche".

Die Dynamik des demografischen Wandels wird maßgeblich beeinflusst durch die Geburtenzahlen. Insofern haben die Entwicklungen rund um Schwangerschaft und Geburt nicht nur gesundheitspolitische Bedeutung. Daher versteht sich der Bericht auch als ein Beitrag zum Diskurs über mögliche Konsequenzen für die gesellschaftliche Entwicklung.

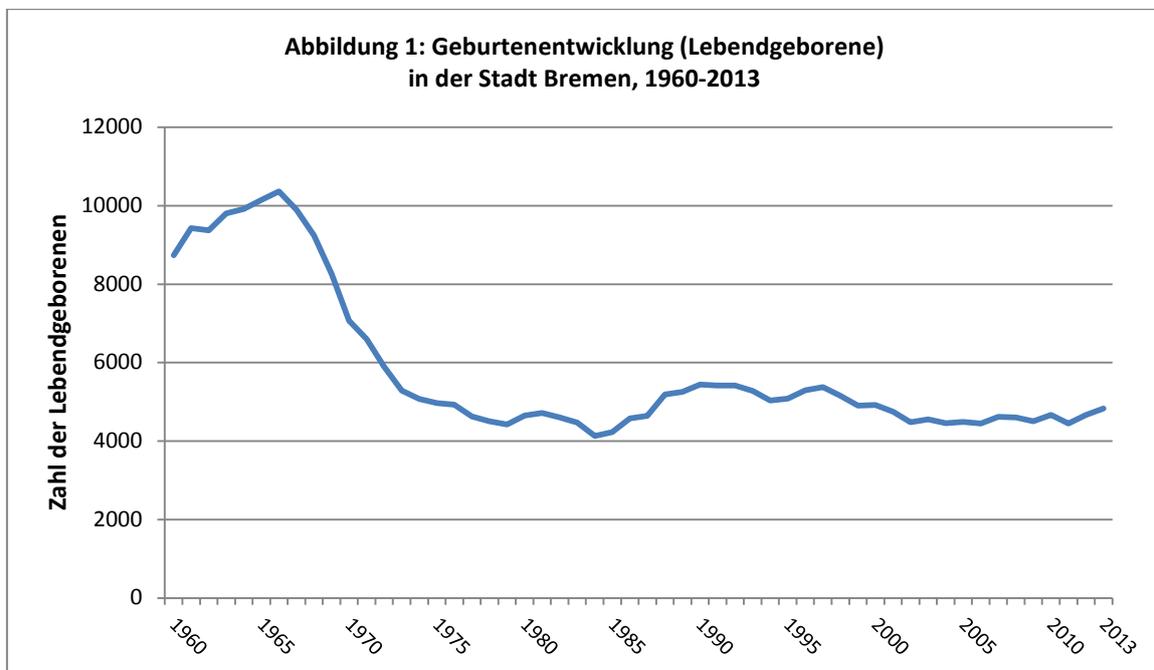


Geburten

Lebendgeborene

In der Nachkriegszeit stieg in Deutschland die Zahl der neugeborenen Kinder zunächst kontinuierlich.¹ Seinen Höhepunkt erreichte der "Baby-Boom" 1964 mit 1.357.304 Lebendgeborenen, danach nahmen die Geburtenzahlen deutlich ab. 1972 wurden weniger als 1 Million Geburten verzeichnet. Ab diesem Zeitpunkt reichte die Zahl der Geburten nicht mehr aus, um die Bevölkerungsverluste durch Sterbefälle zumindest auszugleichen. 2013 registrierte das Statistische Bundesamt 682.069 Lebendgeborene. Verglichen mit der Situation Mitte der 1960er Jahre hatte sich die Zahl der Neugeborenen halbiert (-49,8%), und ohne den positiven Wanderungssaldo mit dem Ausland wäre die Einwohnerzahl Deutschlands längst deutlich gesunken.

Die Entwicklung in der Stadt Bremen folgte dem gleichen Muster (siehe Abbildung 1). Auch in Bremen nahmen die Geburten (Lebendgeburten) bis Mitte der 1960er Jahre stetig zu. 1966 wurden die meisten Geburten gezählt, damals kamen 10.363 Kinder zur Welt. In den darauf folgenden Jahren schrumpfte die Zahl der Geburten auf zuletzt 4.830 (2013), was gegenüber dem Höchststand von 1966 einer Abnahme von 53,4% entspricht. Damit ist der Geburtenrückgang in Bremen schärfer ausgeprägt als im Bundesgebiet. Um den Beginn der 2000er Jahre pendelten sich die Geburtenzahlen in der Stadt Bremen auf ein Niveau von durchschnittlich etwa 4.500 Geburten pro Jahr ein. Die zeitweilig höheren Werte zwischen dem Ende der 1980er und 1990er Jahre gehen darauf zurück, dass in diesem Zeitraum die geburtenstarken Jahrgänge des Baby-Booms selber Kinder bekamen.



Daten: Statistisches Landesamt Bremen

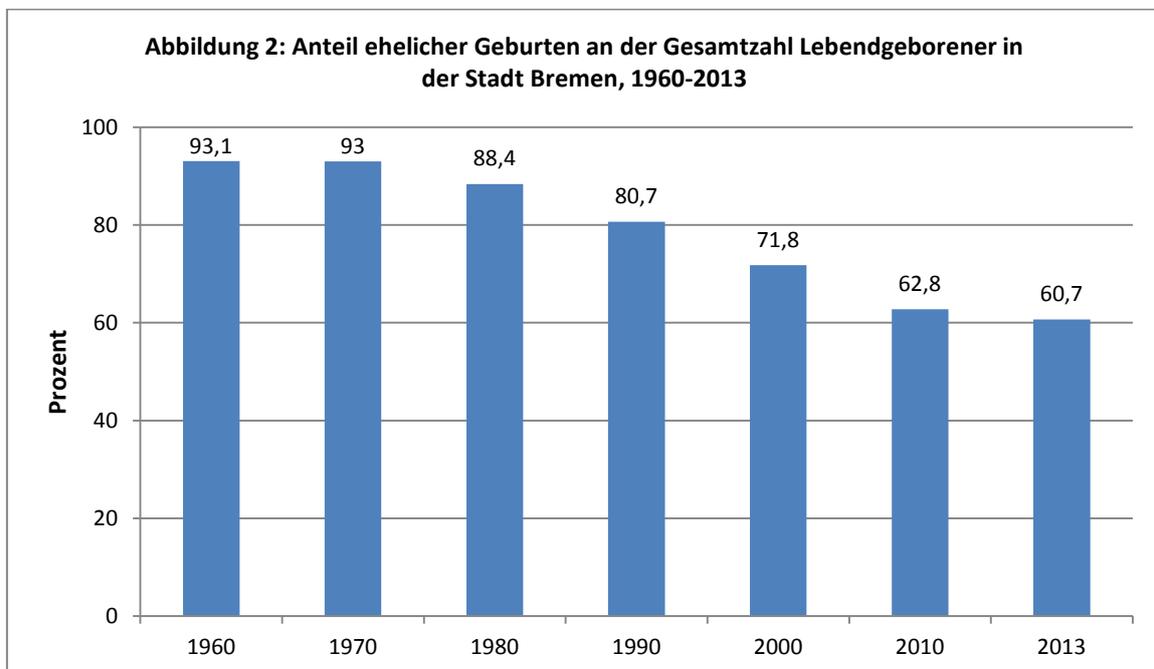
¹ siehe Statistisches Bundesamt (2014)



Ursächlich für den Geburtenrückgang in Deutschland sind verschiedene Faktoren. Gemeinhin wird auf die Einführung der Anti-Baby-Pille in Deutschland Anfang der 1960er Jahre hingewiesen. In Expertenkreisen wird die "Pillenknick"-Theorie inzwischen skeptisch beurteilt; unter anderem deshalb, weil die Pille in den Anfangsjahren nicht ohne weiteres erhältlich und deswegen nicht weit verbreitet war. Den entscheidenderen Einfluss auf die Geburtenentwicklung dürfte die so genannte Individualisierung der Lebensführung gehabt haben. Im Zuge dieses Prozesses verloren tradierte Wertvorstellungen und Rollenmuster an Bedeutung. Kinder zu bekommen ist längst nicht mehr eine unhinterfragte Selbstverständlichkeit, sondern eine von vielen Optionen der Lebensgestaltung. Ökonomische Instabilität führt ebenfalls zu niedrigen Geburtenzahlen. Für europäische Länder lässt sich zeigen, dass Wirtschaftskrisen einhergehen mit Geburtenrückgängen und dass arbeitslose Männer seltener Familien gründen.² Zudem machen es gestiegene Anforderungen an berufliche Flexibilität und Mobilität Männern wie Frauen schwer, Erwerbstätigkeit und ein Leben mit Kindern zu vereinbaren.

Auf 100 neugeborene Mädchen kommen etwa 106 neugeborene Jungen. Dieses Zahlenverhältnis ist naturgegeben, es handelt sich gewissermaßen um eine anthropologische Konstante. Der leichte Überschuss an neugeborenen Jungen könnte die biologische Funktion haben, die höhere Säuglingssterblichkeit unter Jungen und die relativ hohe Sterblichkeit junger Männer auszugleichen.

Nicht-eheliche Geburten haben in den vergangenen Jahrzehnten stark zugenommen (siehe Abbildung 2). Waren in der Stadt Bremen bis Ende der 1970er Jahren noch mindestens 90% der Geburten ehelich, lag 2013 der Anteil ehelicher Geburten bei rund 61%. Auch mit diesen Zahlen kommt der oben angesprochene Wertewandel zum Ausdruck. Ein "uneheliches" Kind ist kein Skandal mehr, der Frauen sozial stigmatisiert, sondern gesellschaftliche Realität.



Daten: Statistisches Landesamt Bremen

² Goldstein et al. (2013), Schmitt (2008). Demgegenüber erhöht sich bei arbeitslosen Frauen die Wahrscheinlichkeit, das erste Kind zu bekommen. Dies gilt insbesondere für Frauen mit mittleren oder geringen beruflichen Qualifikationen (Schmitt (2008)).



42% der Familien, in denen mindestens ein minderjähriges Kind lebt, sind 1-Kind-Familien.³ In 43% der Familien leben zwei Kinder, 15% der Familien haben drei oder mehr Kinder.

Ein nicht unwesentlicher Teil der Frauen in Deutschland bleibt kinderlos. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2012 hat jede fünfte Frau (20%) in der Altersgruppe 45-49 Jahre keine Kinder. Ab diesem Alter sind Schwangerschaften praktisch ausgeschlossen, diese Frauen werden also kinderlos bleiben.⁴ Besonders häufig trifft dies auf Frauen mit einem akademischen Bildungsabschluss zu. In der Altersgruppe 45-49 Jahre haben 28% der Akademikerinnen und 19% der Nicht-Akademikerinnen keine Kinder.⁵

Eine Projektion des Statistischen Landesamtes weist für Bremen in den Jahren zwischen 2009 und 2013 sogar jede dritte Frau als kinderlos aus (siehe Tabelle 1). Dies und das zunehmend höhere Alter der Erstgebärenden stellen gemeinsam eine bereits quantitativ bedeutsame "Erwachsenenwelt ohne Kind" neben der hergebrachten "Erwachsenenwelt mit Kind" dar. Da erstere finanz- wie zeitökonomisch stärker und damit politisch durchsetzungsfähiger ist, ist zu befürchten, dass von Familien benötigte Rahmenbedingungen künftig mit geringerem Anteil auf der politischen Prioritätenliste zu finden sind. Bereits in den 90er Jahren wurde daher sozialpädiatrischerseits die Schaffung schulischer Erkenntnis- und Erlebniszugänge für alle zu den Bedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern formuliert.⁶ Die aktuelle Beteiligung von Bremer Schulen am Programm "Roots of Empathy" ist ein unterstützenswerter Schritt in diese Richtung.

Tabelle 1: Entwicklung der Kinderzahl von Frauen im Lebensverlauf. Stadt Bremen, 2009-2013 (berechnete Schätzwerte, Angaben in %)

Jahr	Keine Kinder	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder und mehr	Durchschnittliche Kinderzahl je Frau
2009	36,0	23,4	27,6	13,0	1,25
2010	35,2	22,3	28,4	14,2	1,29
2011	35,4	24,2	26,8	13,6	1,24
2012	35,3	21,6	28,7	14,4	1,29
2013	33,7	22,9	27,9	15,5	1,33

Daten: Statistisches Landesamt Bremen

³ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013), Seite 51

⁴ a.a.O., Seite 32, Tabelle 2.1

⁵ a.a.O., Seite 36, Tabelle 2.3

⁶ Zimmermann (1988)



Totgeburten

Neugeborene, bei denen das Herz nach der Trennung vom Mutterleib nicht schlägt, deren Nabelschnur nicht pulsiert, bei denen die Atmung nicht einsetzt und die mindestens 500 Gramm wiegen, bezeichnet die amtliche Statistik als Totgeburten. Sind bei einem Neugeborenen ebenfalls keine der oben genannten Lebenszeichen nachweisbar und wiegt das Kind weniger als 500 Gramm, spricht man von einer Fehlgeburt. Diese Kriterien gelten seit dem 1. April 1994. Davor mussten Totgeburten ein Mindestgeburtsgewicht von 1.000 Gramm aufweisen.

Totgeburten sind in Deutschland selten, 2013 lag in Deutschland die Totgeburtenrate bei 373,2/100.000 Geburten.⁷ In der Stadt Bremen registrierte die Statistik zwischen 1995 und 2013 im Durchschnitt jährlich etwa 16 Totgeburten. Insgesamt kamen in diesem Zeitraum 305 Kinder tot zur Welt.⁸ Daraus ergibt sich eine kumulative Rate von 336,7 Totgeburten pro 100.000 Geburten.⁹

Jungen werden häufiger tot geboren als Mädchen. 2013 betrug die Totgeburtenrate bei Jungen bundesweit 379,6/100.000 Geburten und bei Mädchen 366,7/100.000 Geburten. Von den 305 Kindern, die in Bremen zwischen 1995 und 2013 tot zur Welt kamen, waren 171 Jungen und 134 Mädchen. Dies entspricht kumulativen Totgeburtenraten von 366,1/100.000 Geburten bei Jungen und 305,5/100.000 bei Mädchen.

Für Totgeburten gibt es eine Reihe von Ursachen und Risikofaktoren.¹⁰ Dazu gehören Komplikationen während der Schwangerschaft und während des Geburtsprozesses, Fehlbildungen des Fötus und Infektionen. Frauen, die noch keine Kinder zur Welt gebracht haben oder die bereits eine Totgeburt hatten, die älter sind als 40 Jahre, die eine Mehrlingsschwangerschaft austragen oder die die Blutgruppe AB besitzen, weisen ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt auf. Diese Gefahren sind nicht beeinflussbar. Zu den vermeidbaren Risikofaktoren zählen Diabetes, starkes Übergewicht (Adipositas), früherer Drogenkonsum sowie Rauchen in den drei Monaten vor der Schwangerschaft. Zusammengenommen erklären die hier genannten Risiken das Auftreten von Totgeburten allerdings nur zu einem relativ geringen Teil.

⁷ Daten: www.gbe.bund.de [9.12.2014]

⁸ Daten: Statistisches Landesamt Bremen

⁹ Lebend- und Totgeborene

¹⁰ siehe im Folgenden Saade (2011), Silver (2011)

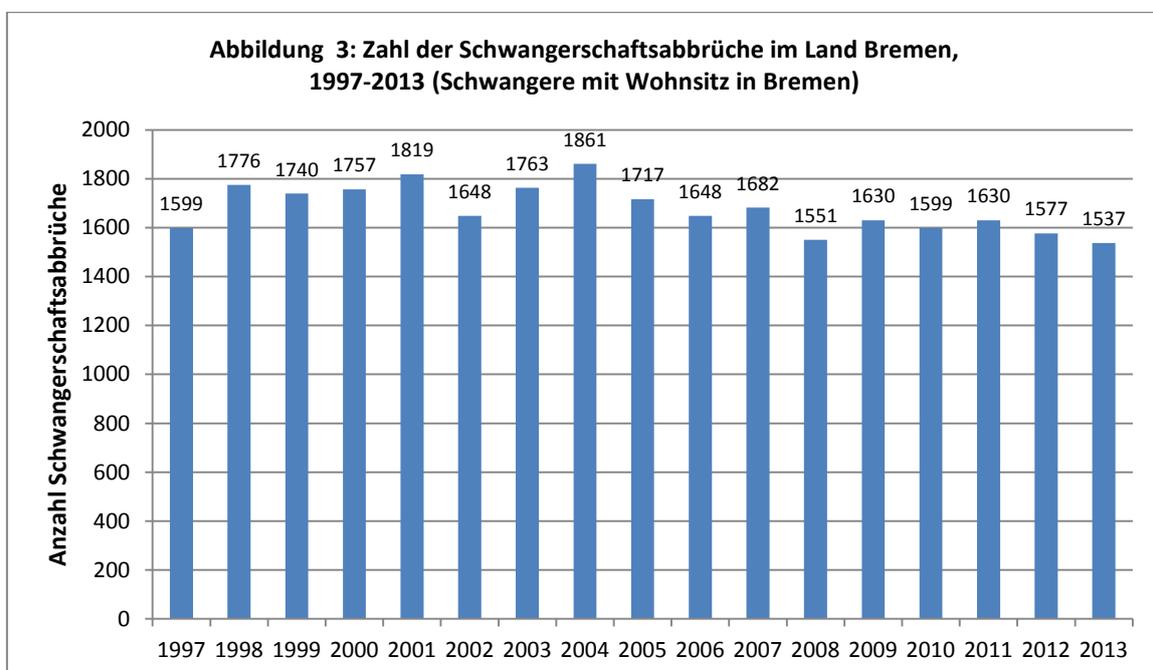


Schwangerschaftsabbrüche

In Deutschland werden Schwangerschaftsabbrüche gemäß §218 StGB sanktioniert. Nach §218a StGB sind Schwangerschaftsabbrüche straffrei, wenn eine schwangere Frau den Abbruch verlangt und nachweisen kann, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen. Der Schwangerschaftsabbruch darf nur von einem Arzt und nur bis zur 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. Nicht rechtswidrig ist ein Schwangerschaftsabbruch, wenn nach ärztlicher Erkenntnis die Schwangerschaft gesundheitsgefährdend oder lebensbedrohend für die Schwangere ist und die Schwangere dem Eingriff zustimmt. Auch eine Schwangerschaft infolge sexueller Nötigung oder Vergewaltigung kann mit Einwilligung der Schwangeren straflos abgebrochen werden.

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch traten zum 1. Januar 1996 in Kraft. Damit einhergehend änderte sich die Systematik zur statistischen Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen. Von daher sind die ab 1996 erhobenen Daten nicht mit den bis 1995 ausgewiesenen Werten vergleichbar.

In Deutschland nimmt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ab. 2001 wurden mit 134.964 Eingriffen die meisten Schwangerschaftsabbrüche gezählt, in den Folgejahren sank die Zahl der Abbrüche kontinuierlich auf 102.802 im Jahr 2013.¹¹ Dies entspricht einem Rückgang von 23,8%. Auch für das **Land Bremen**¹² ergibt sich eine insgesamt rückläufige Tendenz. 2013 registrierte die Statistik 1.537 Abbrüche, gegenüber dem Höchststand 2004 (1.861 Abbrüche) ein Rückgang von 17,4% (siehe Abbildung 3).¹³



Daten: Statistisches Bundesamt (2014). 2012 ohne kriminologische Indikation.

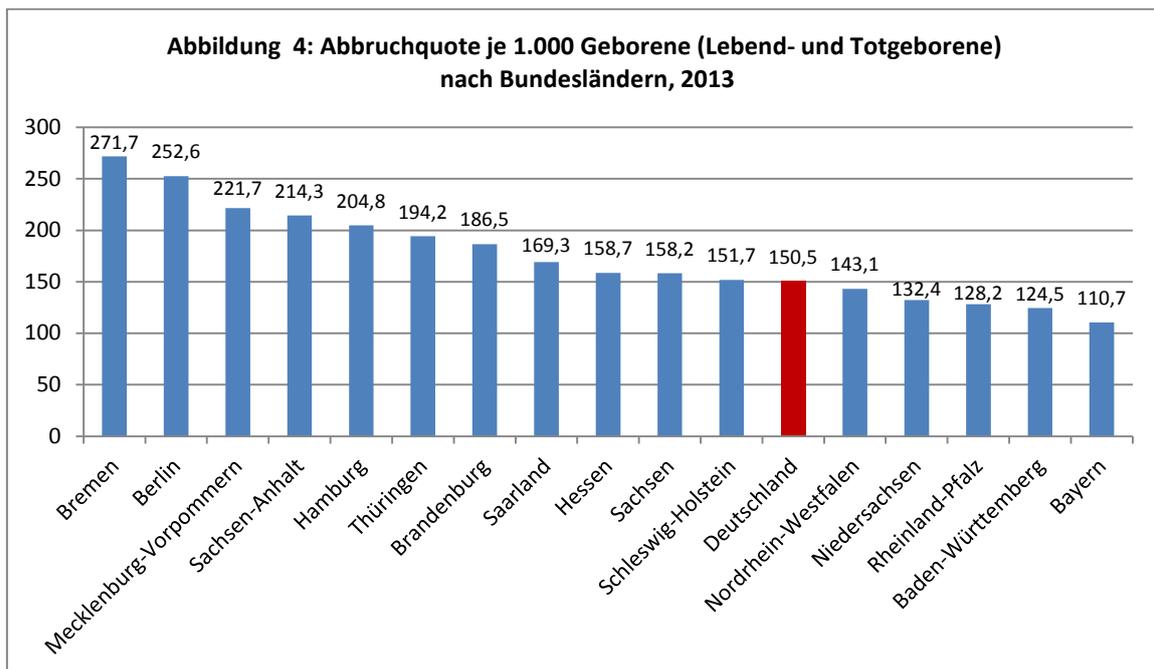
¹¹ Statistisches Bundesamt (2014), Seite 28, Anhang 1.1

¹² Zahlen für die Stadt Bremen liegen nicht vor

¹³ Statistisches Bundesamt (2014), Seite 28f, Anhang 1.1



Gemessen an der Gesamtzahl der Geborenen (Lebend- und Totgeborene) nahmen Schwangerschaftsabbrüche ebenfalls ab. 2013 kamen in Deutschland auf 1.000 Geburten 150,5 Abbrüche, 2006 lag diese Quote noch bei 176,6 Abbrüchen je 1.000 Geburten. 2013 wurde für das Land Bremen eine Quote von 271,7 Abbrüchen je 1.000 Geborene ermittelt. Damit hat Bremen unter allen Bundesländern die höchste Abbruchquote, gefolgt von Berlin mit 252,6 Abbrüchen je 1.000 Geborene (siehe Abbildung 4). Auch in den Jahren davor wiesen Bremen und Berlin bundesweit stets die höchsten Abbruchquoten auf. Angesichts einer umfassenden Sexualaufklärung, die bereits in der Grundschule beginnt, und angesichts des unproblematischen Zugangs zu wirksamen Verhütungsmitteln sind die hier berichteten Zahlen erklärungsbedürftig.



Daten: Statistisches Bundesamt 2014, destatis

Schwangerschaftsabbrüche werden so gut wie immer über die Beratungsregelung nach §218a StGB rechtlich legitimiert (siehe Tabelle 2). Medizinische Indikationen sind Ausnahmen, die bundesweite Statistik weist einen Anteil von 3,6% auf. Kriminologische Indikationen beschränken sich auf Einzelfälle. 2013 zählte die Statistik bundesweit 20 Fälle, was einem Anteil von 0,02% entspricht.¹⁴

Über zwei Drittel der Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen lassen, sind zwischen 20 und 35 Jahre alt. Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen kommen relativ selten vor. Ihr Anteil an den gesamten Schwangerschaftsabbrüchen liegt sowohl bundesweit als auch im Land Bremen bei gut 3% (siehe Tabelle 3).

Im Land Bremen werden fast alle Schwangerschaftsabbrüche in gynäkologischen Praxen oder in analogen Einrichtungen wie pro familia vorgenommen, nur in ganz wenigen Fällen findet der Eingriff ambulant im Krankenhaus statt (siehe Tabelle 4). Dem gegenüber findet im Bundesdurchschnitt jeder sechste Abbruch ambulant im Krankenhaus statt und auch die stationäre Abbruchrate ist drei Mal so hoch wie im Lande Bremen.

¹⁴ Statistisches Bundesamt (2014), Seite 29, Anhang 1.1 (Angaben für 2013)



**Tabelle 2: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und im Land Bremen nach Indikation
(Angaben in %, Fallzahlen in Klammern)**

Begründung des Abbruchs	Deutschland (2013)	Land Bremen (2012)
Medizinische Indikation	3,6 (3.703)	1,2 (19)
Kriminologische Indikation	0,02 (20)	xx ¹⁵ (xx)
Beratungsregelung	96,4 (99.079)	98,7 (1.558)
Alle Indikationen	100 (102.802)	100 (1.577) ¹⁶

Daten: Statistisches Bundesamt (2014), Statistisches Landesamt Bremen

**Tabelle 3: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und im Land Bremen nach Alter
(Angaben in %, Fallzahlen in Klammern)**

Altersgruppe	Deutschland (2013)	Land Bremen (2012)
unter 18 Jahre	3,5 (3.619)	3,2 (51)
18 bis 20 Jahre	5,8 (5.969)	7,9 (124)
20 bis 25 Jahre	23,1 (23.723)	25,4 (401)
25 bis 30 Jahre	23,7 (24.407)	22,6 (356)
30 bis 35 Jahre	21,2 (21.785)	20,5 (324)
35 bis 40 Jahre	15,3 (15.452)	14,3 (225)
40 bis 45 Jahre	6,9 (7.137)	5,4 (85)
45 Jahre und älter	0,7 (710)	0,8 (12)
Insgesamt	100 (102.802)	100 (1.578)

Daten: Statistisches Bundesamt (2014), Statistisches Landesamt Bremen

¹⁵ Weniger als 3 Fälle

¹⁶ Ohne kriminologische Indikation



**Tabelle 4: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland und im Land Bremen nach Ort des Eingriffs
(Angaben in %, Fallzahlen in Klammern)**

Ort des Eingriffs	Deutschland (2013)	Land Bremen (2012)
Gynäkologische Praxis	79,2 (81.409)	95,8 (1.512)
Krankenhaus ambulant	17,9 (18.430)	3,3 (52)
Krankenhaus stationär	2,9 (2.963)	0,9 (14)
Insgesamt	100 (102.802)	100 (1.578)

Daten: Statistisches Bundesamt (2014), Statistisches Landesamt Bremen



Säuglingssterblichkeit

Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Die Höhe der Säuglingssterblichkeit gibt Hinweise auf Lebensverhältnisse sowie auf die Qualität der medizinischen Versorgung schwangerer Frauen und Neugeborener.

In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit im Laufe der Zeit enorm gesunken. Ende des 19. Jahrhunderts starb jedes vierte Kind im ersten Lebensjahr,¹⁷ wobei die Säuglingssterblichkeit in armen Bevölkerungsgruppen um ein Mehrfaches höher lag als in den wohlhabenden Kreisen.¹⁸ In der Folgezeit nahm die Säuglingssterblichkeit stetig ab, aber noch in den 1970er Jahren starben etwa 20 pro 1.000 lebend geborener Kinder im ersten Lebensjahr. Dies war Anlass zur Durchführung erster flächenerschließender Perinatalstudien in Deutschland, als deren Ergebnis schließlich in Bremen die Bundesmodellversuche "Familienhebammen" durchgeführt wurden. Da eine Bundesratsinitiative Bremens für eine bundesweite Einführung von Familienhebammen scheiterte, wurden die Familienhebammen in Bremen im Gesundheitsamt als ständige Aufgabe angesiedelt.

Inzwischen gehört Deutschland weltweit zu den Ländern mit der niedrigsten Säuglingssterblichkeit. 2013 wurden in Deutschland 3,3 Säuglingssterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene registriert. Dieser beeindruckende Rückgang der Säuglingssterblichkeit gehört zu den Erfolgsgeschichten in der Prävention.

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt Bremen seit 1970. Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden die Raten für jeweils fünf Jahre kumuliert berechnet. Auch in der Stadt Bremen nahm die Säuglingssterblichkeit über die Jahre hinweg deutlich ab von 21,5/1.000 Lebendgeborene (1970-1974) auf 4,9/1.000 Lebendgeborene (2010-2013). Damit liegt die Säuglingssterblichkeit in Bremen über dem Bundesdurchschnitt.

Anhand der Abbildung 6 wird die allgemein höhere Säuglingssterblichkeit bei Jungen deutlich. Für den Geschlechtervergleich wurden die Zeitkategorien wegen der noch kleineren Fallzahlen breiter gefasst.

Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht haben ein erhöhtes Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben. Weitere Risikofaktoren sind angeborene Fehlbildungen sowie Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt.¹⁹

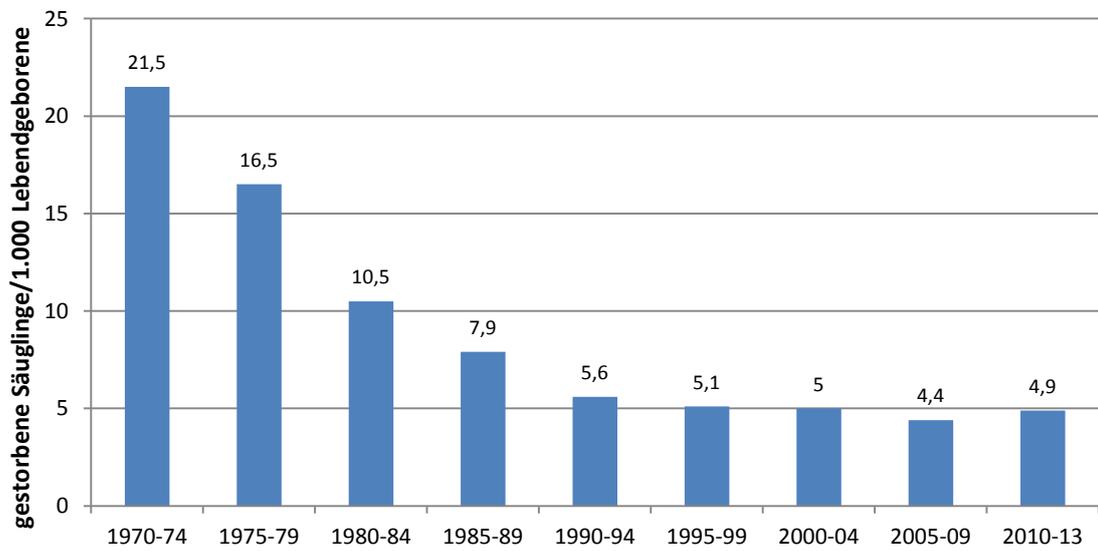
¹⁷ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) (2014); www.bib-demografie.de [9.12.2014]

¹⁸ Für die Stadt Bremen siehe Funk (1911)

¹⁹ Robert Koch-Institut (2011), Seite 24

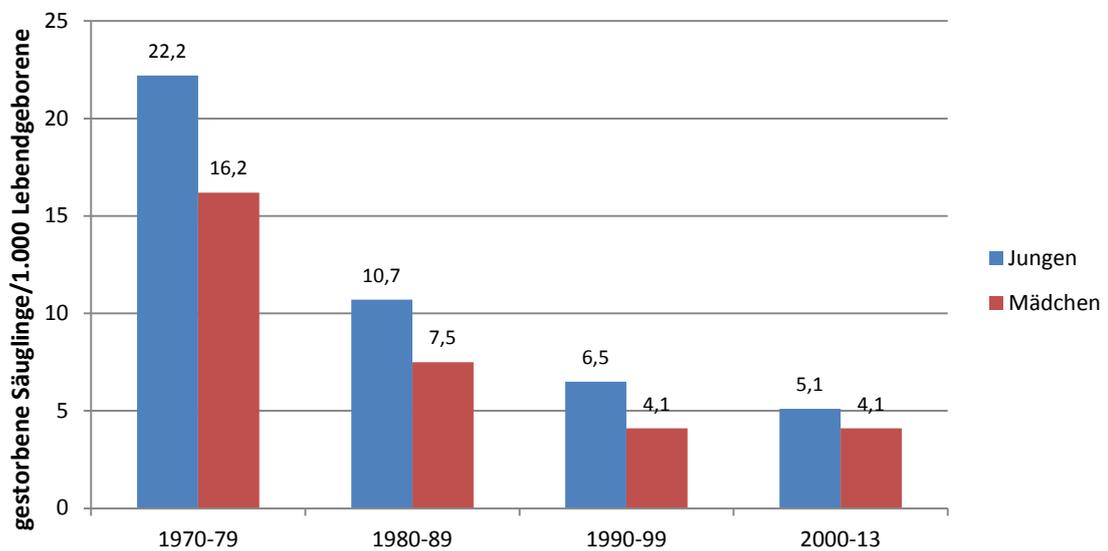


Abbildung 5: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt Bremen, 1970-2013



Daten: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

Abbildung 6: Säuglingssterblichkeit in der Stadt Bremen nach Geschlecht, 1970-2012



Daten: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen



Geburtsgewicht

In Deutschland kommt etwa jedes 15. Neugeborene mit einem zu niedrigen Gewicht auf die Welt. Säuglinge mit zu niedrigem Geburtsgewicht haben ein höheres Sterblichkeits- und Erkrankungsrisiko, die Gefahr gesundheitlicher Schäden und schwerer Behinderungen ist größer. Nach der Geburt müssen sie länger in der Klinik bleiben als Säuglinge mit normalem Geburtsgewicht.

Von einem niedrigen Geburtsgewicht spricht man, wenn das Gewicht eines Säuglings bei der Geburt weniger als 2.500 Gramm beträgt. Ein Gewicht von unter 1.500 Gramm bezeichnet man als sehr niedriges Geburtsgewicht.

Der Anteil der Neugeborenen mit niedrigem beziehungsweise mit sehr niedrigem Geburtsgewicht ist seit den 1970er Jahren gestiegen (siehe Tabelle 5). In der Dekade 2004-2013 hatten in der Stadt Bremen 6,7% aller Lebendgeborenen ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm, unter 1.500 Gramm wogen 1,2%.²⁰ Die für Deutschland ausgewiesenen Werte sind mit 6,9% beziehungsweise 1,3% nahezu identisch.²¹

Als Ursachen für niedriges Geburtsgewicht gelten prekäre soziale Verhältnisse und Risikoverhalten während der Schwangerschaft wie ungesunde Ernährung, Rauchen oder Alkoholkonsum, Komplikationen während der Schwangerschaft und Mehrlingsgeburten. Die steigende Zahl von Mehrlingsgeburten wird auf eine Zunahme von Fruchtbarkeitsbehandlungen zurückgeführt. Darüber hinaus wird auf das allgemein höher gewordene Schwangerschaftsalter hingewiesen.²²

Tabelle 5: Entwicklung des Anteils der Lebendgeborenen mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht in der Stadt Bremen (Angaben in %, Fallzahlen in Klammern)

Zeitraum	Niedriges Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm)	Sehr niedriges Geburtsgewicht (< 1.500 Gramm)
1974 - 1983	5,6 (2.647)	0,8 (355)
1984 - 1993	5,8 (2.881)	0,8 (408)
1994 - 2003	6,9 (3.403)	1,3 (656)
2004 - 2013	6,7 (3.044)	1,2 (545)

Daten: Statistisches Landesamt Bremen

²⁰ Die Kategorie "niedriges Geburtsgewicht (< 2.500 Gramm)" beinhaltet auch die Kategorie "sehr niedriges Geburtsgewicht (< 1.500 Gramm)"

²¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014)

²² Eventuell werden die Risiken, die pauschal mit dem höher gewordenen Durchschnittsalter der Gebärenden in Verbindung gebracht werden, überschätzt. Es gibt Hinweise, wonach der Sozialstatusindikator "Bildung" negative Einflüsse des biologischen Alters relativiert (Peters (2010)).



Geburten in Bremer Kliniken

2012 wurden in den Kliniken der Stadt Bremen 6.397 Frauen entbunden und 6.523 Kinder lebend geboren.²³ Die Bremer Kliniken werden auch von der Bevölkerung aus den Umlandgemeinden mitgenutzt, insofern liegt die Zahl der in den Bremer Kliniken geborenen Kinder deutlich über der für die Stadt Bremen ermittelten Zahl der Geburten (2012: 4.671).

Seit der Jahrtausendwende ist der Anteil der Entbindungen ohne Maßnahmen zur Geburtshilfe deutlich zurückgegangen. 2012 erfolgten 60,6% der Entbindungen ohne Maßnahmen zur Geburtshilfe, in den 1990er-Jahren lag dieser Anteil noch zwischen 71-74% (siehe Tabelle 6). Diese Entwicklung geht zurück auf die erheblich gestiegene Zahl der Entbindungen durch Kaiserschnitt (Sectio). Zwischen 1990 und 2012 hat sich sowohl die Zahl der Kaiserschnitte als auch deren Anteil an den Entbindungen beinahe verdoppelt (siehe Tabelle 6 und Abbildung 7). Inzwischen ist jede dritte Entbindung (33%) in den Bremer Kliniken ein Kaiserschnitt. Dagegen ist die Zangenextraktion zur Geburtshilfe kaum noch gebräuchlich, und auch die Saugglocke (Vakuumentraktion) war und ist ein relativ selten genutztes Verfahren.

2013 lag die Kaiserschnitttrate in Deutschland bei 31,8%.²⁴ Zwischen den Bundesländern gibt es allerdings beträchtliche Unterschiede: Am niedrigsten war die Rate in Sachsen mit 23,8% und am höchsten im Saarland mit 38,1%. Erhebliche Unterschiede in der Sectorate gibt es auch zwischen den Landkreisen.²⁵ Insgesamt gesehen liegen die Sectoraten in den ostdeutschen Bundesländern und Landkreisen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Weder für die regionalen Unterschiede noch für den Anstieg der Kaiserschnitttrate seit dem Ende der 1990er-Jahre gibt es plausible medizinische Begründungen. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung kommt zu dem Ergebnis, dass die Auslegung des Ermessenspielraums hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sectio regional variiert, was wiederum die regional unterschiedlichen Sectoraten erklärt.²⁶ Da es bei einer Schwangerschaft mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt meistens zu einem erneuten Kaiserschnitt kommt, entsteht in Regionen mit hohen Sectoraten ein Selbstverstärkungseffekt.

Als eine weitere Erklärungsmöglichkeit für den Anstieg der Sectorate nennt die Studie eine wachsende Tendenz zur Risikovermeidung sowohl bei den Eltern als auch bei den klinischen Geburtshelfern, für die auch haftungsrechtliche Fragen eine Rolle spielen. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass mit wachsender Zahl der Kaiserschnitte die Fähigkeit der Geburtshelfer schwindet, in komplizierteren Geburtssituationen (Zwillingsgeburten, Beckenendlagegeburten) alternative Entbindungsverfahren sicher anzuwenden. Auch betriebswirtschaftliche Kalküle dürften eine Rolle spielen, und zwar weniger hinsichtlich der Leistungsvergütung als vielmehr hinsichtlich der Planbarkeit der Geburten.

Keinen nachweisbaren Einfluss hatte dagegen das allgemein höher gewordene Alter der Mütter. Auch Geburten sehr schwerer und frühgeborener Kinder sowie Mehrlingsgeburten wirken sich offenbar kaum auf die Entwicklung der Kaiserschnitttrate aus. Zudem ist der Wunsch nach einer medizinisch nicht notwendigen Sectio ("Wunschkaiserschnitt") weit weniger verbreitet, als es

²³ Daten: Statistisches Landesamt Bremen

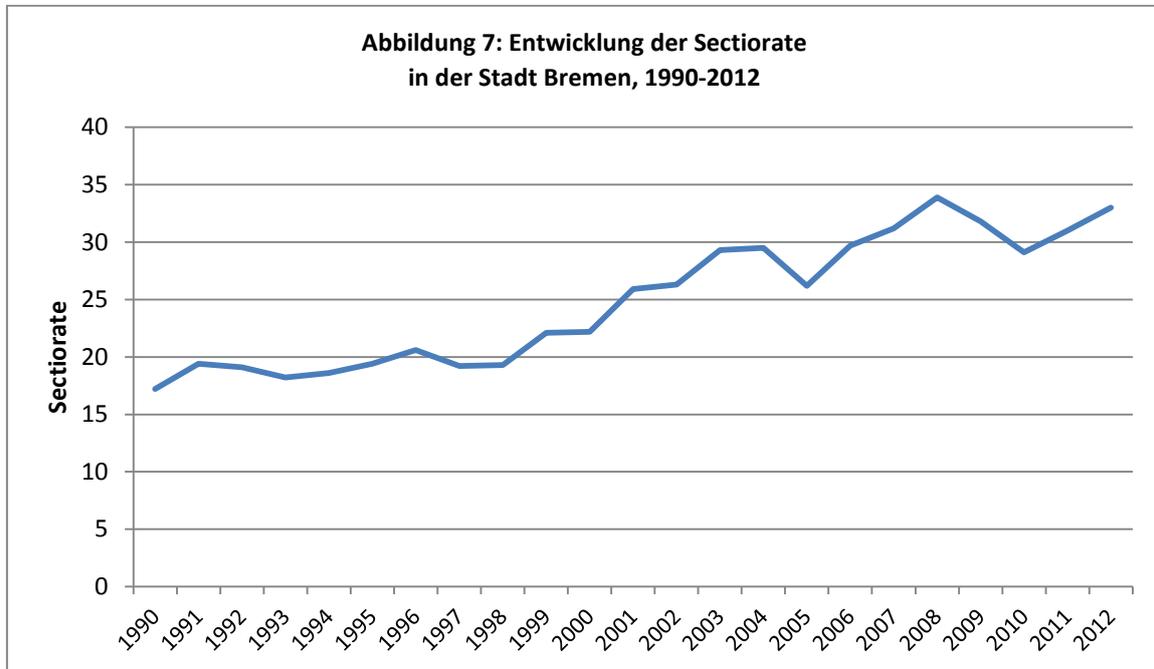
²⁴ Statistisches Bundesamt (2014)

²⁵ Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2012)

²⁶ Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2012)



die Berichterstattung in den Medien vermuten lässt. In einer Befragung von Müttern, die bei der Barmer GEK versichert waren, wünschten sich lediglich 2% der befragten Frauen einen Kaiserschnitt.²⁷



Daten: Statistisches Landesamt Bremen

²⁷ a.a.O., Seite 86



Tabelle 6: Entbindungen in Krankenhäusern, Stadt Bremen, 1990-2012 (in %, Fallzahlen in Klammern)

Jahr	Entbindungen insgesamt	ohne Maßnahmen zur Geburtshilfe	Maßnahmen zur Zangenextraktion	Vakuumextraktion	Kaiserschnitt (Sectio)
1990	6.884	73,9 (5.086)	4,8 (333)	4,1 (281)	17,2 (1.184)
1991	6.848	71,8 (4.919)	4,4 (303)	4,3 (297)	19,4 (1.329)
1992	6.836	72,1 (4.928)	4,5 (308)	4,3 (294)	19,1 (1.306)
1993	6.968	72,3 (5.038)	4,7 (327)	4,8 (334)	18,2 (1.269)
1994	6.635	71,7 (4.760)	5,1 (340)	4,6 (304)	18,6 (1.231)
1995	6.828	72,2 (4.927)	4,3 (292)	4,1 (282)	19,4 (1.327)
1996	7.270	70,5 (5.127)	4,8 (348)	4,1 (297)	20,6 (1.498)
1997	7.382	72,3 (5.337)	4,1 (302)	4,4 (328)	19,2 (1.415)
1998	7.144	73,0 (5.215)	3,6 (259)	4,0 (289)	19,3 (1.381)
1999	6.823	70,9 (4.836)	3,1 (214)	3,9 (264)	22,1 (1.509)
2000	6.747	71,3 (4.807)	2,8 (186)	3,8 (254)	22,2 (1.500)
2001	6.718	68,4 (4.595)	2,4 (162)	3,3 (222)	25,9 (1.739)
2002	6.243	67,9 (4.239)	2,3 (141)	3,6 (224)	26,3 (1.639)
2003	6.150	64,4 (3.959)	1,5 (92)	4,8 (294)	29,3 (1.805)
2004	6.143	64,9 (3.984)	2,2 (134)	3,5 (212)	29,5 (1.813)
2005	6.252	69,3 (4.334)	0,8 (47)	3,7 (233)	26,2 (1.638)
2006	6.197	64,9 (4.020)	0,7 (45)	4,7 (289)	29,7 (1.843)
2007	6.426	63,1 (4.056)	0,5 (33)	5,1 (329)	31,2 (2.008)
2008	6.386	60,8 (3.881)	0,3 (21)	5,0 (318)	33,9 (2.166)
2009	6.253	63,2 (3.950)	0,4 (24)	4,6 (290)	31,8 (1.989)
2010	6.320	65,2 (4.118)	0,3 (18)	5,5 (345)	29,1 (1.839)
2011	6.269	63,6 (3.986)	0,4 (28)	5,0 (311)	31,0 (1.944)
2012	6.397	60,6 (3.879)	0,8 (48)	5,6 (359)	33,0 (2.111)

Daten: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen

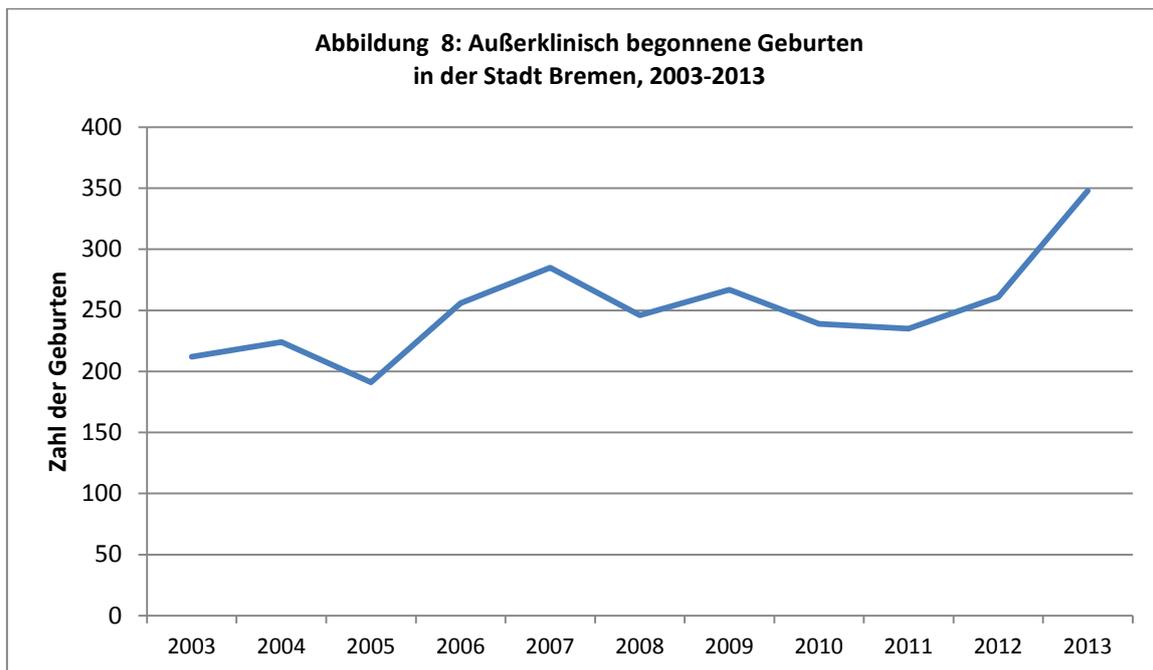


Außerklinische Geburten durch Hebammen

In **Deutschland** finden beinahe alle Geburten in einer Klinik statt, außerklinische Geburten fallen quantitativ kaum ins Gewicht. 2012 kamen 1,5% der Neugeborenen außerhalb einer Klinik zur Welt.²⁸ Auch in den Jahren davor bewegte sich dieser Anteil in einem Bereich zwischen 1,3% und 1,8%.²⁹ Außerklinische Geburten sind nicht pauschal gleichzusetzen mit Hausgeburten, etwa zwei Drittel der außerklinisch begonnenen Geburten entfallen auf hebammengeleitete Einrichtungen.³⁰

Bei jeder 6. (16,8%) außerklinisch begonnenen Geburt kommt es unter der Geburt zur Verlegung in eine Klinik, wo die Geburt beendet wird.³¹ Dies trifft vor allem auf Erstgebärende zu. In dieser Gruppe wird fast jede 3. (31,3%) außerklinisch begonnene Geburt in einer Klinik beendet.

In den letzten zehn Jahren hat in der **Stadt Bremen** die Zahl der außerklinisch begonnenen Geburten tendenziell zugenommen (siehe Abbildung 8), wobei allerdings ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser Geburten in einer Klinik beendet wird. Zwischen 2009 und 2013 wurde im Durchschnitt jede fünfte (19,6%) außerklinisch begonnene Geburt in einer Klinik beendet (siehe Tabelle 7). 2012 wurden in der Stadt Bremen 3,3% aller Geburten außerklinisch begonnen und auch beendet.³²



Daten: Gesundheitsamt Bremen

²⁸ Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (2014), Seite 6

²⁹ a.a.O., Seite 6

³⁰ a.a.O., Seite 18, Tabelle 9

³¹ a.a.O., Seite 14, 31

³² siehe Tabelle 7: 2012 wurden 261 Geburten außerklinisch begonnen, davon wurden 44 in einer Klinik beendet. Es bleiben 217 Geburten, die außerklinisch begannen und dort auch beendet wurden. Bei insgesamt 6.658 Geburten in der Stadt Bremen (2012. Klinische Geburten: 6.397, außerklinisch begonnene Geburten: 261) ergibt sich ein Anteil von 3,3%.



Tabelle 7: Geburten in Bremer Kliniken und außerklinisch begonnene Geburten in der Stadt Bremen, 2003-2013

Jahr	Geburten in Bremer Kliniken	Außerklinisch begonnene Geburten	Außerklinisch begonnene und in der Klinik beendete Geburten ³³	Anteil der außerklinisch begonnenen und in der Klinik beendete Geburten
2003	6.150	212		
2004	6.143	224		
2005	6.252	191		
2006	6.197	256		
2007	6.426	285		
2008	6.386	246		
2009	6.253	267	45	16,9
2010	6.320	239	43	18,0
2011	6.269	235	51	21,7
2012	6.397	261	44	16,9
2013	k. A.	348	81	23,3

Daten: Statistisches Landesamt Bremen, Gesundheitsamt Bremen, eigene Berechnungen

Im Oktober 2014 waren beim Bremer Gesundheitsamt 21 freiberuflich tätige Hebammen gemeldet, die außerklinische Geburten betreuen. Damit kommen rechnerisch 16 Geburten pro Jahr auf jede bremische Hebamme, die außerklinische Geburten durchführt. Dies wirft die Frage auf, inwieweit bei dieser geringen Entbindungszahl tatsächlich jede einzelne Hebamme die erforderliche Erfahrung auch zur Bewältigung von Risikosituationen erwerben kann.

³³ Vollständige Angaben liegen erst ab 2009 vor.



Schlussbemerkungen

In der Stadt Bremen haben sich die Geburtenzahlen auf einem niedrigen Niveau mehr oder weniger stabilisiert. Nicht zuletzt mit Blick auf den hohen Anteil der Kinder, die in benachteiligten Verhältnissen leben müssen, ist es notwendig, die bestehende sozialpädiatrische Infrastruktur zu erhalten und insbesondere im Bereich der unter 3-Jährigen weiter zu stärken. Bevölkerungsgruppen mit geringen Einkommen und beschränkten sozialen Ressourcen sind im besonderen Maße auf funktionierende öffentliche Einrichtungen im Wohnquartier angewiesen.

In Deutschland wie auch in Bremen kommen fast alle Kinder in einer Klinik zur Welt. Die Quote außerklinischer Geburten bewegt sich im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Der hohe Anteil außerklinisch begonnener und dann in der Klinik beendeter Geburten verweist auf nicht zu unterschätzende Komplikationsrisiken, die trotz aller qualitätssichernden Maßnahmen weiterhin bestehen. Betroffen sind insbesondere Erstgebärende.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Schwangerschaftsvorsorge konsequent ausgebaut, gleichzeitig entwickelten sich die medizinischen Möglichkeiten der Neonatologie enorm weiter. Sichtbare Ergebnisse dieser Fortschritte sind der drastische Rückgang der Säuglingssterblichkeit sowie die mittlerweile geringe Zahl der Totgeburten. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren in Deutschland die ersten Lebensjahre eines Kindes eine Hochrisikophase mit einer heutzutage nicht mehr vorstellbaren hohen Sterblichkeit.

Medizinisch nicht begründbar ist der beträchtliche Anstieg der Sectioraten ab dem Ende der 1990er-Jahre. Mittlerweile erfolgt ein Drittel der Entbindungen in Bremer Kliniken durch Kaiserschnitt. Hinter dieser Entwicklung dürften mehrere Ursachen stehen, ein entscheidender Faktor ist vermutlich die Ökonomisierung der Medizin. Im Gegensatz zu einer natürlichen Geburt ist eine Sectio planbar und lässt sich damit in innerbetriebliche Abläufe integrieren. Hingewiesen sei auch auf die gewachsene Bereitschaft, natürliche Lebensphasen zu medikalisieren, mithin als medizinisch interventionsbedürftig aufzufassen. Dazu zählen klassischerweise die Menopause, inzwischen auch die Pubertät und das Älterwerden, sowie die Geburt. Um die hohe Sectorate zu senken, wurde im Januar 2013 das "Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt" gegründet. Die Initiative wird unter anderem vom Senator für Gesundheit und der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau getragen.

Die Bewertung der Situation bei den Schwangerschaftsabbrüchen im Land Bremen erfordert im Grunde genommen eine gesonderte Analyse, die im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann. Bremen hat seit Jahren bundesweit die mit Abstand höchsten Abbruchquoten, auf rund vier Geburten kommt ein Schwangerschaftsabbruch. 2013 lag die Zahl der Abbrüche in Bremen (1.537 Abbrüche)³⁴ höher als die Zahl der Geburten in einigen mittelgroßen Städten wie Oldenburg (1.454 Geburten) oder Osnabrück (1.458 Geburten).

Über die Hintergründe lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Es fällt auf, dass die vier Bundesländer mit der höchsten Arbeitslosigkeit (Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt) auch die höchsten Abbruchquoten aufweisen. Dies kann auf wirtschaftliche Notlagen als Grund für Schwangerschaftsabbrüche hinweisen. Eine Rolle spielen könnten auch regionale Sozialmilieus. Indizien sind die deutlich über dem Durchschnitt liegenden Abbruchquoten in

³⁴ Schwangere mit Wohnsitz im Land Bremen



den Stadtstaaten (Faktor "Urbanität"), außerdem ist in den Bundesländern mit unterdurchschnittlichen Abbruchquoten der Anteil der Konfessionslosen in der Bevölkerung vergleichsweise niedrig (Faktor "Soziale Normen"). Allerdings ist es prinzipiell problematisch aus Zusammenhängen, die auf der Kollektivebene feststellbar sind (*Bundesländer mit hohen Arbeitslosenquoten haben hohe Abbruchquoten*), umstandslos auf individuelles Verhalten zu schließen (*arbeitslose Frauen treiben häufiger ab*). Genauso gut kann es sein, dass in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit Schwangerschaftsabbrüche zumeist auf erwerbstätige Frauen zurückgehen, die um ihren Arbeitsplatz fürchten.³⁵

Theoretisch könnte die Aufhebung der Verschreibungspflicht für die so genannte "Pille danach" die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach unten drücken. Nicht von der Hand zu weisen ist, dass für Frauen und Männer mit geringem Einkommen Verhütungsmittel schwerer erschwinglich sind und daher im Zweifelsfall nicht gekauft werden. Hier könnte eine Kostenübernahme durch die Sozialbehörden dazu beitragen, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern. Das Land Bremen hat vor einiger Zeit eine entsprechende Initiative im Bundesrat gestartet. Seit Januar 2014 übernimmt die Stadtgemeinde Bremen auf Antrag die Kosten für ärztlich verordnete Kontrazeptiva bei Frauen, deren Lebenssituation besonders problematisch ist.³⁶ Hierbei handelt es sich um eine freiwillige, bis Ende 2015 befristete Leistung.

³⁵ Diese Mehrdeutigkeit kennt die mathematische Statistik unter dem Begriff "ökologischer Fehlschluss".

³⁶ Anspruchsberechtigt sind unter anderem Frauen, die an einer Drogensubstitutionsbehandlung teilnehmen und die sozialstaatliche Transferleistungen erhalten.



Literatur

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2012). Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh
- Funk J (1911). Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. Mitteilungen des Bremischen Statistischen Amtes im Jahre 1911, Nummer 1. Bremen
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2014). Qualitätsbericht 2012. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach/Vogtland
- Goldstein J R, Kreyenfeld M, Jasilioniene A, Örsal D K (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe: Recent evidence from order-specific data. Demographic Research, Vol. 29, 85-104
- Peters F (2010). Späte Mutterschaft als medizinischer Risikofaktor? Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Risiko der Frühgeburt. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). SOEPpapers on Multi-disciplinary Panel Data Research. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011). Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Berlin
- Saade G R (2011). Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. JAMA 306 (22), 2469-2479
- Schmitt C (2008). Gender-Specific Effects of Unemployment on Family Formation: A Cross-National Perspective. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Discussion Papers. Berlin
- Silver R M (2011). Causes of death among stillbirths. JAMA 306 (22), 2459-2468
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013). Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2014). Gesundheit, Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. Wiesbaden
- Zimmermann E (1988). Sozialpädiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst Bremen. Amtsarztarbeit. Düsseldorf