

**Geburtsgewicht
Säuglingssterblichkeit
Totgeburten**

Krefeld

2009 - 2014

Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld

Oktober 2015

Gesundheitsberichterstattung
Brigitte Meskes-Woters

Inhaltsverzeichnis

Seite

Ein gesunder Lebensanfang.....	3
Geburten in Krefeld.....	4
Teenager-Schwangerschaften.....	5
Geburtsgewicht nach verschiedenen Merkmalen.....	6
Säuglingssterblichkeit.....	14
Plötzlicher Kindstod.....	19
Totgeburten	21
Schwangerschaftsabbrüche.....	24

Ein gesunder Lebensanfang

Wichtige Grundlagen für die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter werden durch die genetische Veranlagung in der pränatalen Lebensphase (Schwangerschaft) sowie in der frühen Kindheit gelegt. Ungünstige soziale Verhältnisse und das Fehlen von emotionaler Zuwendung im frühen Kindesalter und während der Schwangerschaft können sich nachteilig auf die körperliche und soziale Entwicklung des Kindes auswirken und seine Bildungschancen vermindern. Damit vergrößert sich das Risiko schlechter physischer und psychischer Gesundheit. Außerdem kann die körperliche, intellektuelle und emotionale Weiterentwicklung im Erwachsenenalter beeinträchtigt werden.

Daher sind die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr von ausschlaggebender Bedeutung für eine gesunde physische und psychische Entwicklung und für die Erhaltung der Gesundheit in späteren Lebensphasen. Für Kinder, die in benachteiligten häuslichen und familiären Verhältnissen aufwachsen, besteht ein höheres Risiko, dass ihr Wachstum und ihre Entwicklung langsamer verlaufen. (Quelle: www.verwaltung.steiermark.at; WHO - Strategisches Ziel 4)

Nordrhein-Westfalen setzte Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre erfolgreich das Landesprogramm zur »Gesundheit von Mutter und Kind« um. Vor dem Hintergrund der aktuellen soziodemographischen, medizinischen und strukturellen Entwicklungen wurde das Thema erneut zu einem Handlungsschwerpunkt. Die Landesinitiative initiiert Maßnahmen, die insbesondere die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und der Kinder im ersten Lebensjahr fördern.

Im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenalter und späterem Säuglingsalter sind die Gesundheit von Mutter und Kind eng miteinander verknüpft.

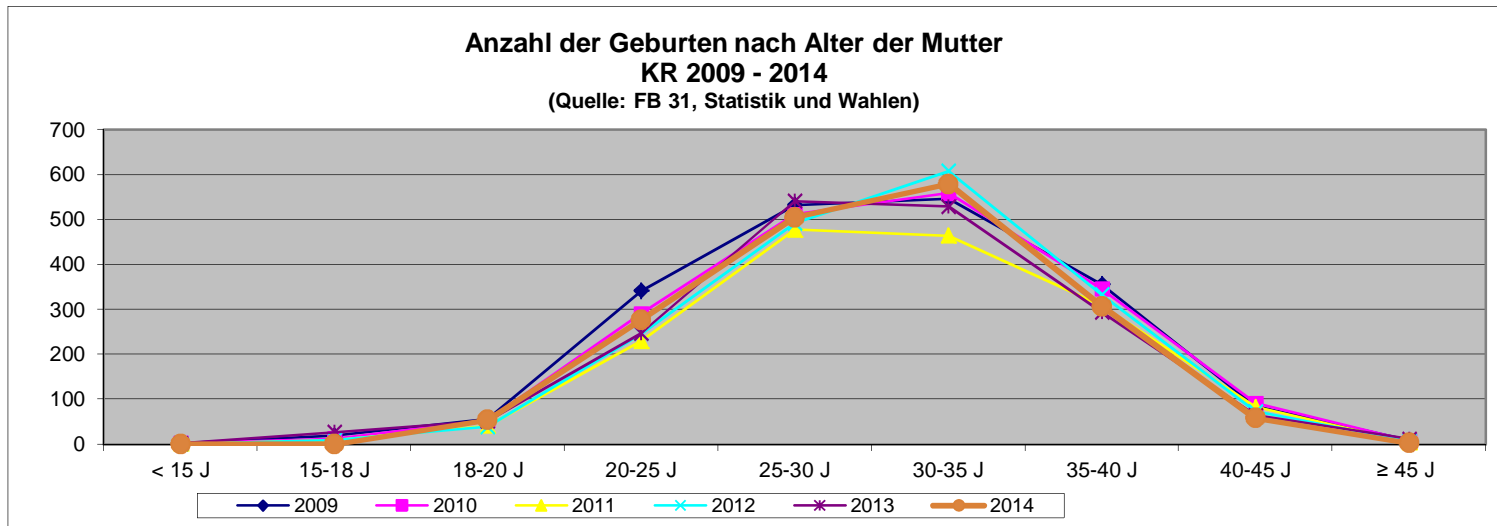
Erklärtes Ziel des Landesprogramms ist außerdem, die Säuglingssterblichkeit in NRW zu senken, auf der Grundlage der Hauptursache, kurze Schwangerschaftsdauer und Untergewicht sowie plötzlicher Säuglingstod und dem Faktor ausländische Staatsangehörigkeit des Kindes. (Quelle: LZG-NRW)

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und (inter-) nationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen.

Ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko haben Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht (meist Frühgeborene), Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen und solche, die von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen betroffen sind. (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 52)

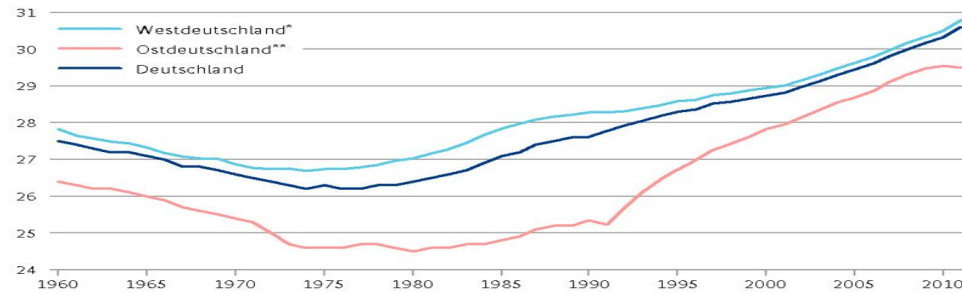
Geburten in Krefeld

Die meisten Kinder in Krefeld werden von Müttern im Alter zwischen 25 und 35 Jahren geboren, wobei in den letzten Jahren eine Verschiebung des mütterlichen Alters in die Gruppe der 30 – 35 Jährigen Frauen zu erkennen ist. Das entspricht dem Trend in der Bundesrepublik Deutschland.



Durchschnittsalter der Mütter in Deutschland bei bei Geburt ihrer Kinder, 1960-2011

Alter in Jahren



* bis 1989 früheres Bundesgebiet; ab 1990 ohne Berlin

** bis 1989 DDR; ab 1990 einschließlich Berlin

Datenquelle: Europarat, Statistisches Bundesamt; Berechnungen BiB

© BiB 2012

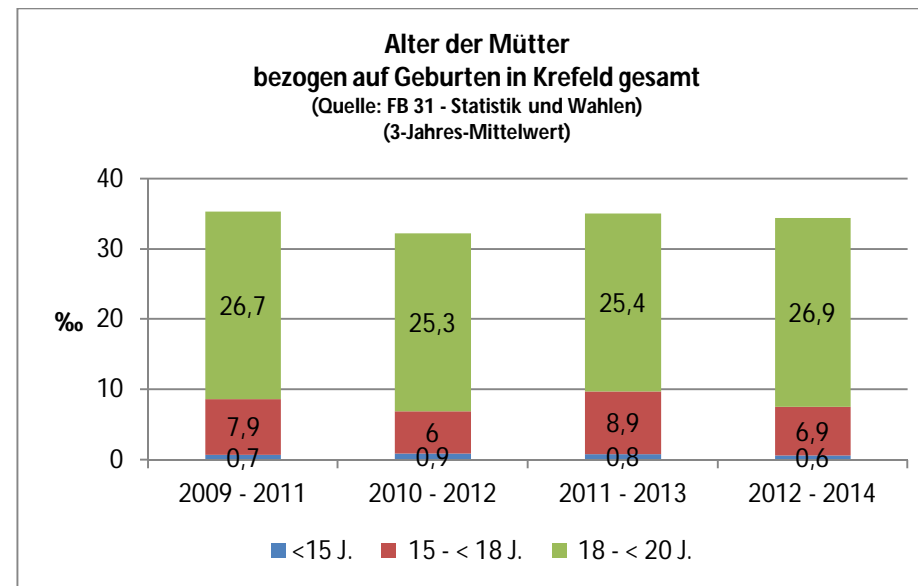
Teenager-Schwangerschaften

Ein Blick auf Teenager-Schwangerschaften zeigt:

Die Geburten bei Mädchen unter 15 Jahren sind tendenziell leicht rückläufig.

Bei der Gruppe der 18-bis 20-Jährigen ist eine geringe Zunahme zu verzeichnen.

Bei Frauen im Alter von 15 – 18 Jahren ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen.



Geburtsgewicht nach verschiedenen Merkmalen

Die Erfassung nach verschiedenen Merkmalen ist nur bis 2013 möglich.

Ab 2014 werden die Merkmale

- Geburtsgewicht
- das wievielte Kind der Ehe
- Mehrlingsgeburt
- Legitimität

durch die Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) nicht mehr erfasst. Diese konkrete Gesetzesänderung geht vom Innenministerium aus und soll u.a. die Standesämter entlasten.

Ab 2014 werden lediglich die Geburtenzahlen ermittelt nach Alter der Mutter, Herkunftsland und Stadtbezirk.

Definitionen:

Klassifikation der Neugeborenen nach Geburtsgewicht:

niedriges Geburtsgewicht = < 2500g
sehr niedriges Geburtsgewicht = < 1500g
extrem niedriges Geburtsgewicht = < 1000g

Klassifikation der Neugeborenen nach Schwangerschaftswoche (SSW):

Frühgeborenes = < 37 + 0 SSW
Sehr früh Frühgeborenes = < 32 + 0 SSW
Extrem früh Frühgeborenes = < 28 + 0 SSW

Geburtsgewicht

Ein wichtiger Indikator für die Säuglingssterblichkeit ist das Geburtsgewicht, da zwischen Geburtsgewicht und Säuglingsmorbidity bzw. –mortalität ein enger Zusammenhang besteht.

Ein niedriges Geburtsgewicht wird laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als ein Neugeborenenengewicht unter 2 500 Gramm, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Dieser Grenzwert basiert auf epidemiologischen Untersuchungen zum erhöhten Sterberisiko bei Säuglingen und dient dem internationalen Vergleich von Gesundheitsstatistiken. Die Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Gewicht wird im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Lebendgeburten ausgedrückt.

Es gibt zwei Kategorien untergewichtiger Neugeborener: aufgrund eines verlangsamten fetalen Wachstums und Frühgeburten.

Mögliche Risikofaktoren für ein niedriges Geburtsgewicht sind gegeben, wenn sich die Mutter noch in der Adoleszenz befindet, zuvor bereits Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt gebracht hat oder einen geringen Körpermaßindex (BMI) aufweist sowie im Fall von schädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und schlechter Ernährung, bei einem niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern, bei Zugehörigkeit zu einer Minderheit oder bei Fruchtbarkeitsbehandlungen (OECD ,2009).

Seit 1980 ist die Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in einer Reihe von OECD-Ländern gestiegen. Für diesen Anstieg gibt es mehrere Gründe:

Die Zahl der Mehrlingsgeburten mit denen das Risiko von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht zunimmt ist, z.T. infolge von Fruchtbarkeitsbehandlungen, stetig gestiegen.

Zu den anderen Faktoren zählt ein verstärkter Rückgriff auf geburtshilfliche Techniken wie Geburtseinleitung und Kaiserschnitt.

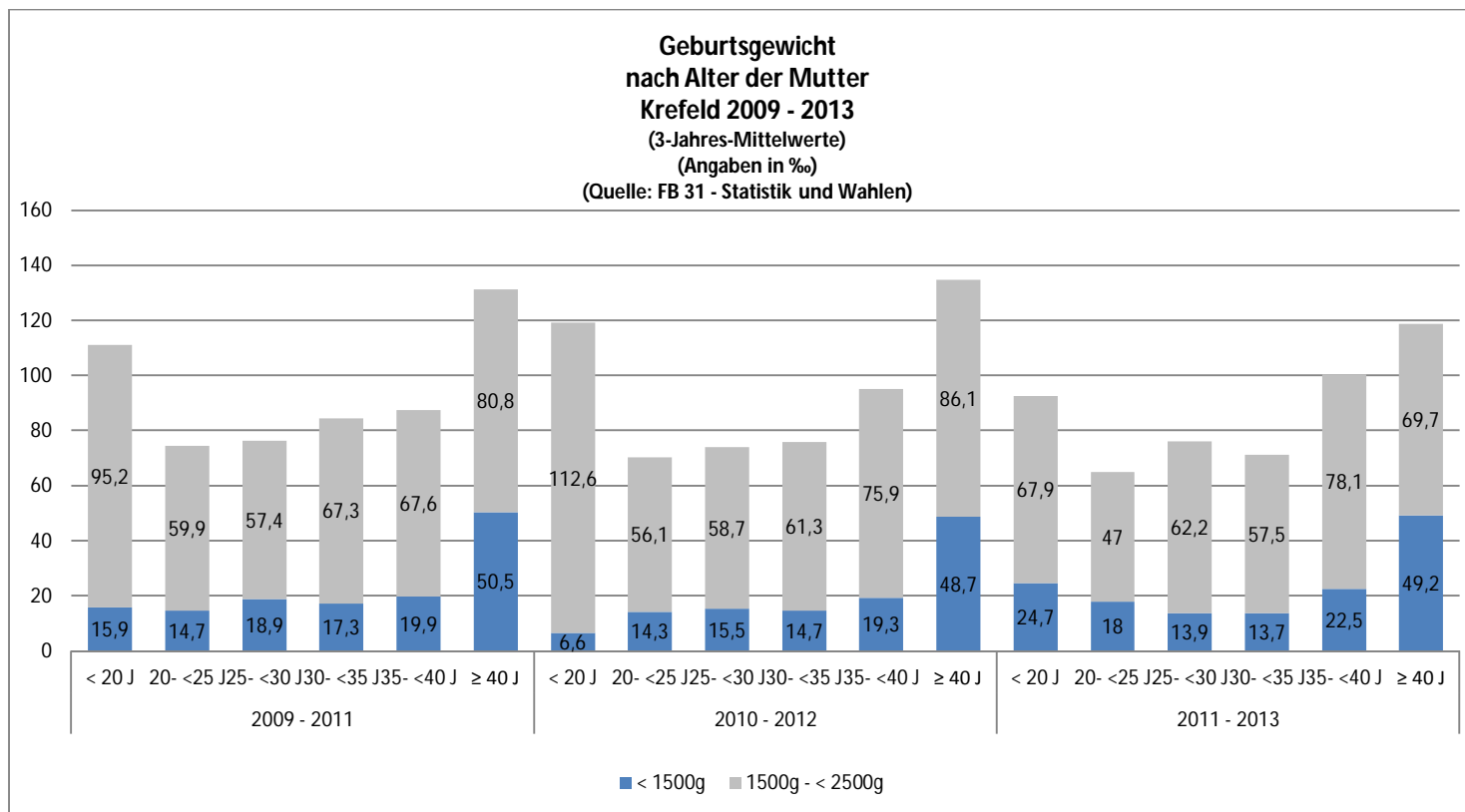
In der Regel verzeichnen Länder mit einem geringen Anteil an Fällen von niedrigem Geburtsgewicht auch verhältnismäßig niedrige Säuglingssterberaten.

(Quelle: ORCD-Organization for Economic Cooperation and Development=Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

In den nachfolgenden Ausführungen beziehen sich alle Zahlen auf Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt in Krefeld ihren Wohnsitz hatten unabhängig von dem Ort der Entbindungsklinik.

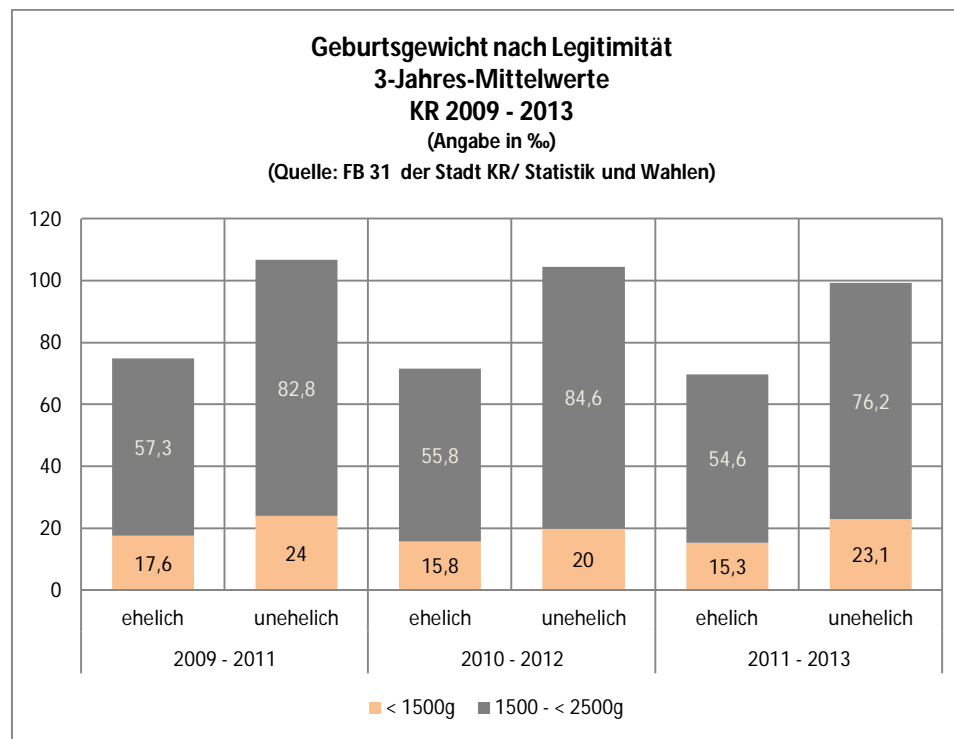
Geburtsgewicht nach Alter der Mütter

Die Daten der Jahre 2009 – 2013 zeigen, dass eine Abhängigkeit des Geburtsgewichts vom Alter der Mutter besteht. Sowohl sehr junge Frauen (unter 20 Jahren) als auch ältere Frauen (ab 40 Jahre) brachten in Krefeld anteilmäßig die meisten Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt. Aber auch bereits ab einem Alter von 35 Jahren bringen durchschnittlich 90,6% der Frauen Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt.



Geburtsgewicht nach Legitimität

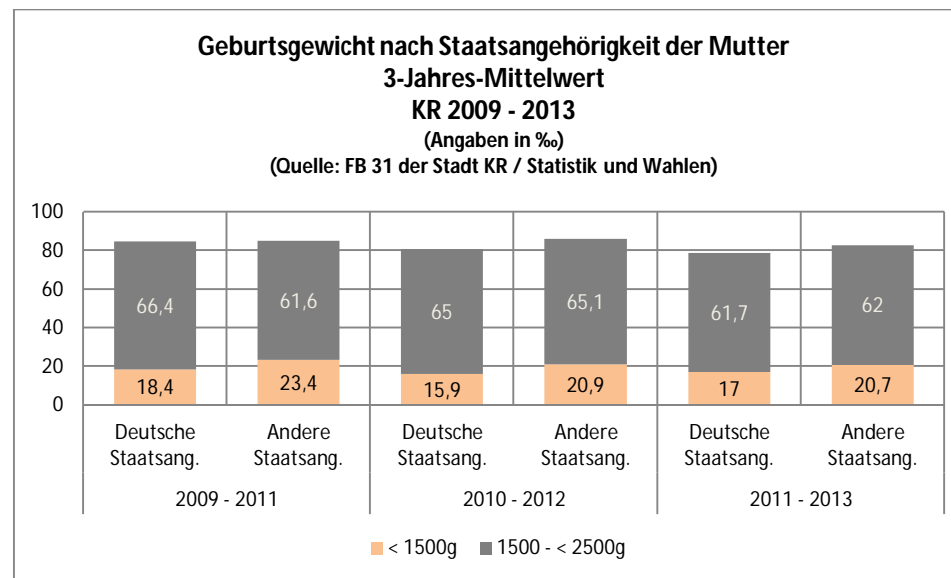
Die Gegenüberstellung der Geburtsgewichte von in Krefeld wohnhaften Müttern nach Legitimität des Kindes in den Jahren 2009 – 2013 macht deutlich, dass Kinder, die unehelich zur Welt kommen, eher von zu niedrigem Geburtsgewicht betroffen sind als ehelich geborene.



Geburtsgewicht nach Staatsangehörigkeit der Mutter

Die Staatsangehörigkeit wird aufgrund der Pässe zugeordnet. Mütter mit zwei Pässen gelten als Deutsche, wenn einer davon ein deutscher Pass ist.

In Krefeld beeinflusst die Staatsangehörigkeit das Geburtsgewicht nicht.



Geburtsgewicht nach Stadtbezirken

Innerhalb der Stadtbezirke sind teilweise große Unterschiede zu erkennen. (Graue Felder = über Krefeld gesamt)
 In Krefeld-Mitte, Krefeld-Süd und Krefeld-Nord kommen die meisten Kinder mit geringem Geburtsgewicht zur Welt, gefolgt von Krefeld-Fischeln.

(Angaben in ‰ – 3-Jahres-Mittel-Wert)

Bezirk	2009 - 2011			2010 - 2012			2011 - 2013		
	<1500g	1500g- <2500g	ges. <2500g	<1500g	1500g- <2500g	ges. <2500g	<1500g	1500g- <2500g	ges. <2500g
Krefeld gesamt	20	65	85	17	65	82	18	62	80
West	19	58	77	18	51	69	21	52	73
Nord	10	80	90	14	92	106	18	91	109
Hüls	13	63	76	8	65	73	8	74	82
Mitte	30	73	103	23	77	100	21	72	93
Süd	18	81	99	22	67	89	15	74	89
Fischeln	22	72	94	23	52	75	22	51	73
Oppum/Linn	16	43	59	7	58	65	3	57	60
Ost	13	61	74	15	56	71	23	36	59
Uerdingen	11	52	63	12	55	67	28	48	76

(Quelle: FB 31 – Statistik und Wahlen)

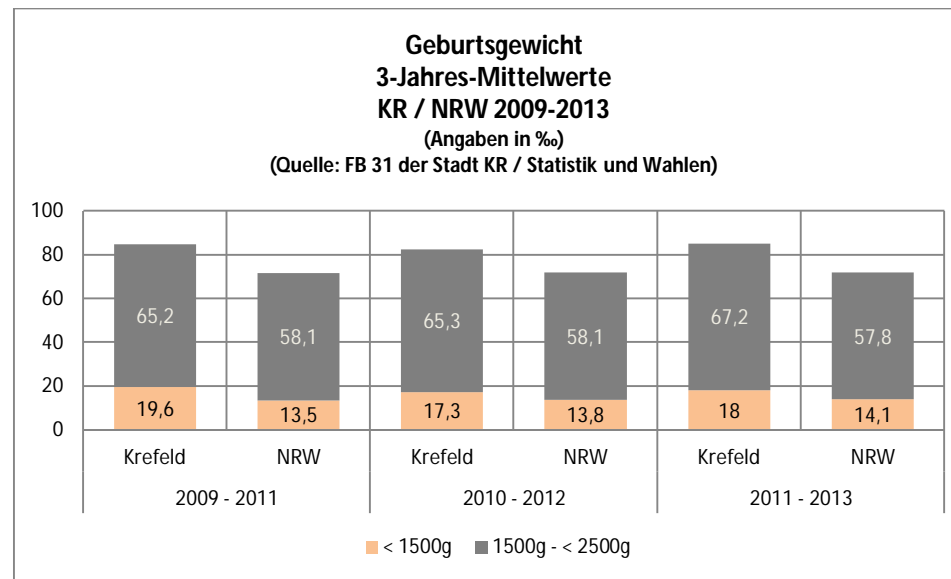
Geburtsgewicht nach Stadtbezirken

Erläuterung zu den Stadtbezirken

West	Nord	Hüls	Mitte	Süd	Fischeln	Oppum/Linn	Ost	Uerdingen
Baackeshof Gatherhof Lindental Tackheide Forstwald Benrad-Nord	Kempener Feld Girmesgath Inrath Kliedbruch	Orbroich Hülser Bruch Roßmühle Steeg Flöthbach Plankerdyk Hüls-Ortskern Hülbusch	Vier Wälle Südring Stadtgarten Drießendorf Hammerschmidtplatz Cracau Schinkenplatz Stephanplatz Bleichpfad	Dießem Lehmheide	Stahldorf Königshof-West Königshof Niederbruch Fischeln-Ost Fischeln-West	Linn Gellep-Stratum Oppum Oppum-Süd	Hülser Berg Traar-West Traar-Ost Verberg Gartenstadt Elfrath Stadtwald Sollbrüggen Tierpark	Hohenbudberg Uerdinger- Markt Uerdinger- Stadtpark

Geburtsgewicht im NRW-Vergleich

Krefelder Mütter bringen anteilmäßig mehr untergewichtige Kinder zur Welt als der NRW-Durchschnitt.



Säuglingssterblichkeit

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Als Lebendgeburten gelten Kinder, bei denen nach der Geburt die Atmung eingesetzt hat oder ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegungen der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden.

Kinder mit einem Gewicht über 500g, bei denen diese Anzeichen nicht vorhanden sind, gelten als Totgeburt.

Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 500g werden als Fehlgeburt bezeichnet.

Unterschieden wird im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit in:

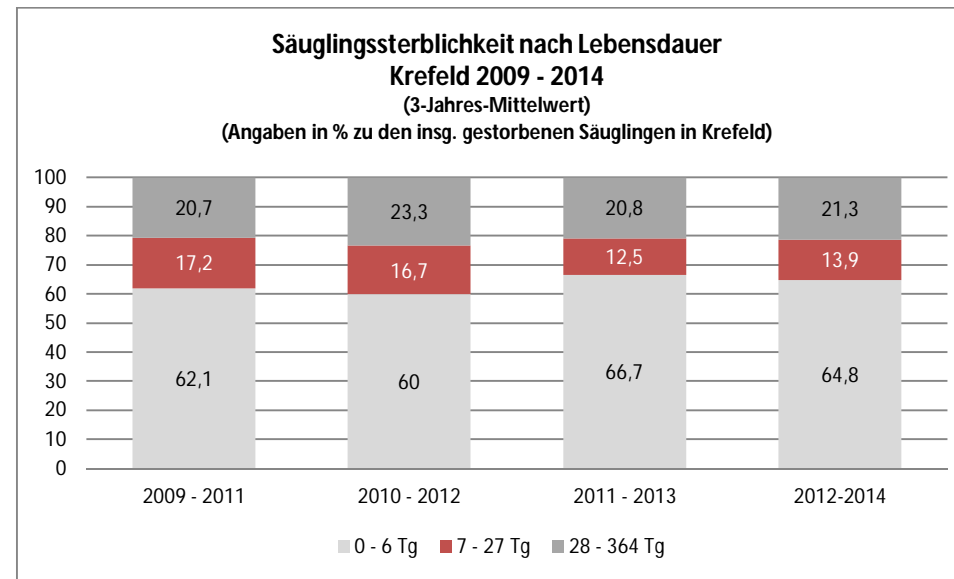
- | | |
|--|---------------|
| - Frühsterblichkeit (Neonatalsterblichkeit) | unter 1 Monat |
| - frühe Frühsterblichkeit | 0 - 6 Tage |
| - späte Frühsterblichkeit | 7 - 27 Tage |
| - Spätsterblichkeit (Postnatalsterblichkeit) | 28 - 364 Tage |

(Quelle: LIGA NRW)

(Zahlen über Lebensdauer und Todesursachen für 2014 liegen zurzeit noch nicht vor. Aus technischen Gründen konnten sie bei IT-NRW noch nicht bearbeitet werden.)

Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer

Von allen gestorbenen Säuglingen verstarben prozentual die meisten innerhalb der ersten 6 Tage. Prozentual die wenigsten verstarben zwischen 7 und 27 Tagen.



(Quelle: IT-NRW)

Säuglingssterblichkeit nach Todesursachen

Die Todesursachen wurden nach bestimmten ICD 10 – Schlüsselnummern bestimmt:
(International Classification of Diseases)

Die **Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme** ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

ICD 10:

- A00 – B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- D50 – D89 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- F00 – F99 Psychische und Verhaltensstörungen
- P00 – P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (=Zeitraum zwischen der abgeschlossenen 22. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt).
- Q00 – Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- R00 – R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderweitig nicht klassifiziert sind
- R95 Plötzlicher Kindstod
- S00 – T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

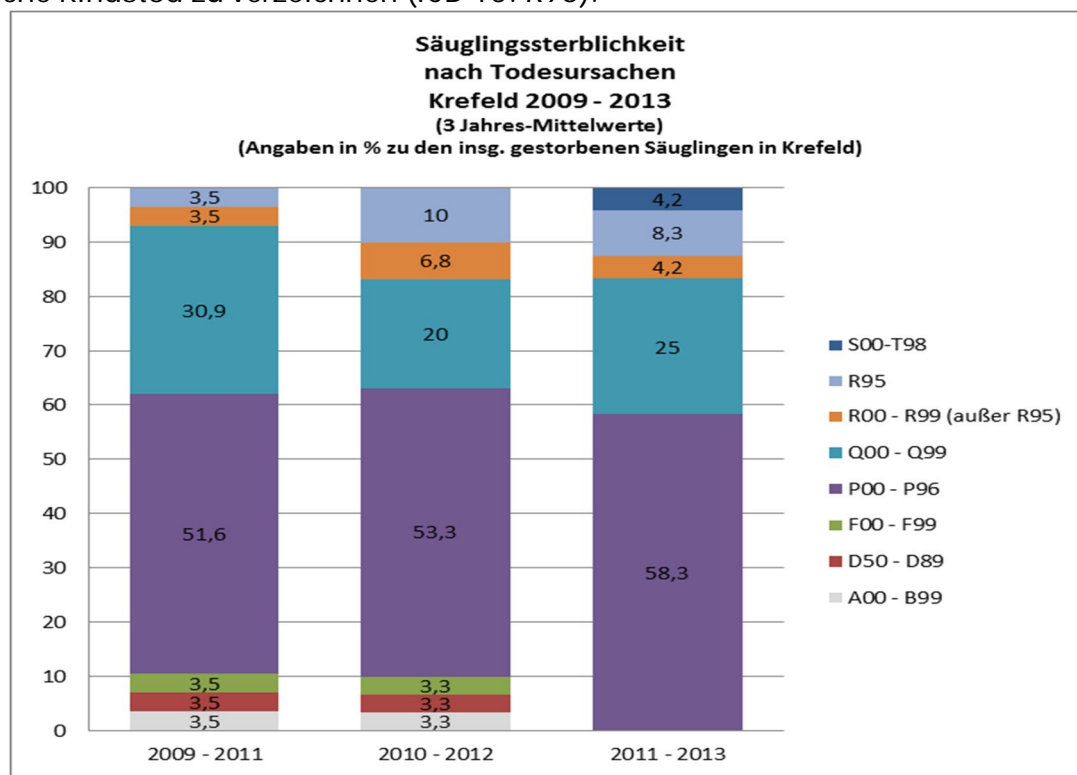
Säuglingssterblichkeit nach Todesursachen

Mit Blick auf die Diagnosegruppen zeigt sich für Krefeld folgendes Bild:

In Krefeld sterben anteilmäßig die meisten Neugeborenen durch bestimmte Umstände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (=Zeitraum zwischen der abgeschlossenen 22. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt) (ICD 10: P00-P96). Diese Säuglinge versterben meistens in den ersten 6 Lebenstagen.

Die zweithäufigste Todesursache sind angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (ICD 10: Q00-Q99).

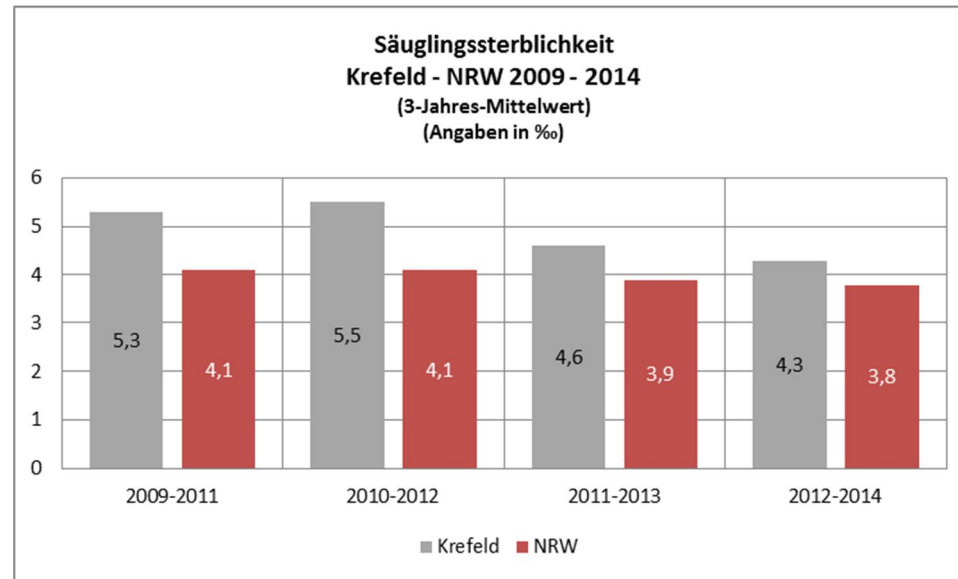
An dritter Stelle ist der plötzliche Kindstod zu verzeichnen (ICD 10: R95).



(Quelle: IT-NRW)

Säuglingssterblichkeit Krefeld-NRW

Krefeld liegt in der Säuglingssterblichkeit über NRW-Durchschnitt, wobei der Unterschied abnimmt.



(Quelle: IT-NRW)

Plötzlicher Kindstod

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften besagen:

Definition und Basisinformation

Der plötzliche Säuglingstod (SIDS = sudden infant death syndrome) ist definiert als der rasch eintretende Tod eines Säuglings, der nach der Anamnese unerwartet ist, bei dem die Auffindesituation und die äußere Besichtigung des Körpers keine Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod ergeben und bei dem eine nach einem definierten wissenschaftlichen Protokoll durchgeführte postmortale Untersuchung (Autopsie) keine Befunde ergeben, die aus klinischer und histologisch-pathologischer Sicht als todesursächlich gelten können. Obwohl die pathogenetischen Abläufe der unter diesem Begriff zusammengefassten Todesfälle noch nicht befriedigend geklärt sind, konnten statistische bzw. epidemiologische Risikofaktoren identifiziert werden, deren Vermeidung z.B. in Deutschland zu einem Rückgang der Zahl der unter der Diagnose „plötzlicher Säuglingstod“ verstorbenen Kinder um ca. 80% auf jetzt noch ca. 0,3/1000 geführt hat.

Diagnostik

Nach dem plötzlichen Tod eines Säuglings sollte ausführliche Anamnese (z.B. Auffindesituation, Fütterungs- und Pflegegewohnheiten, vorausgehende Symptome u.a.) und eine Obduktion nach einem definierten wissenschaftlichen Protokoll durchgeführt werden, da nur so eine endgültige Todesursache diagnostiziert werden kann bzw. der Todesfall im Sinne einer Ausschlussdiagnose als definitiver „Plötzlicher Säuglingstod“ klassifiziert werden kann (s. Definition).

Bislang gibt es keine diagnostische Methode, die mit ausreichender Sensitivität und Spezifität eine allgemeine Identifikation von verstärkt Säuglingstod gefährdeten Kindern ermöglichen würde.

Beim "Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter" handelt es sich um den plötzlichen Tod gesunder Säuglinge. Er tritt vornehmlich zwischen dem 28. Lebenstag und dem Ende des ersten Lebensjahres auf, besonders häufig zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Häufig gehen Atemwegskrankheiten voraus.

Plötzlicher Kindstod

In den achtziger Jahren stiegen im Westen sowohl die Zahl der Sterbefälle an plötzlichem Kindstod als auch ihr Anteil an der Säuglingssterblichkeit. Die 1.283 Sterbefälle des Jahres 1990 trugen zu rund einem Viertel zur Säuglingssterblichkeit bei, 1995 lag ihr Anteil in

Deutschland mit 751 Sterbefällen nur noch bei 19%. Für den vorübergehenden starken Anstieg wurden vor allem die Belastung der Säuglinge durch Passivrauchen und die damals häufige Bauchlage angesehen.

Nach verschiedenen Studien tritt der plötzliche Kindstod verstärkt in der Unterschicht, bei jungen Müttern und bei kurzem Abstand nach der vorhergehenden Geburt auf. Bei männlichen Säuglingen ist das Risiko um etwa 50% höher als bei weiblichen. 1995 gab es in Nordrhein-Westfalen mit Abstand die meisten Fälle, gefolgt von Berlin, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

(Quelle: GBE-Bund)

Krefeld – NRW

Nach den Gruppen der Erkrankungen

P00 – P96 und Q00 – Q99

war der plötzliche Kindstod in Krefeld in den Jahren 2009 – 2013 die dritthäufigste Todesursache.

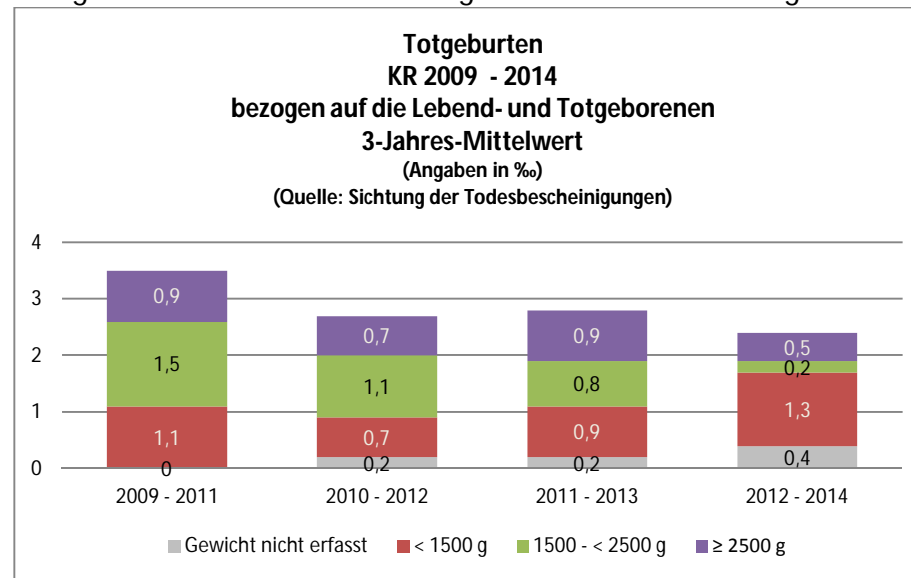
Bei 6,5% der gestorbenen Säuglinge war die Todesursache SIDS (Sudden Infant Death Syndrom).

Damit liegt Krefeld über dem **NRW-Schnitt**, der bei 4,9% liegt.

Totgeburten

Als Totgeborene zählen seit dem 01.04.1994 nur Kinder, deren Geburtsgewicht mind. 500g beträgt.
Fehlgeburten (unter 500g) werden vom Standesbeamten nicht registriert.
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

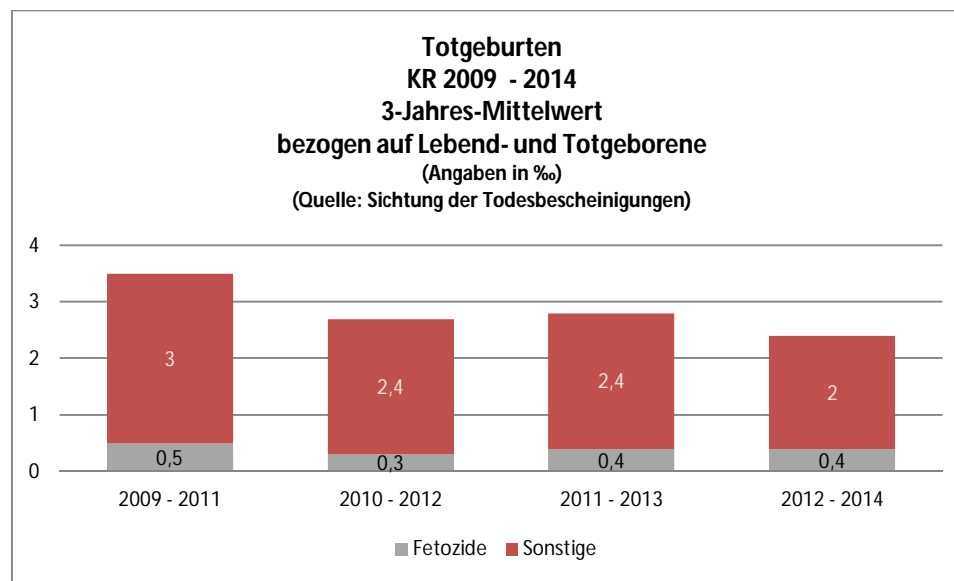
In den Jahren 2009 – 2012 befindet sich der größte Anteil der Totgeburten in der Gruppe der 1500 - < 2500g schweren Säuglinge. In den Jahren 2011 - 2014 ist jedoch ein Rückgang zu erkennen.
Seit 2010 ist ein leichter Anstieg bei Totgeburten mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g festzustellen.



Totgeburten

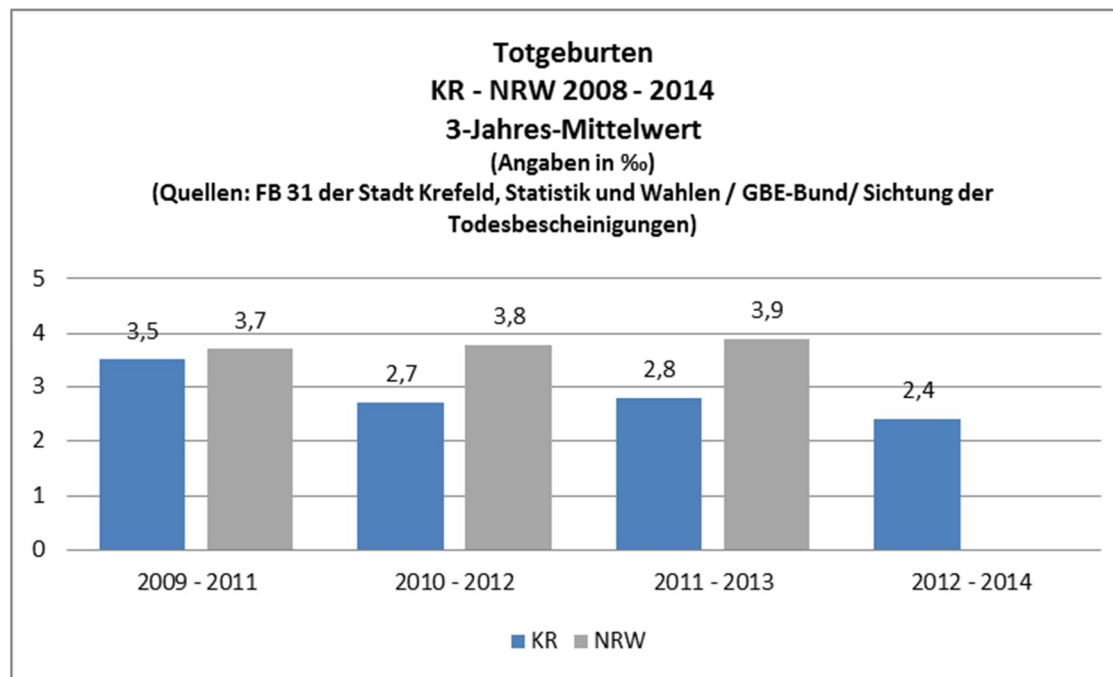
Durchschnittlich 3 von 1000 geborenen Säuglingen Krefelder Mütter kommen tot zur Welt.

Der Anteil der Fetozide (absichtliche Töten eines oder mehrerer Föten im Mutterleib) ist mit durchschnittlich 0,4 ‰ gering.



Totgeburten im NRW-Vergleich

Bei den Totgeburten liegt Krefeld unter NRW-Schnitt.



Schwangerschaftsabbrüche in NRW

Durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz, das am 1. Oktober 1995 bzw. 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wurde das Recht des Schwangerschaftsabbruchs bundeseinheitlich neu geregelt. Die neuen Regelungen, die insbesondere das Strafgesetzbuch, das Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen betreffen, beruhen im Wesentlichen auf den Vorgaben des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993.

Nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar. Es gelten folgende Ausnahmen:

1) Beratungsregelung (§ 218a Abs. 1 StGB)

Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt straflos, wenn

- die Schwangerschaft innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird,
- die schwangere Frau den Abbruch verlangt und
- sie dem Arzt durch die Bescheinigung einer anerkannten Beratungsstelle eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB nachgewiesen hat.

2) Indikationsstellung

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig im Falle

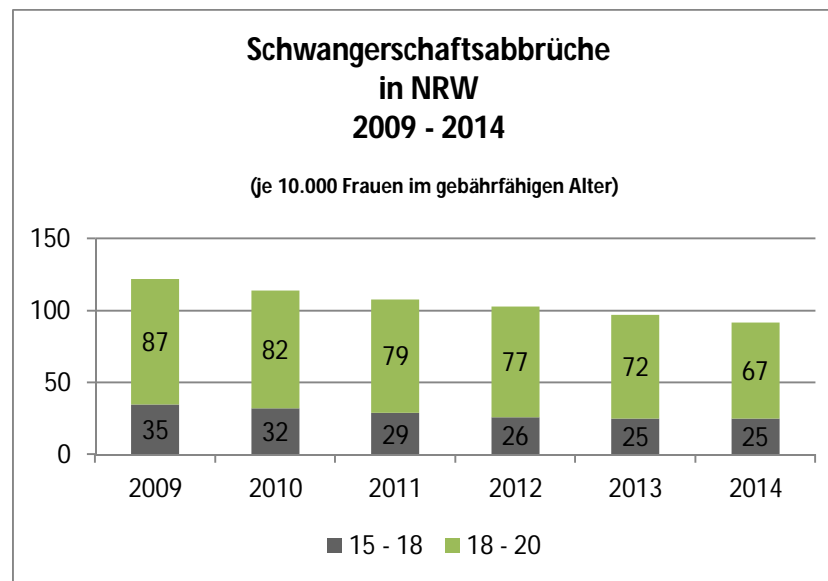
- einer medizinischen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB), wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau abzuwenden; in diesen Fällen besteht keine zeitliche Begrenzung,
- einer kriminologischen Indikation (§218a Abs. 3 StGB) bis zur 12. Woche nach der Empfängnis, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt (sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexueller Missbrauch Widerstandsunfähiger) beruht.

Für den nachfolgenden Bericht sind nur Angaben auf Ebene der Bundesländer vorhanden. Es liegen keine regionalisierten Daten vor.

Schwangerschaftsabbrüche in NRW

Die Angaben beziehen sich auf in NRW wohnhafte Frauen.

Seit 2009 nehmen die Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Müttern kontinuierlich ab.

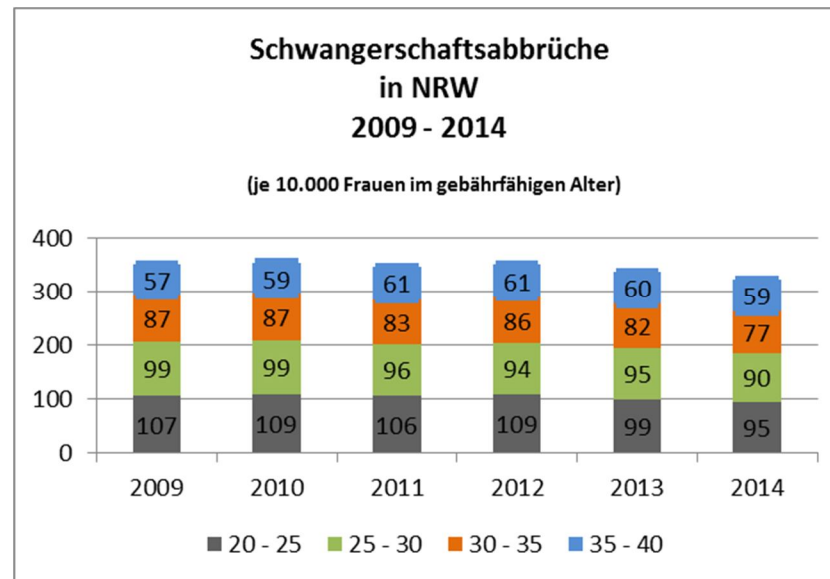


(Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe3, 2014)

Schwangerschaftsabbrüche in NRW

In der Gruppe der 35- bis 40-Jährigen ist kaum Veränderung zu erkennen.

In allen anderen Gruppen ist eine Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche zu beobachten



(Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe3, 2014)

Schwangerschaftsabbrüche in NRW

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche werden aufgrund der Beratungsregelung vorgenommen. In 2014 waren es 96,5%; infolge einer medizinischen Indikation 3,4% und aufgrund einer kriminologischen Indikation 0,1%.

Am häufigsten wird der Eingriff in gynäkologischen Praxen vorgenommen. In 2014 waren es 88,9%. 7,9% der Abbrüche wurden ambulante im Krankenhaus vorgenommen und 3,1% stationär.