

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 104 (2006)  
**Heft:** 10  
  
**Anhang:** Hebammen-Literaturdienst

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 09.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**





# HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

## Schwangerschaft

Schwangerschaftserleben bei Fehlbildung  
Bedürfnisse in der Schwangerenvorsorge  
Dauertokolyse

## Geburt

ÄrztInnen und Wunschkaiserschnitt  
Geburtsängste und Geburtsmodus  
Art und Intensität von Geburtsängsten  
Outcome bei Hausgeburten

*Liebe Hebammen, liebe Hebamenschülerinnen und -studentinnen,*

der Wunschkaiserschnitt – ein nicht enden wollendes Thema, auch im *HeLiDi*. Über die erschreckend hohe Bereitschaft geburtshilflicher FachärztInnen in Deutschland, auch ohne medizinische Indikation eine Sectio auf Wunsch durchzuführen, berichtet eine Studie. Dabei beleuchtet sie auch die Einflussfaktoren für die sehr unterschiedliche ärztliche Einstellung im internationalen Vergleich.

Zwei andere hier vorgestellte Studien befassen sich mit den Geburtsängsten von Frauen, eine davon auch mit den Folgen für den Geburtsmodus. Beratung für Schwangere mit Geburtsängsten ist sicherlich sehr wichtig, wenn infolge einer Beratung die Kaiserschnitttrate steigt. Es ist allerdings fragwürdig, ob die Qualität der Beratung sich wirklich zugunsten von Mutter und Kind auswirkt. Die zweite dieser Studien gibt Hinweise darauf, wie Ängsten in der Schwangerschaft konstruktiv begegnet werden kann.

Viel Spaß beim Lesen wünschen

Die Herausgeberinnen

Jutta Posch, Georg-Elser-Str.2, 79100 Freiburg,  
Telefon 0761/3 42 32, E-Mail: jutta.posch@web.de

Katja Stahl, Telefon 040/88189769, E-Mail: mail@katjastahl.de

Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen,  
Telefon 07733/25 36, E-Mail: Gabriele.Merkel@t-online.de

Dr. Mechthild Groß, MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover,  
Telefon 0511/5 32 61 16, E-Mail: gross.mechthild@mh-hannover.de

## Schwangerschaft

**Erleben der Schwangerschaft bei bekannter, nicht-tödlicher Fehlbildung des Kindes**

Hedrick J 2005 *The lived experience of pregnancy while carrying a child with a known, nonlethal congenital abnormality. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 34: 732–740 (MIDIRS 2006; 16: 207–213).

**Hintergrund:** Dass mit Hilfe der modernen geburtshilflichen Technologie zahlreiche Informationen über die Schwangerschaft gewonnen werden kön-



nen, wird in unserer Kultur häufig als positiv angesehen. Die Diagnose einer kindlichen Fehlbildung kann hingegen für die Eltern niederschmetternd sein, da es für die diagnostizierte Störung in der Regel kaum Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Auswirkung dieses Wissens auf das Erleben der Schwangerschaft, die Kontaktaufnahme zum Kind und die Beziehung zu dem Kind nach der Geburt sind bisher nicht geklärt.

**Ziel:** Die Autorin wollte ein Verständnis davon gewinnen, wie Frauen ihre Schwangerschaft erleben, wenn sie ein Kind mit einer bekannten, nicht-tödlichen Fehlbildung austragen.

**Studiendesign:** Phänomenologische Studie.

**Setting:** Die Interviews wurden bei den Frauen zuhause, in einem ruhigen Klinikraum oder einer anderen, für die Frauen angenehmen Umgebung geführt.

**Teilnehmerinnen:** Es wurden 15 amerikanische Frauen, die ein Kind mit einer bekannten, nicht-tödlichen Fehlbildung austrugen, interviewt. Sie waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen der 24. und 36. Schwangerschaftswoche (SSW), die Diagnose hatten sie zwischen der 17. und 26. SSW bekommen. Die Autorin führte die Interviews 4 bis 18 Wochen nach der Diagnose. Die Frauen bekamen ihr erstes, zweites oder drittes Kind und waren zwischen 18 und 44 Jahren. Ein Drittel der Frauen war allein stehend, die anderen waren verheiratet. Die kindlichen Fehlbildungen fielen in eine von sechs Kategorien: Neuralrohrdefekt, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, Herzfehler, Nierenfehlbildung, Lungenfehlbildung, Down-Syndrom.

**Ergebnisse:** Das Erleben der Schwangerschaft war durch Widersprüche gekennzeichnet. Das Wissen um die Fehlbildung hatte sowohl negative wie auch positive Auswirkungen auf das Erleben der Schwangerschaft. Bis auf eine Frau waren alle froh, dass sie bereits in der Schwangerschaft von der Fehlbildung ihres Kindes erfahren hatten.

In den Interviews kristallisierten sich drei Hauptthemen heraus:

(1) „Die Zeit ist gut, aber sie ist gleichzeitig dein Feind“: Die endgültige Diagnose wurde meist nicht während eines Termins gestellt, sondern zog sich durch verschiedene Untersuchungen über einige Zeit hin. Die Zeit war gut, weil sie den Frauen ermöglichte, sich mit der Situation auseinanderzusetzen, die Optionen zu sondieren, sich daran zu gewöhnen und sich zu informieren. Die Zeit war ein Feind, weil die Frauen Zweifel, Unsicherheiten und Ängste bezüglich der kommenden Aufgaben aushalten mussten. Das Warten auf Diagnose, Prognose und Geburt fiel den meisten Frauen schwer.

(2) „Du trauerst, aber Du trauerst nicht“: Alle Frauen erlebten Trauer infolge des „Verlustes“ des „perfekten“ Kindes, wozu auch Gefühle wie Schock, Wut und Schuld gehörten. Die Frauen empfanden einerseits eine gewisse Hilflosigkeit, entwickelten aber Strategien, damit umzugehen und viele glaubten daran, dass diese Erfahrung sie stärker machen würde.

(3) „Mein Kind ist nicht perfekt, aber es ist dennoch mein Kind“: Der Beziehungsaufbau zum Kind in der Schwangerschaft war ein wichtiger Aspekt im Erleben der Schwangerschaft. Sie realisierten die stärkere Abhängigkeit des Kindes, akzeptierten und liebten es aber trotz seiner Fehlbildung.

**Schlussfolgerung:** Auf Grund der widersprüchlichen Gefühle, die die Frauen erleben, brauchen sie so viele Informationen über die Fehlbildung, ihre Behandlungsmöglichkeiten und ihre Prognose, wie sie wünschen. Ein Gespräch mit einer Pädia-terIn bereits während der Schwangerschaft, um die Betreuung und Behandlung des Kindes nach der Geburt zu besprechen, kann hilfreich sein. Diejenigen, die die Frau während der Schwangerschaft betreuen, sollten um die widersprüchli-

chen Gefühle wissen und die Frau in ihren Strategien, mit der Situation umzugehen und im Aufbau der Beziehung zu diesem besonderen Kind unterstützen.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Bedürfnisse von Frauen in der Schwangerenvorsorge in drei europäischen Ländern

*Luyben AG Fleming VEM 2005 Women's needs from antenatal care in three European countries. Midwifery 21: 212-23.*

**Ziel:** Die Autorinnen wollten mit ihrer Untersuchung feststellen, ob die derzeitige Schwangerenvorsorge aus der Sicht der Frauen effektiv darin ist, den für sie wichtigen Bedürfnissen gerecht zu werden. Darüber hinaus sollten die erhobenen Daten dazu dienen, ein von den Bedürfnissen der Frauen ausgehendes konzeptionelles Modell der Schwangerenvorsorge zu entwickeln.

**Methode:** Grounded Theory

**Setting:** deutschsprachige Schweiz, Schottland und Niederlande.

**Teilnehmerinnen:** Insgesamt wurden 23 Frauen in 26 Einzelinterviews (Leitfadeninterviews) befragt, die Interviews dauerten zwischen 20 und 108 Minuten. Die Leitfrage, die jeder Frau gestellt wurde, lautete: „Wenn Sie den Inhalt der Betreuung während der Schwangerschaft nach Ihren Bedürfnissen und Erwartungen selbst bestimmen könnten, was wäre Ihnen dabei wichtig?“

Bei den Teilnehmerinnen handelte es sich um gesunde Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Schwangerschaft bzw. bis zu 6 Monate nach der Geburt befragt wurden.

Die niederländischen Frauen wurden in der Schwangerschaft von Hebammen betreut, die schottischen entweder gemeinsam von ÄrztIn und Hebamme oder nur von Hebammen und die Schweizer Frauen wurden bis auf eine Ausnahme (ausschließlich Hebammenbetreuung) von Gynäkologen betreut (einige von diesen Frauen hatten außerhalb der Vorsorge Kontakt zu einer Hebamme).

**Ergebnisse:** Die Autorinnen entwickelten drei Hauptkategorien: „Verantwortlichkeit“, „Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung“ und „Unterstützung in der Verantwortung“. Sie berichten, dass sich im Verlauf der weiteren Analyse zeigte, dass die Kategorie „Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung“ eine Konsequenz des Gefühls der „Verantwortlichkeit“ zu sein schien, während die „Unterstützung in der Verantwortung“ die inhaltlichen Aspekte der Schwangerenvorsorge umfasste, die die Frauen benötigten, um die Verantwortung tragen zu können. Die Kategorie „Verantwortlichkeit“ wies zwei Unterkategorien auf: „Zuversicht und Selbstvertrauen“ (zentrale Inhalte der Kategorie: Gefühle und Wissen) und „Autonomie“ (zentrale Inhalte: eigene Entscheidungen treffen und das Gefühl der Kontrolle über die eigene Situation haben). Die Kategorie „Verantwortlichkeit“ mit ihren beiden Unterkategorien wird von den Autorinnen ausführlich dargestellt und mit zahlreichen Zitaten belegt.

**Schlussfolgerung:** Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass der Hauptgrund für das Aufsuchen der Schwangerenvorsorge aus der Sicht der Frauen ihr Gefühl der Verantwortlichkeit war und dass sie über die Schwangerenvorsorge nach einer Möglichkeit der Unterstützung suchten, die mit der Mutterschaft verbundene Verantwortung tragen zu können. Zuversicht und Selbstvertrauen sowie Autonomie spielen dabei eine entscheidende Rolle. Trotz der Entwicklung der gleichen Kategorien für jedes Land, die ein einheitliches Schwan-



gerenvorsorgemodell nahe legen, weisen die Autorinnen darauf hin, dass innerhalb der Kategorien Unterschiede deutlich werden, die sie auf den jeweils anderen kulturellen Hintergrund der Frauen zurückführen. Aus diesem Grund wurde auch keine Sättigung der Kategorien erreicht. Die Autorinnen planen auf der Basis der bisherigen Ergebnisse eine Fortführung der Untersuchung, die die Unterschiede innerhalb der Kategorien beleuchten soll.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

## GEBURT

### Kaiserschnitt auf Wunsch: Vergleich von Ansichten geburtshilflicher FachärztInnen aus acht europäischen Ländern

Habiba M Kaminski M Da Frè M et al. 2006 Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 113: 647–56.

**Ziel:** Untersuchung der Ansichten geburtshilflicher FachärztInnen hinsichtlich der Durchführung eines Kaiserschnitts auf Wunsch der Frau ohne medizinische Indikation.

**Studiendesign:** Querschnittstudie mit Cluster-Sampling.

**Setting:** Geburtshilfliche Abteilungen mit angeschlossener Neugeborenen-Intensivstation in acht europäischen Ländern.

**TeilnehmerInnen:** Geburtshilfliche FachärztInnen mit mindestens 6 Monaten klinischer Tätigkeit.

**Methode:** In Luxemburg, den Niederlanden und Schweden wurden alle entsprechenden Kliniken befragt, in Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien wurden Zufallsstichproben gezogen, stratifiziert nach Regionen.

**Outcomeparameter:** Bereitschaft der geburtshilflichen FachärztInnen, einen Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter durchzuführen.

**Ergebnisse:** Insgesamt nahmen 1530 geburtshilfliche FachärztInnen aus 105 Kliniken an der Befragung teil (entspricht 77% der befragten ÄrztInnen bzw. 70% der um die Teilnahme angefragten Kliniken). Die Bereitschaft einen Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter ohne weitere medizinische Indikation durchzuführen, war in Spanien (15%), Frankreich (19%) und den Niederlanden (22%) am niedrigsten. In Deutschland (75%) und Großbritannien (79%) war sie am höchsten. Die anderen Länder rangierten im Mittelfeld. Faktoren, die die Bereitschaft, einen Wunschkaiserschnitt durchzuführen, beeinflussten, wurden mit Hilfe der gewichteten multivariaten logistischen Regressionsanalyse ermittelt. Zu den signifikanten Einflussfaktoren zählten das Land, in dem die ÄrztInnen praktizierten ( $p < 0,001$ ), Angst vor Rechtsstreitigkeiten ( $p < 0,004$ ) und Anstellung in einer Universitätsklinik bzw. einer Universität angegliederten Klinik. In einer Auswertung von Untergruppen zeigte sich, dass Ärztinnen, die bereits selbst Kinder geboren hatten, seltener bereit waren, einen Wunschkaiserschnitt durchzuführen (OR 0,29, 95% KI 0,20–0,42).

**Schlussfolgerung:** Die Unterschiede in den Ansichten der geburtshilflichen FachärztInnen begründen sich nicht auf konkrete medizinische Evidenzen. Vielmehr spielen kulturelle Faktoren, Haftungsfragen und Faktoren im Zusammenhang mit der Organisation der perinatalen Betreuung in den verschiedenen Ländern für die Ansichten eine Rolle. Es sollte mehr Wert darauf gelegt werden, die Motivation, Wertvorstellungen und Ängste der Schwangeren, die ihrem Wunsch

nach einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation zugrunde liegen, zu verstehen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Geburtsängste in der Schwangerschaft: Zusammenhang mit Kaiserschnitt und Geburtserfahrung

Waldenström U Hildingsson I Ryding EL 2006 Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 113: 638–46.

**Ziel:** Untersuchung der Prävalenz von Geburtsängsten in einer landesweiten Stichprobe und des Zusammenhangs mit dem nachfolgenden Geburtsmodus und der resultierenden Geburtserfahrung.

**Studiendesign:** Prospektive Vergleichsstudie.

**Setting:** Etwa 600 Schwangerenvorsorgepraxen in Schweden.

**TeilnehmerInnen:** Insgesamt haben 2662 Frauen bei ihrem ersten Schwangerenvorsorgetermin der Studienteilnahme zugestimmt. Die Rekrutierung fand innerhalb eines Jahres in drei vorab festgelegten Wochen statt.

**Methode:** Die Frauen bekamen in der (durchschnittlich) 16.SSW sowie 2 Monate nach der Geburt einen Fragebogen zugesandt. Geburtsängste lagen vor, wenn die Schwangere angab, im zweiten Schwangerschaftsdrittel „sehr negative“ Gefühle beim Gedanken an die bevorstehende Geburt zu haben bzw. wenn sie eine professionelle Beratung auf Grund von Angst vor der Geburt in Anspruch genommen hatte. Diese Frauen wurden verglichen mit denjenigen Teilnehmerinnen, die diese Merkmale nicht aufwiesen.

**Outcomeparameter:** Primäre und sekundäre Sectio sowie Geburtserfahrung.

**Ergebnisse:** Insgesamt gaben 97 Schwangere (3,6%) sehr negative Gefühle hinsichtlich der bevorstehenden Geburt an und etwa die Hälfte von ihnen nahm eine professionelle Beratung in Anspruch. Darüber hinaus nahmen weitere 193 Schwangere, die zunächst positivere Gefühle hegten, später in der Schwangerschaft eine Beratung in Anspruch. Bei Frauen, die zu einer solchen Beratung gingen, lag die Rate primärer Sectiones um 3–6mal höher. Hinsichtlich sekundärer Sectiones und einer negativen Geburtserfahrung zeigten sich keine Unterschiede. Bei sehr negativen Gefühlen ohne Inanspruchnahme einer Beratung wurde keine erhöhte Sectionrate beobachtet. Es bestand jedoch ein Zusammenhang mit einer negativen Geburtserfahrung.

**Schlussfolgerung:** Mindest 10% der schwedischen Schwangeren leiden unter Geburtsängsten. Wird wegen solcher Ängste eine professionelle Beratung in Anspruch genommen, kann dies eine erhöhte Rate an primären Kaiserschnitten nach sich ziehen. Wird bei Vorliegen von Geburtsängsten keine Beratung in Anspruch genommen, kann sich dies negativ auf die Geburtserfahrung auswirken.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Geburtsängste in der Schwangerschaft – Frauenfelder Geburtenstudie

Geissbühler V Zimmermann K Eberhard J 2005 Geburtshilfe und Frauenheilkunde 65: 873–80.

Vor dem Hintergrund, dass die perinatale und mütterliche Morbidität und Mortalität in den Industrieländern im Laufe des 20. Jahrhunderts sehr niedrige Werte erreicht hat und Geburtsschmerzen wirkungsvoll bekämpft werden können,



sind die AutorInnen der Frage nachgegangen, welche Ängste Schwangere trotz des bekannten medizinischen Fortschritts begleiten.

**Ziel:** Die Autorinnen untersuchten Art und Intensität der Geburtsängste von Schwangeren im 2. und 3. Trimenon differenziert nach Parität.

**Methode:** Zwischen November 1991 und Oktober 2004 bekamen 16.785 Schwangere, die in einer Schweizer Frauenklinik gebären wollten, zwischen der 24. und 28. SSW einen Fragebogen zugesandt. Diesen sollten sie ausgefüllt mitbringen, wenn sie zur Geburt in den Kreißsaal kamen. Der Fragebogen umfasst insgesamt 50 Fragen zu unterschiedlichen Themen. Zu den Geburtsängsten wurden den Frauen folgende zwei Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gestellt:

Fürchten Sie sich vor der Geburt oder haben Sie Angst?

Wovor haben Sie im Hinblick auf die Geburt besonders Angst?

Von den 16.785 Fragebögen wurden 13.362 ausgefüllt abgegeben (79,1%). Der Hauptgrund für ein Nichtausfüllen des Fragebogens waren Sprachschwierigkeiten.

Die Auswertung wurde sowohl für die gesamte Stichprobe als auch getrennt nach Parität durchgeführt. Insgesamt nahmen 5925 (44,3%) Erstgebärende, 4819 (36,1%) Zweitgebärende und 2618 (19,6%) Frauen, die ihr drittes oder ein weiteres Kind bekamen, teil. Das Durchschnittsalter in den drei Gruppen betrug 28, 30 bzw. 32 Jahre.

**Ergebnisse:** Die Autorinnen berichten, dass „keine Angst“ vor der Geburt mit zunehmender Parität immer häufiger angegeben wurde und „wenig Angst“ immer seltener. „Sehr starke Angst“ wurde von 5,7% der Erstgebärenden, 6,7% der Zweitgebärenden und 6,1% der Schwangeren der dritten Gruppe angegeben. Dabei war der Unterschied zwischen Erst- und Zweitgebärenden statistisch signifikant. Auf die Frage nach der Art der Geburtsängste wurde von den Frauen am häufigsten „Angst, ob das Kind gesund ist“ (59,7 %) angegeben und „Angst vor Schmerzen“ (50,3%). Am dritthäufigsten wurden „andere Ängste“ (21,8%) angegeben. Hatten die Frauen die Möglichkeit, diese 'anderen Ängste' zu spezifizieren, nannten sie am häufigsten „Angst vor der Ungewissheit, was auf mich zukommt“, „Angst, keine Kraft zu haben“, „Angst alleine zu sein“, „Angst, die Kontrolle über mich selbst zu verlieren“, „Angst, zu versagen“ und „Angst, mich blöd anzustellen“. Die Autorinnen geben an, dass alle genannten Ängste mit steigender Parität abnehmen, nur die „Angst vor einem Kaiserschnitt“ ist bei den Zweitgebärenden etwas höher als bei den anderen beiden Untergruppen.

**Schlussfolgerung:** Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass Schwangere heute trotz des medizinischen Fortschritts Ängste unterschiedlichster Intensität, Art und Häufigkeit kennen, insbesondere Angst, ob das Kind gesund ist und Angst vor Schmerzen. Sie sind daher der Ansicht, dass den verschiedenen Ängsten bereits in der Schwangerschaft durch vertrauensbildende Kontakte begegnet werden sollte. Sie haben in diesem Zusammenhang an ihrer Klinik eine Hebammensprechstunde eingerichtet. Des Weiteren sind sie der Ansicht, dass zum Abbau der Ängste ein breites Angebot an Schmerzmitteln offeriert, die Frau während der Geburt durch ein bekanntes Team betreut und ihre Wünsche respektiert werden sollten. Schließlich empfehlen sie eine regelmäßige Kontrolle der kindlichen Herztöne, wenn dies von der Frau zur Beruhigung gewünscht wird.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Geburtshilfliches Outcome bei geplanten Hausgeburten mit ausgebildeten Hebammen: eine große prospektive nordamerikanische Studie

Johnson KC Daviss BA 2005 Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 330: 1416–22.

**Ziel:** Untersuchung der Sicherheit von Hausgeburten in Nordamerika unter der Leitung von ausgebildeten Hebammen (ohne vorherige Pflegeausbildung) in Gebieten, in denen die Hausgeburtshilfe nicht selbstverständlich als Teil der Gesundheitsversorgung anerkannt ist.

**Design:** Prospektive Kohortenstudie

**Setting:** Alle Hausgeburten in den Vereinigten Staaten (98 % der Kohorte) und Kanada im Jahr 2000, die von ausgebildeten Hebammen geleitet wurden.

**Teilnehmerinnen:** Alle 5418 Frauen, die im Jahr 2000 noch bei Einsetzen der Wehen eine Hausgeburt mit einer ausgebildeten Hebamme geplant hatten.

**Outcomeparameter:** Intrapartale und neonatale Mortalität, perinatale Verlegung in ein Krankenhaus, medizinische Interventionen während des Gebärens, Stillen und mütterliche Zufriedenheit.

**Ergebnisse:** Von den Frauen, die noch bei Wehenbeginn eine Hausgeburt geplant hatten, wurden 655 (12,1%) in ein Krankenhaus verlegt. Zu den durchgeführten medizinischen Interventionen gehörten Periduralanästhesie (4,7%), Episiotomie (2,1%), Forzeps (1,0%), Vakuumextraktion (0,6%) und Kaiserschnitt (3,7%). Diese Raten waren deutlich niedriger als für Frauen ohne besonderes Risiko, die in einer Klinik geboren hatten. Die intrapartale und neonatale Mortalität bei Geburten, die bei Wehenbeginn kein besonderes Risiko aufwiesen, lag bei 1,7 pro 1000 geplante Hausgeburten (excl. Todesfälle aufgrund von lebensbedrohlichen kongenitalen Fehlbildungen). Diese Rate ist der aus anderen Studien zu Hausgeburten und Klinikgeburten in Nordamerika von Frauen ohne besonderes Risiko vergleichbar. Es gab keine mütterlichen Todesfälle. Für perinatale Outcomes, die unabhängig voneinander validiert wurden, zeigte sich kein Unterschied zu Klinikgeburten.

**Schlussfolgerung:** In Nordamerika ist eine geplante Hausgeburt für Frauen ohne besonderes Risiko unter der Leitung einer ausgebildeten Hebamme verbunden mit einer niedrigeren Rate an medizinischen Interventionen verglichen mit einer Klinikgeburt für Frauen ohne besonderes Risiko. Die intrapartale und neonatale Mortalität ist für diese Frauen an beiden Geburtsorten gleich.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg