**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband
**Band:** 106 (2008)
**Heft:** 7-8

**Artikel:** Low-risk-Geburtsverläufe im klinischen und ausserklinischen Kontext
**Autor:** Ayerle, Gertrud M.
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-949450

**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:** 06.12.2025

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

z. B. der Vergleich zwischen teilnehmenden und nichtteilnehmenden Hebammenteams[9], der Vergleich von Low-Risk-Geburten im klinischen und ausserklinischen Kontext (Ayerle et al. siehe unten), die Anwesenheit der Hebammen während der Geburt in Bezug auf Interventionen und Geburtsmodus[10], die unterschiedliche Wahrnehmung des Geburtsbeginns durch die Gebärende und der Hebamme[11], der Zeitpunkt für Amniotomie, Oxytocin und PDA und seine Auswirkungen auf Geburtsdauer und Geburtsmodus[12], intrapartale Interventionen ohne Berücksichtigung der Partogramm Action Lines[13].

Erste Resultate liegen vor; ihre konsequente Anwendung in den Kliniken wird die Qualität der geburtshilflichen Betreuung entscheidend verbessern.

In einem Folgeprojekt sollen die Ergebnisse der Datenerhebung dazu verwendet werden, Interventionen während des Gebärens mit dem Wohlbefinden der Gebärenden in Beziehung zu setzen[14]. ◀

### *Literatur*


[1] *Selbmann H. K., Brach M., Elser H., Holzmann K., Johannigmann J., Riegel D.:* Münchner Perinatal-Studie 1975–1977. Daten, Ergebnisse, Perspektiven. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag, 1980.

[2] *Sens B., Rauskolb R.:* Qualitätssicherung in der Geburtshilfe nach Einführung von Fallpauschalen – Anforderungen und neue Perspektiven. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997; 57: M123–M127.

[3] *Enkin M., Keirse M. J. N. C., Neilson J.:* Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. Bern: Huber, 2006.

[4] *Gross M. M.,* 2001: Gebären als Prozess. Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung. Bern: Hans Huber Verlag.

[5] *Timmer A., Gross M. M.:* Evidenz in der Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Wacker J., Sillem M., Bastert G., Heyl W. (Hg.) Therapiehandbuch Gynäkologie Wien: Springer Verlag, 2007, S. 3–17.

[6] *Gross M. M., Keirse M. J. N. C.:* Die Klinik des Geburtsbeginns in der geburtshilflichen Forschung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002; 96: 665–670.

[7] *Schwarz C., Wenzlaff P., Hecker H., Gross M. M.* (2005): Prozessorientierte Qualitätssicherung während der Betreuung von Gebärenden. In: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) NPExtra 2004, Version 1.1, Zwickau: Verlag Wissenschaftliche Scripten, S. 171–4.

[8] *Horwege I.:* Forschung im Kreisssaal – Erfahrungsbericht über die Teilnahme an der ProGeb-Studie. Die Hebamme 2006; 19: 39–41.

[9] *Gross M. M., Schwarz C., Burian R. A., Keirse M. J. N. C., Hecker H.:* Midwifery teams differ in their opinions regarding study participation. Birth Issues 2007; 15: 77–82.

[10] *Ayerle G. M., Hecker H., Frömke C., Hillemanns P., Gross M. M.:* Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt (submitted).

[11] *Burian R. A., Froemke C., Hecker H., Schwarz C. H., Schippert C., Gross M. M.:* Onset of labour: Women's views and midwives' assessment in relation to first stage duration (submitted).

[12] *Gross M. M., Hecker H., Frömke C., Hillemanns P.:* The timing of amniotomy, oxytocin and epidural and its association to labor duration and mode of birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: S101.

[13] *Ayerle G. M., Frömke C., Hecker H., Gross M. M.:* Intrapartum Interventions without Partogram Action Lines (submitted).

[14] *Gross M. M., Hecker H., Keirse M. J. N. C.:* An evaluation of pain and «fitness» during labor and its acceptability to women. Birth 2005; 32: 122–128.


Mechthild M. Gross, ProGeb-Studie: Prozessorientierte Betreuung und Interventionskaskaden während des Gebärens. Referat gehalten am 15. Mai 2008 am Schweizerischen Hebammenkongress in Sarnen.

## ProGeb-Studie

# Low-risk und ausser

**Diese im Rahmen der ProGeb-Studie durchgeführte Auswertung zeigt anschaulich, was auch andere Analysen bestätigen: dass der Wunsch einer low-risk Frau, eine «normale Geburt», d. h. eine Geburt ohne Interventionen zu haben, eher im ausserklinischen Setting als im Spital verwirklicht werden kann.**

Für die Auswertung der ProGeb-Daten habe ich mich am Begriff low-risk orientiert, das heisst Geburtsverläufen mit niedrigem Risiko. So habe ich aus dem gesamten Datensatz alle ausgewählt, die mindestens die 37. Woche vollendet, keine pränatalen Risiken und kein grünes Fruchtwasser sowie einen spontanen Geburtsbeginn hatten. Um ein potenzielles Risiko durch Infektionen zu vermeiden, sollte der vorzeitige Blasensprung weniger als 24 Stunden vor Geburtsbeginn aufgetreten sein. Da Migrantinnen ein höheres Risiko aufweisen, wurden nur Frauen von deutscher Nationalität eingeschlossen.

# Geburtsverläufe im klinischen klinischen Kontext[1]

Es geht in der Untersuchung also primär um Hebammengeburten mit geringem Risiko, die entweder im Spital oder im ausserklinischen Kontext (sprich: im Geburtshaus oder zuhause) stattgefunden haben. Typischerweise wird bei den Spitalgeburten punktuell eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen. Die Stichprobe umfasst 1317 Geburtsverläufe: 1041 Geburten in Spitälern und 276 Geburten im Geburtshaus oder zuhause. Insgesamt gesehen sind etwa die Hälfte davon Erstgebärende.

## Merkmale der Frauen

Im Vergleich zum Spital ist der Anteil der Frauen unter 30 Jahren im ausserklinischen Setting kleiner, während mehr Frauen Abitur haben. Im ausserklinischen Setting haben mehr Frauen eine Geburt vorbereitende Akupunktur erhalten, jedoch haben in beiden Settings etwa $^{2}/_{3}$ der Frauen einen Geburtsvorbereitungskurs besucht. Ein sehr deutlicher Unterschied zeigt sich in Bezug auf die Hebamme: ein Grossteil der Frauen im ausserklinischen Setting hat die Hebamme selbst gewählt und eine Vorsorge durch sie in Anspruch genommen. So können wir sagen, dass sich die Frauen, die im Spital bzw. im ausserklinischen Setting gebären, in Bezug auf Alter, Bildungsniveau, ihre Wahl der Hebamme und Parität unterscheiden. Jedoch erbrachte die statistische Überprüfung den Nachweis, dass sich diese Unterschiede nicht auf die verschiedenen Parameter der Geburt auswirken.

**Gertrud M. Ayerle,**
Hebamme, Pflegewissenschaftlerin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Medizinischen Hochschule Hannover.

## Vorzeitiger Blasensprung, Masse der Neugeborenen

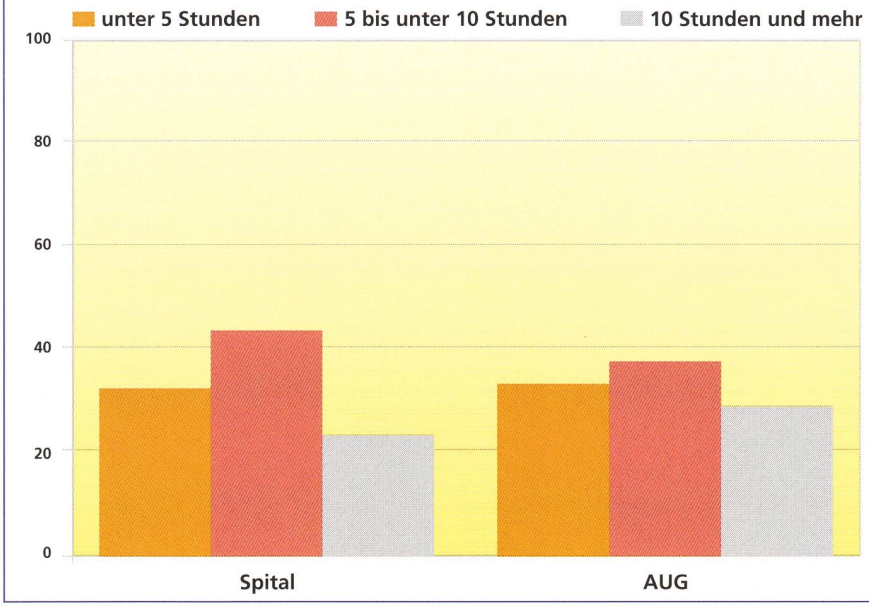
In dieser Stichprobe werden etwas mehr Frauen im Spital mit einem vorzeitigen Blasensprung vorstellig, obwohl im ausserklinischen Setting insbesondere Erstgebärende eher nach dem errechneten Termin gebären. Da auch kindliche Grössen den Geburtsverlauf mitbestimmen, sind auch der Kopfumfang und das Gewicht der Neugeborenen relevant. Wie zu erwarten, sind Neugeborene bei Mehrgebärenden etwas grösser und schwerer, jedoch insgesamt in beiden Settings vergleichbar.

Die Gesamt-Geburtsdauer (Zeitraum zwischen 3 cm Eröffnung und Geburt) liegt bei etwa einem Drittel der Frauen in beiden Settings unter fünf Stunden *(siehe Grafik, Seite 8)*. Der Anteil der Frauen, deren Geburtsverlauf zwischen fünf und 10 Stunden dauert, ist im Spital höher als im ausserklinischen Setting, wo mehr Frauen mehr als 10 Stunden benötigen. Werden die Geburtsphasen getrennt von einander für Erstgebärende und Mehrgebärende hinsichtlich des Geburtsortes untersucht, so ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Signifikant heisst bei statistischen Auswertungen, dass der Unterschied nicht durch Zufall zu erklären ist, sondern tatsächlich besteht.

Jedoch haben Erstgebärende im Spital eine signifikant kürzere Austreibungsperiode als im ausserklinischen Setting. Dieser Unterschied kommt nachweislich nicht durch die verschiedenen Frauen zustande, weder durch das unterschiedliche Alter noch das Bildungsniveau. Sie könnten einwerfen, dass der Unterschied wahrscheinlich mit einem aktiven Anlei-

[1] Diese Auswertung ist Teil der Forschungsstudie «Pro Geb», die unter Leitung von Hebamme Dr. phil. Mechthild Gross unterschiedliche Prozesse während Geburtsverläufen in Spitälern und im ausserklinischen Setting wissenschaftlich untersucht. Die ProGeb-Studie wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziert.

**Grafik 1:** *Geburtsdauer im Vegleich (AUG = ausserklinische Verläufe)*




ten zum Pressen zusammenhängt. Das bestätigen die Daten jedoch nicht! Die aktive Anleitung zum Pressen führt bei allen Frauen (unabhängig vom Setting) zu keiner kürzeren Austreibungsperiode. Diese wird allerdings durch das Kristellern deutlich verkürzt – jedoch nur bei Mehrgebärenden im Spital.

## Geburtsmodus

Was den Geburtsmodus betrifft, so können weitaus mehr Erstgebärende und Mehrgebärende zuhause und im Geburtshaus eine spontane Geburt erleben als im Spital. Dieser Unterschied ist besonders bei den Erstgebärenden signifikant. Diese Rate der spontanen Geburten ist mit derjenigen aller ausserklinischen Geburten in Deutschland vergleichbar, bei denen sie 93,4% beträgt (Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V. 2004). Auch andere Studien berichten über mehr spontane und weniger instrumentell-operative Geburten (David et al. 1999, Jackson et al. 2003, Walsh & Downe 2004).

## Zustand des Damms

Betrachten wir als Outcome den Zustand des Damms – unabhängig von anderen Verletzungen des Genitales – so treten in der ausserklinischen Praxis bedeutend mehr Rissverletzungen 1. und 2. Grades auf; bei Dammrissen 3. und 4. Grades besteht in dieser Stichprobe kein Unterschied, obwohl ein solcher in anderen Studien nachgewiesen wird (Sagady & Romano 2007). Überraschenderweise bleibt aber letztlich bei der gleichen Prozentzahl von Erst- bzw. Mehrgebärenden der Damm intakt, was mit unterschiedlichen Episiotomieraten in den beiden Settings zu tun hat.

## Kindliche Outcomes

Kindliche Outcomes wie untergewichtige Neugeborene und die Verlegung des Kindes auf die neonatologische Intensivstation habe ich in dieser Stichprobe nicht verglichen, da die Fallzahlen zu klein sind, um verlässliche Aussagen zu machen. Jedoch berichten einige Studien über vergleichbare Raten im klinischen und ausserklinischen Setting (Ackermann-Liebrich et al. 1996, Janssen et al. 2002, Wiegers et al. 1996, Woodcock et al. 1994, Fullerton & Severino 1992, Jackson et al. 2003). Im Ganzen gesehen gibt es Hinweise darauf, dass sowohl das Spital als auch das Geburtshaus bzw. das Zuhause der Frau geeignet sind, einen vergleichbar guten Gesundheitszustand des Kindes zur Zeit der Geburt zu erreichen.

## Einfluss von Betreuungsmassnahmen

In der Literatur gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich ausschliesslich mit dem Vergleich von low-risk Geburten in unterschiedlichen Settings befassen, bei welchen Frauen mit vorher bestehenden Risiken unberücksichtigt bleiben (z.B. Ackermann-Liebrich et al. 1996, David et al. 1999, Fullerton & Severino 1992, Jackson et al. 2003, Janssen et al. 2002, Wiegers et al. 1996). Ereignisse und Massnahmen während der Geburt kön-

nen nicht nur den Verlauf, sondern insbesondere das subjektive Erleben der Gebärenden beeinflussen, und sind in der retrospektiven Bewertung des Geburtserlebnisses von grosser Bedeutung.

### Massnahmen in der Eröffnungsperiode

Im Spital werden die kindlichen Herztöne signifikant häufiger mit dem *CTG* überwacht, während im ausserklinischen Setting signifikant häufiger *Auskultationen* vorgenommen werden. In beiden Settings werden *Massagen* und *Entspannungsbäder* angeboten, allerdings signifikant häufiger im ausserklinischen Setting.

Im Spital wird bei Gebärenden dieser Stichprobe signifikant häufiger eine *vaginale Untersuchung* durchgeführt. Hebammen im ausserklinischen Setting warten viel eher auf die *spontane Eröffnung* der Fruchtblase; im Spital wird dagegen etwa doppelt so häufig eine Amniotomie durchgeführt.

*Alternative Heilmittel* (z. B. Akupunktur, Homöopathie, Aromatherapie Bachblüten) werden den Gebärenden in beiden Settings angeboten, aber Akupunktur und Homöopathie werden insgesamt offensichtlich häufiger eingesetzt. Im ausserklinischen Setting erhält etwa jede 10. Frau Akupunktur und jede 3. Frau homöopathische Mittel und damit wesentlich häufiger als im Spital. *Analgetische Medikamente* (wie z. B. Buscopan oder Fortral) kommen bei allen Frauen wesentlich häufiger im Spital zur Anwendung, nämlich bei über der Hälfte der Erstgebärenden bzw. knapp einem Drittel der Mehrgebärenden. Die *Peridural-Anästhesie* und der *Wehentropf* werden natürlich nur im Spital eingesetzt. Einen Wehentropf erhalten etwa doppelt so viele Erstgebärende wie Mehrgebärende.

### Massnahmen in der Austreibungsphase

In der Austreibungsperiode wird bei etwa zwei Drittel der Frauen im Spital signifikant häufiger zum aktiven *Mitschieben* oder *Pressen* angeleitet als im ausserklinischen Setting. Ebenso wird die Austreibungskraft der low-risk Gebärenden im Spital viel häufiger durch *Kristellern* unterstützt, nämlich etwa bei jeder 5. Erstgebärenden. Wie wir gesehen haben, verkürzt aber das Kristellern nur die Austreibungsperiode von Mehrgebärenden im Spital.

Keine Überraschung ist wohl, dass in dieser low-risk Stichprobe im Spital fast vier Mal so viele *Episiotomien* bei Erstgebärenden durchgeführt werden als im ausserklinischen Setting. Mehrgebärende erhalten im Spital mehr als 10 Mal so oft eine Episiotomie. Dieses Ergebnis wird auch in anderen Studien bestätigt (Fullerton & Severino 1992, Jackson et al. 2003, Walsh & Downe 2004). Interessant ist darüber hinaus, dass in dieser Stichprobe im ausserklinischen Setting nicht bei allen Frauen ein *aktiver Dammschutz* durch Hebammen gemacht wird. Sie sind bei einem bedeutenden Teil, insbesondere bei Mehrgebärenden, zurückhaltend und leiten die Austreibungsperiode nicht durch ihre Hände bzw. spezielle Handgriffe.

All diese Ergebnisse bestätigen die Resultate anderer Untersuchungen (z. B. Jackson et al. 2003), dass medikamentös-instrumentelle bzw. invasive Massnahmen auch in dieser Stichprobe von low-risk Gebärenden deutlich häufiger im Spital vorkommen als im ausserklinischen Setting.

## Verweildauer bei der Frau

Wird die Anwesenheit der Hebamme mit der jeweiligen Geburtsdauer in Beziehung gesetzt (denn die Geburtsverläufe sind ja unterschiedlich lang) und der Anteil in Prozent berechnet, können wir feststellen, dass die Hebammen im ausserklinischen Setting einen wesentlich grösseren Anteil des Geburtsverlaufs anwesend sind, insbesondere bei Erstgebärenden. Ob diese Tatsache darauf beruht, dass Frauen im ausserklinischen Kontext ihre Hebamme früher zur Geburt rufen bzw. ins Geburtshaus gehen oder die freiberufliche Hebamme kontinuierlicher und deshalb länger bei der Geburt anwesend ist, lässt sich aus den Daten nicht ablesen.

## Gebärpositionen

Natürlich sagt die reine Anwesenheitszeit der Hebamme nichts aus über deren «Wehenarbeit» mit den Frauen. Ein Indikator dafür könnte vielleicht die Körperposition der Gebärenden sein. Das bestätigt sich darin, dass in dieser Stichprobe vertikale Positionen im ausserklinischen Setting auch mit einer längeren prozentualen Anwesenheit der Hebamme einhergehen. Im Spital besteht dieser Zusammenhang nur bei Erstgebärenden in Bezug auf die horizontalen Positionen. Es ist natürlich zu vermuten, dass die Körperpositionen der Gebärenden auch durch strukturelle Gegebenheiten, die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen, sowie die Art und Anzahl von Interventionen mitbedingt sind.

Im ausserklinischen Setting verbringen Gebärende ab dem Betreuungsbeginn signifikant häufiger einen Grossteil der Geburtsdauer in vertikalen Körperpositio-

## Wie könnte die Hebammenarbeit in 10 Jahren aussehen?

1. Um die Wünsche der Frauen noch zielstrebiger zu erfüllen, informieren sich die Hebammen im Spital und im ausserklinischen Setting ausgiebig und fortlaufend über deren individuelle Wünsche und Präferenzen und beteiligen die Gebärenden aktiv an Entscheidungsprozessen.
2. Freiberufliche und Spital-Hebammen wenden während des Geburtsverlaufs und ihrer Betreuung eine klare Unterscheidung von low-risk und high-risk Gebärenden an.
3. Ohne die Gesundheit von Mutter und Kind zu gefährden, verzichten wir Hebammen bewusst auf unnötige Interventionen und erhöhen somit das Glück der Frau über eine normale low-risk Geburt.
4. Wir Hebammen setzen die Prinzipien der Evidenz-basierten Betreuung konsequent um, wie sie Enkin et al. (2006) in ihrem Buch «Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt» beschreiben.
5. Für die Schweiz (und Deutschland) gibt es – je nach den Wünschen und Gegebenheiten der Frauen – unterschiedliche Betreuungspfade für den low-risk-Geburtsverlauf, ähnlich der Betreuungspfade des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England.
6. Bei gemeinsamen Entscheidungen in den Grauzonen der Geburtshilfe werden die Prinzipien der professionellen interdisziplinären Zusammenarbeit angewendet: eine klare, vertrauensvolle und kooperative Kommunikation, die die Wünsche und das Glück der werdenden Mutter im Blick behält.
7. Die forschenden Hebammen haben neue Erkenntnisse zur Qualität der Anwesenheit der Hebamme und ihrer qualitativen Betreuung gewonnen.

nen (im Vergleich zu Frauen im Spital, wo die kürzeren Positionsdauern überwiegen). Im Spital befinden sich Gebärende dagegen einen viel grösseren Anteil ihres Geburtsverlaufs in einer horizontalen Lage; etwa die Hälfte der Frauen nimmt im ausserklinischen Setting überhaupt keine horizontale Position ein. Ungeklärt bleibt, zu welchem Prozentsatz die verschiedenen Körperpositionen auf die Initiative der Frau oder der Hebamme bzw. auf medizinisch-technische Interventionen zurückzuführen sind.

## Arbeitsbelastung und Verweildauer

In einer Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Zeit, die die Hebamme bei der Gebärenden verbringt, und der zeitlichen Arbeitsbelastung, die sie subjektiv als «niedrig», «mittel» oder «hoch» einschätzt, ist bei Geburtsverläufen von Erstgebärenden ein signifikanter Zusammenhang zu finden, und zwar ganz anders als erwartet: die Hebamme, die ihre zeitliche Belastung während der Geburt als «niedrig» einschätzt, verbringt auch weniger Zeit bei der Gebärenden, während die Hebamme, die ihre zeitliche Belastung als «hoch» einschätzt, auch länger bei den Erstgebärenden verweilt. Dieses Ergebnis ist nicht eindeutig zu interpretieren: es könnte heissen, dass die längere Anwesenheit bei der Erstgebärenden die jeweilige Spitalhebamme entsprechend zeitlich mehr beansprucht. Allerdings ist ein solcher linearer Zusammenhang bei Mehrgebärenden im Spital und bei allen Geburtsverläufen im ausserklinischen Setting nicht zu beobachten.

## Was wünschen die Frauen?

Frauen, die im Spital gebären, suchen Sicherheit und ärztliche Hilfe im Falle von Komplikationen und eine möglichst schmerzarme Geburt. Dagegen schätzen Frauen, die im Geburtshaus oder zuhause gebären, die kontinuierliche Betreuung durch ihre Hebamme, eine familiäre Umgebung und möglichst wenige Eingriffe (Muthu & Fischbacher 2004, Zander & Chamberlain 1999). Alle Frauen hoffen jedoch, zusammen mit ihren Kindern möglichst unbeschadet die Geburt zu überstehen und glücklich und stolz auf dieses zentrale Ereignis in ihrem Leben zurückblicken zu können. Und dies scheint die allergrösste Herausforderung zu sein!

Wir wissen bereits, dass die Geburt-Outcomes vergleichbar sind – unabhängig vom Geburtsort. Diese «ProGeb»-

Auswertung zeigt uns anschaulich, was auch andere Analysen bestätigen, nämlich: dass der Wunsch einer low-risk Frau, eine «normale Geburt», d. h. eine Geburt ohne Interventionen zu haben, eher im ausserklinischen Setting verwirklicht werden kann.

Wie aber vermitteln wir schwangeren Frauen diese wissenschaftlichen Belege? Gehen Sie als Hebamme nicht davon aus, dass *Sie,* egal ob freiberuflich oder im Spital arbeitend, genau wissen, was das Beste für die jeweilige Frau ist? Nun ist es an der Zeit, sachlich-professionell und personen-orientiert die Gebärenden über die Eigenschaften von Geburtsverläufen im Spital und im ausserklinischen Setting zu informieren. Dazu möchte diese Auswertung einen Beitrag leisten!

## Was zählt für die Gebärende?

Dafür, wie Gebärende ihr Geburtserleben bewerten, ist folgendes nach Hodnett (2002) beachtenswert:

- Viel wichtiger als Geburtsvorbereitung, Umgebung, Schmerz oder medizinisch-technische Interventionen sind für die Frauen ihre individuellen Erwartungen, der Umfang der Unterstützung durch die Personen, die die Geburt begleiten, die Qualität der Betreuungsbeziehung und die Partizipation der Frau in Entscheidungsprozessen.
- Eine effektive Schmerzerleichterung hat nicht notwendigerweise etwas mit einer grösseren Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung zu tun.
- Am beeindruckendsten sind für die Frau die Werte und das Verhalten der Hebamme während der Betreuung!
- Frauen berichten, dass sie sich letztlich auf die Überzeugung der Hebamme gestützt haben, dass sie die Wehenarbeit schaffen können – dies war das wirklich Ausschlaggebende!

Allerdings weist die Übersichtsanalyse von Hodnett et al. (2005) darauf hin, dass frei praktizierende Hebammen sehr wachsam sein müssen, um nicht Anzeichen für Komplikationen zu übersehen. Sie warnen davor, die erreichten Gewinne nicht durch ein extremes Festhalten an einer natürlichen Geburt und damit eine verzögerte Reaktion auf pathologische Anzeichen zu gefährden. Sie befürchten negative Auswirkungen auf die bisher erreichte Qualität durch eine schlechte interdisziplinäre Kommunikation, z. B. bei Verlegungen, sowie durch Rivalitäten zwischen Geburtshäusern und Spitälern. ◀

Aus: «ProGeb: Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und ausserklinischen Kontext». Referat gehalten am 15. Mai 2008 am Schweizerischen Hebammenkongress in Sarnen.
Redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

### *Literatur*

*Ackermann-Liebrich U., Voegeli T., Günter-Witt K., Kunz I., Züllig M., Schindler C., et al.* (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. British Medical Journal, 313 (7068), 1276–1277.

*Association of Improvements in Maternity Services (AIMS):* http://www.aims.org.uk/

*David M., von Schwarzenfeld H., Dimer J. & Kentenich H.* (1999). Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. International Journal of Gynaecology & Obstetrics 65 (2), 149–156.

*Enkin M., Keirse M. J. N. C., Neilson J., Crowther C., Duley L., Hodnett E.,* et al. (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth (3rd ed.). Oxford University Press.

*Fullerton J. & Severino, R.* (1992). In-hospital care for low-risk childbirth. Comparison with results from the National Birth Center Study. Journal of Nurse-Midwifery, 37(5), 331–340.

*Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e. V.* (2004). Qualitätsbericht 2004. Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland. Web-Seite: http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2004.pdf

*Hodnett E.* (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186 (5 Suppl Nature), S160–172.

*Hodnett E., Downe S., Edwards N. & Walsh D.* (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth, Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 25).

*Jackson D., Lang J., Swartz W., Ganiats T., Fullerton J., Ecker J., et al.* (2003). Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. American Journal of Public Health, 93(6), 999–1006.

*Janssen P., Ryan E., Etches D., Klein M. & Reime B.* (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth, 34(2), 140–147.

*Muthu V. & Fischbacher C.* (2004). Free-standing midwife-led maternity units: a safe and effective alternative to hospital delivery for low-risk women? Evidence-Based Health Care and Public Health, 8, 325–331.

*National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007). Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: NICE.

*Sagady Leslie M. & Romano A.* (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. The Journal of Perinatal Education – Supplement, 16(1), 81S–88S.

*Walsh D. & Downe S.* (2004). Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. Birth, 31(3), 222–229.

*Wiegers T., Keirse M., van der Zee J. & Berghs G.* (1996). Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. British Medical Journal, 313(7068), 1309–1313.

*Woodcock H., Read A., Bower C., Stanley F. & Moore D.* (1994). A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981–1987. Midwifery, 10(3), 125–135.

*Zander L. & Chamberlain G.* (1999). ABC of labour care: Place of birth. British Medical Journal, 318 (7185), 721–723.