

## EDITORIAL

Das Thema Hausgeburt ist leider vielerorts von einem Dickicht aus Kontroversen, Desinformation und professionellem Scheuklappendenken umstellt. Wissenschaftlich untermauerte Information und einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu präsentieren ist deshalb das Anliegen unserer Hausgeburtsummer.



Für mich ist die Frage nach dem Geburtsort nichts anderes, als nach der wissenschaftlichen Evidenz zu fragen. Tun wir das, dann wird sofort klar, dass Studie um

Studie zum gleichen Resultat kommt: Für Frauen mit einer komplikationslosen Schwangerschaft – und das betrifft die grosse Mehrheit der Frauen – ist eine Spitalgeburt nicht sicherer als eine hebammenbetreute Hausgeburt. Ebenso beharrlich zeigen Vergleichsstudien, dass Frauen, die zu Hause gebären, signifikant weniger Interventionen unterworfen und mit ihrer Geburt zufriedener sind als Frauen nach einer Spitalgeburt.

Klarer Fall, sollte man daher meinen. In vielen europäischen Ländern wird die Option Hausgeburt offiziell unterstützt, z. B. 1993 durch das Britische Unterhaus. Auch die WHO hat 1996 empfohlen:

«Hebammen sind die geeignetsten Anbieterinnen in der primären Gesundheitsversorgung und sollten mit der Betreuung der normalen Geburten beauftragt werden. (...) Bei Schwangeren mit niedrigem Risiko kann dies zu Hause, (...) in einem Geburtshaus oder auch in der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses sein.» Weshalb dann gebären die allermeisten Frauen im Spital? Die gegenwärtige Situation geht vor allem auf Mythen zurück, die sich um die Geschichte der Geburt in der westlichen Welt ranken. Ein Mythos besagt, dass es die Spitalgeburt war, welche die früher grassierende hohe Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern zum Verschwinden brachte. Ergo: Ärzte sind sicherer als Hebammen und das Spital sicherer als die eigenen vier Wände. Dass die Sterblichkeitsrate auch in den Spitälern erst nach der Einführung von Sulfonamiden und Antibiotika zu sinken begann und weitere gesundheitliche und soziale Entwicklungen dazu beitrugen, ging dabei vergessen.

Für mich mündet die ganze Diskussion in das Recht der Frau auf eine informierte Wahl ihres Geburtsortes. Jeder Geburtsort hat seine Vor- und Nachteile, und jede Frau wird diese individuell gewichten. Die gängige Praxis, eine Frau mit gezielter Verunsicherungstaktik von der Wahl einer Hausgeburt abzuhalten, erachte ich als unethisch und im Licht der aktuellen Evidenz als nicht zu verantworten.

Sue Brailey

## Was die Forschung sagt

# Hausgeburt

Seit gut 10 Jahren beschäftigt sich die wissenschaftliche Forschung intensiver mit der Hausgeburt, immer wieder begleitet von emotionalen Pro- und-Contra Diskussionen in Fachzeitschriften. Der folgende Überblicksartikel stellt einige wichtige neuere Studien und Diskussionen vor. Fazit: **Etlliche Studien von methodologisch guter Qualität fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen Haus- und Spitalgeburten in Bezug auf Sicherheit, hingegen – wo dies Untersuchungsgegenstand war – bei den Hausgeburten deutlich weniger Geburtseinleitungen, Kaiserschnittgeburten, Episiotomien und vaginal operative Geburtsbeendigungen.**

## Sabine Häny, Gerlinde Michel

**DIE** an der Universität Basel von Ursula Ackermann-Liebrich und MitarbeiterInnen durchgeführte Nationalfonds-Studie mit dem Titel «Hausgeburt versus Spitalgeburt» ist die bisher einzige Studie der Schweiz zu diesem Thema. Sie wurde 1993 erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt und 1996 im British Medical Journal (BMJ) publiziert [1].

## Schweizer Nationalfonds-Studie

Dabei wurden 489 geplante Hausgeburten und 385 geplante Spitalgeburten einbezogen und detailliert analysiert. Als Untersuchungsmethode wurde eine prospektive Studie mit «matched pairs» gewählt. Dies bedeutete den Einbezug von 214 vergleichbaren Paaren von gesunden Frauen, die sich in möglichst vielen Kriterien wie Alter, Parität, Anamnese, Partnersituation, soziale Schicht und Nationalität ähnlich waren. Innerhalb eines solchen Paares unterschieden sich die Frauen im Geburtsort, d. h. eine Frau plante eine Hausgeburt, die andere eine Spitalgeburt. Erhoben wurden Daten über den Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt, die Ge-

sundheit des neugeborenen Kindes, den Verlauf des Wochenbettes und das subjektive Erleben der Gebärenden. Einige Ergebnisse sind hier zusammengefasst:

### Mortalität:

Es konnten keine signifikanten Unterschiede der Mortalitätsrate bei der Gebärenden oder beim Neugeborenen zwischen Haus- und Spitalgeburten festgestellt werden.

### Notwendige Interventionen:

- Bei der Gruppe von Frauen, die zu Hause gebären wollten, musste der Geburtsvorgang weniger häufig eingeleitet werden.
- 38% der Frauen mit Hausgeburt hatten nach der Geburt einen intakten Damm, bei Frauen mit Spitalgeburt waren es 9%. Schwere Dammverletzungen mit oder ohne Dammschnitt sind zu Hause oder im Spital (trotz hoher Dammschnitttrate) gleich hoch.
- Frauen mit Hausgeburt hatten deutlich weniger Kaiserschnitte und vaginal-operative Eingriffe.

### Verlegungen ins Spital:

Jede vierte Erstgebärende wurde während der Schwangerschaft oder Geburt ins Spital verlegt. Bei Zweit-



**Sabine Häny**, Primarlehrerin, Hebamme auf der Geburtsstation Frauenklinik Basel (UFK), hat ihre Diplomarbeit an der Hebammenschule Bern zum Thema «Hausgeburt – eine sichere Alternative?» geschrieben.

**Gerlinde Michel** ist Redaktorin der Schweizer Hebamme

# – eine sichere Alternative?

und Drittgebärenden betrug der Anteil 4%. Notfallmässige Verlegungen während der Geburt waren bei 4,1% aller Hausgeburten notwendig.

## *Status der Neugeborenen:*

Die Neugeborenen beider Gruppen zeigten keine Unterschiede

- im Zustand der Neugeborenen bei der Untersuchung unmittelbar nach der Geburt (APGAR score)
- bei der Notwendigkeit besonderer Massnahmen
- der Laborwerte aus dem Nabelschnurblut
- beim Zustand der Neugeborenen bei der ausführlichen kinderärztlichen Untersuchung am dritten Lebenstag

## *Schlussfolgerungen*

Eine nach dem heutigen Stand der Geburtshilfe geplante und betreute

**Hausgeburt als Politikum: In Irland zahlt der Staat keine hebammengeleiteten Hausgeburten mehr...**

Foto: Madeleine Grüninger

Hausgeburt stellt unter Bedingungen, wie sie in der Schweiz gegeben sind, keine grösseren Risiken für Mutter und Kind dar als eine Spitalgeburt.

## **Holländische Studie**

Das BMJ veröffentlichte in derselben Nummer eine Untersuchung aus den Niederlanden zur Hausgeburt [2]. Wie die Autoren betonen, ist die Situation in den Niederlanden insofern speziell, als die Wahl zwischen Hausgeburt und Spitalgeburt ein integraler Teil des geburtshilflichen Systems ist und Hausgeburten daher sehr häufig (etwa 30%) und entsprechend akzeptiert sind. Die Studie schloss 1836 Frauen mit komplikationsloser Schwangerschaft ein,

die sich für eine Hausgeburt oder eine Spitalgeburt entschieden hatten.

Die Untersuchung zeigte, dass das Outcome für Frauen mit komplikationsloser Schwangerschaft, die eine Hausgeburt wählten, mindestens ebenso gut war wie für die Frauen, welche eine Spitalgeburt vorzogen. Bei den Multipara war das Outcome bei einer geplanten Hausgeburt signifikant besser als bei einer geplanten Spitalgeburt.

## **Metaanalyse**

Eine Metaanalyse aus Dänemark untersuchte 1997 sechs Studien von methodologisch guter Qualität, in denen über 24000 Frauen mit voraussichtlich unkompliziertem Schwanger-



## Risikoselektionierung durch die Hebamme

Aufgrund des Leitbildes des Schweizerischen Hebammenverbandes ist die Hebamme befähigt, Schwangerschaftskontrollen bei physiologischem Schwangerschaftsverlauf und eine physiologische Geburt selbständig zu leiten. Der SHV formulierte 1995 folgende Kriterien für die Risikoselektionierung:

### Anforderungen an die zu betreuende Frau

- Guter Allgemeinzustand der Frau, keine vorbestehenden Leiden, Organstörungen oder Missbildungen
- Normaler Schwangerschaftsverlauf
- Mindestens drei Schwangerschaftskonsultationen bei der freipraktizierenden Hebamme
- Zu verantwortende psychosoziale Verhältnisse
- Mindestens eine Ultraschall-Untersuchung zur Bestätigung einer vitalen intrauterinen Einlingsschwangerschaft
- Einlingsschwangerschaft, Kopflage
- Anmeldung in einem externen Spital mit dem Vermerk «geplante spitalexterne Geburt»
- Vorhandene Vertrauensbasis zwischen Hebamme, Gebärender und ihren Angehörigen
- Bereitgestelltes Material gemäss Liste der freipraktizierenden Hebamme, vorbereitete Räumlichkeiten
- Hausgeburt kann zwischen der abgeschlossenen 37. und der 42. Schwangerschaftswoche stattfinden
- Organisieren einer Bezugsperson zur Anwesenheit bei der Geburt
- Akzeptanz einer Entscheidung der Hebamme für eine allfällige Verlegung ins Spital.

Schweizerischer Hebammenverband 1995. Empfehlungen zur Berufsausübung freipraktizierender Hebammen

schaftsverlauf entweder eine Hausgeburt oder eine Spitalgeburt geplant hatten [3]. Die Studie fand keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Mortalitätsraten. Bei der Hausgeburtsgruppe waren aber deutlich weniger Geburtseinleitungen, Sectiogeburten, Episiotomien und vaginal operative Geburtsbeendigungen notwendig als bei der Spitalgruppe.

### UK: Nationale Hausgeburtsstudie

Die nationale Hausgeburtsstudie «Birthday Trust Found Survey» aus dem Vereinigten Königreich (1997) erfasste 3896 Frauen ohne zu erwartende Geburtsrisiken, die eine Hausgeburt planten und erlebten [4]. Sie wurden mit einer Gruppe von 3319 bezüglich ihrer Anamnese ähnlichen Frauen verglichen («matched pairs»), die im Spital gebären wollten.

Ergebnis: Die perinatale Mortalität konnte nicht untersucht werden, da in beiden Gruppen keine Frauen und kaum Kinder starben. Unterschiede bezüglich postpartale Blutungen oder Adaptionstörungen des Neugeborenen wurden keine festgestellt. Die Überweisungsrate der Hausgeburtsgruppe ins Spital war allerdings recht hoch: 15% der Multipara und 40% der Primipara.

Die Wissenschaftler kamen zum Schluss, dass für Frauen, welche eine Hausgeburt planen und dafür in der Schwangerschaft nach klaren Screening-Kriterien ausgewählt werden, kein höheres Risiko für sie selbst und für ihr Baby besteht als für Frauen, die eine Spitalgeburt wählen.

### Äpfel mit Birnen verglichen?

Im Jahr 1999 löste ein Leserbrief des Geburtshilfe- und Gynäkologieprofessors James Drife im British Medical Journal eine grosse öffentliche Debatte aus [5]. Der Brief trug den Titel «*Daten zur Sicherheit des Kindes bei einer Spitalgeburt werden ignoriert*», und Drife verglich darin Hausgeburtstatistiken aus Australien [6] und aus den USA [7] mit Spitalstatistiken aus England. Drife kam zum Schluss, dass das Risiko eines gesunden Kindes in Grossbritannien, am Termin im Spital unter der Geburt zu sterben, im Jahre 1994/1995 1:1561 betrug. Bei den Hausgeburten in den USA und in Australien in den Jahren 1996 und 1998 betrug jedoch die Mortalität der Neugeborenen bei Hausgeburten 1:400.

Drife leitete daraus ab, dass eine Geburt im Spital drei bis vier Mal sicherer als zu Hause sei und er bedauerte das Fehlen einer vergleichbaren aktuellen Studie aus England. Interessantes Detail: Zwei Jahre früher hatte Prof. Drife als Co-Editor die durchaus aktuelle Studie «Birthday Trust Found Survey» von 1997 in einem Editorial wohlwollend gewürdigt [8]. Amnesie oder selektive Vergesslichkeit?

Der Brief wurde mit grosser Medienpräsenz verbreitet und hatte in der Fach- und Publikumspressen und im Internet hitzige Diskussionen zur Folge. Hauptkritik von Fachkollegen an Drifes Äusserungen: Hausgeburten in den USA und Australien fänden unter anderen Voraussetzungen statt als in Europa [9]. Die untersuchten Gruppen in den drei Ländern stimmten in ihren Voraussetzungen nicht überein: Frauen mit belasteter Anamnese seien in der US- und AUS-Studie bei den Hausgeburten mitgezählt worden. Weiter seien 18 der 50 beschriebenen Totgeburten in Australien entweder Zwillinge, Frühgeburten, Übertragungen oder Steisslagen, d.h. Fälle, die in Europa ausgeschlossen worden wären. Auch liessen sich Gesundheitssysteme, Betreuungsformen, Qualifikationen der Betreuenden und Transportarrangements von zu Hause ins Spital nicht direkt miteinander vergleichen. Drifes Behauptung, eine Spitalgeburt sei dreimal so sicher wie die Hausgeburt, sei daher irreführend.

### Hausgeburtsstudie aus Washington State, USA

Die Autoren dieser Studie untersuchten Daten aus dem Geburtsregister des US-Bundesstaates Washington von 1989 bis 1996 [10]. Die Studiengruppe umfasste Einlingsgeburten nach einer komplikationslosen Schwangerschaft von mindestens 34 Wochen Dauer, die entweder geplant zu Hause unter der Leitung einer Fachperson stattfanden (n=5845), oder sub partu ins Spital verlegt wurden (n=279). Die Kontrollgruppe umfasste 10593 geplante Spitalgeburten von Einlingen. In einer weiteren Analyse innerhalb der Untersuchung beschränkten sich die Forscher auf Neugeborene mit einem Mindestgeburtsgewicht von 2500g oder 37 Wochen Gestationsalter.

**Resultate:** Nach einer geplanten Hausgeburt hatten Neugeborene im Vergleich zur Spitalgeburt ein doppelt so hohes Mortalitätsrisiko und ein erhöhtes Risiko für tiefe Apgarwerte.

Gemäss der Nationalfondsstudie zur Hausgeburt in der Schweiz sind die Risiken von Haus- und Spitalgeburt vergleichbar.

Foto: Vera Studach



Diese Werte veränderten sich nicht wesentlich, wenn ausschliesslich Babys mit einem Gestationsalter von mind. 37 Wochen berücksichtigt wurden.

Die Autoren weisen in der Diskussion ihrer Studie auf verschiedene Schwachpunkte hin. Sie äussern Zweifel hinsichtlich der Zuverlässigkeit der von ihnen untersuchten Daten. Es bestehe die Möglichkeit, schreiben sie, dass ungeplante Hausgeburten als geplante Hausgeburten klassifiziert und

diverse Outcomes falsch klassifiziert wurden. Auch könne der spezifische Verlauf und Betreuungsmodus der einzelnen Schwangerschaft und die Art des Screenings oder der Diagnose mütterlicher und kindlicher Komplikationen nicht erfasst werden, wenn man sich auf Geburtsstatistiken stütze. Auch verlaufe ein Teil der Hausgeburten immer ungeplant und eine grosse Zahl von ungeplanten Hausgeburten komme bei Frauen mit schwierigen Schwangerschaften und bei Frühgeburten vor. Deshalb könnte die unzutreffende Klassierung ungeplanter als geplanter Hausgeburten in erhöhten Risikowerten für die Hausgeburten resultieren.

Die Autoren folgern, dass zusätzliche Studien nötig seien, um das kontrovers diskutierte Thema «Sicherheit bei der Hausgeburt» zu klären.

### Studie aus Kanada

Seit 1998 haben schwangere Frauen in der kanadischen Provinz British Columbia die gesetzlich sanktionierte Wahlmöglichkeit, mit einer registrierten Hebamme zu Hause zu gebären. Eine Studie setzte sich zum Ziel, die Sicherheit der Hausgeburt zu evaluieren [11]. Die AutorInnen verglichen das Outcome von 862 geplanten

Hausgeburten mit demjenigen von 1314 geplanten Spitalgeburten (571 von Hebammen und 743 von Ärzten betreut). Frauen mit Risikofaktoren waren von der Studie ausgeschlossen. Beim Vergleich wurde Alter, sozio-ökonomischer Hintergrund, Status als Alleinerziehende und der jeweilige Spitalbezirk mitberücksichtigt («matched pairs»).

Resultate: 21,7% aus der Hausgeburtsgruppe wurden ins Spital verlegt (16,5% unter der Geburt). In der Hausgeburtsgruppe wurden weniger schmerzstillende und Wehen fördernde Medikamente verabreicht, die Rate der Einleitungen, CTG-Überwachungen und Episiotomien war tiefer. Frauen aus der Hausgeburtsgruppe hatten seltener Kaiserschnittgeburten (6,4%, gegenüber 18,2% bei den ärztbetreuten und 11,9% bei den hebammenbetreuten Spitalgeburten). Der Zustand der Neugeborenen (perinatale Mortalität, 5 Minuten-APGAR score, Mekoniumaspiration, Überweisung auf die Neonatologie) war in der Hausgeburts- und Spitalgruppe sehr ähnlich. Auch die Rate der postpartalen Blutungen war in beiden Gruppen vergleichbar.

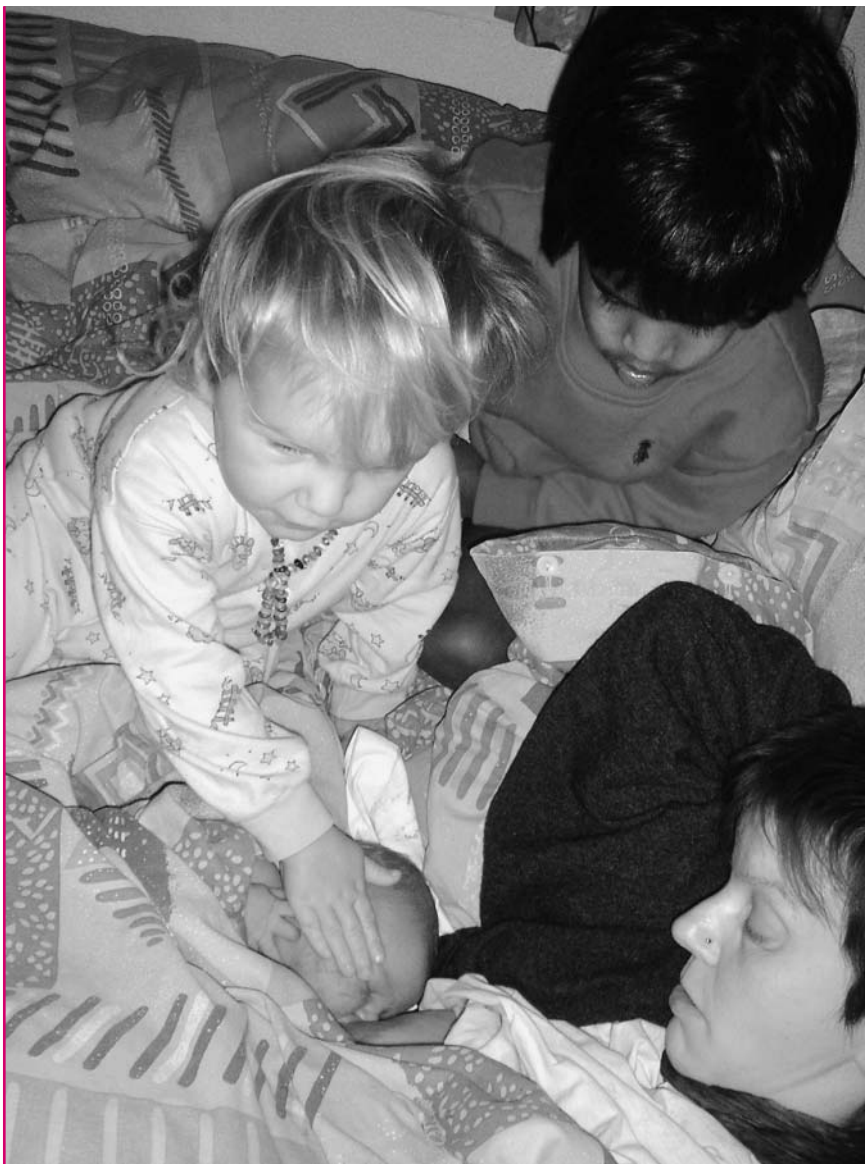
Die Schlussfolgerung der ForscherInnen: Es gibt keine Anzeichen, dass geplante Hausgeburten, die von registrierten Hebammen begleitet werden,

## Statistik 1999 – 2002

### Hausgeburten in der Schweiz

Jahr	Anzahl Hausgeb.	Total Geburten
1999	1403	78 408
2000	1440	78 458
2001	1217	73 509
2002	957	72 372

Quellen: Baby-Index 2004, Present Service; Demografisches Portrait der Schweiz, Ausgabe 2003, Bundesamt für Statistik.



Ein wissenschaftlicher Kostenvergleich in den USA wies für die Hausgeburt ein grosses Sparpotential aus. In der Schweiz wäre es wohl ähnlich...

Foto: Gisela Burri

ein höheres Risiko als geplante Spitalgeburten aufweisen. Dennoch empfehlen sie zusätzliche Studien, um das Risiko bei Komplikationen besser einschätzen zu können.

## Hausgeburt und Politik in Irland

Dass Studienresultate mit gesundheitspolitischen Entscheidungen verknüpft sein und die öffentliche gesundheitspolitische Debatte beeinflussen können, vermuten die drei Forscherinnen M. O'Connor, P. Canning und K. Rybaczuk. In einem kritischen Artikel, publiziert in der englischen Hebammen-Informationszeitschrift «MIDIRS Midwifery Digest» [12], analysieren sie eine Studie zweier ärztlicher Geburtshelfer aus Dublin aus dem Jahr 2003 [13] und weisen ihr gravierende theo-

retische und methodologische Mängel nach. Die Studie der beiden Ärzte postuliert, dass die Chance, in der Region Dublin während der Geburt an Sauerstoffmangel zu sterben, für ein normal entwickeltes Baby von mindestens 2500 g Geburtsgewicht im Spital 1:3600 und zu Hause 1:70 betrage.

Ein paar Tage bevor diese Resultate im Irish Medical Journal veröffentlicht wurden, fanden sie als «Exklusivreport» ihren Weg in die Publikums- und lösten eine emotionale Debatte aus. Das Ganze geschah wenige Wochen vor einem viel beachteten Prozess vor dem höchsten Gericht Irlands, dem Supreme Court. Hier vertraten vier Mütter die Ansicht, der Staat sei laut Gesetz dazu verpflichtet, für die Kosten ihrer Hausgeburt mit Hebammenbetreuung aufzukommen,

was die zuständige Gesundheitsbehörde ihnen verweigert hatte. Der Spruch der höchsten Richter lautete, es gäbe unterschiedliche Ansichten zur Hausgeburt, und eine staatliche Hausgeburtsdienstleistung könne nur unter Aufsicht eines Arztes erfolgen. Die Mütter gingen leer aus, und nach ihnen alle weiteren und zukünftigen hebammenbetreute Hausgeburtsmütter.

## Was die Studie sagt...

Nun zu der umstrittenen Studie aus Dublin. McKenna und Matthews verglichen Spital- und Hausgeburten bezüglich Mortalitätsraten nach Sauerstoffmangel unter der Geburt bei normal entwickelten Kindern >2500 g. Berücksichtigt wurden Daten von 1999 bis 2001 aus drei Spitälern in Dublin (n=61 215) und Daten von 346 Hausgeburten unter Hebammenbetreuung von 1999–2002, aus der gleichen Region. 17 postpartale Todesfälle im Spital und 5 nach Hausgeburt ereigneten sich gemäss der Studie als Folge von Sauerstoffmangel. Die Autoren zogen die Schlussfolgerung, dass eine Hausgeburt in Dublin um ein Mehrfaches weniger sicher sei als eine Spitalgeburt und offerierten einige Erklärungshypothesen.

## ...und was die Kritik meint

Gemäss O'Connor, Canning und Rybaczuk ist die Liste der theoretischen und methodologischen Mängel dieser Studie lang; folgend einige Beispiele. Die statistischen Daten, auf Grund derer McKenna und Matthews ihre Schlussfolgerungen zogen, seien untereinander nicht vergleichbar sowie unvollständig und beruhten auf unterschiedlichen Definitionen. So definiere jedes der drei Dubliner Spitäler «Tod infolge intrapartaler Hypoxie» unterschiedlich, und auf diesbezüglich klare Kriterien, wie sie beispielweise die WHO definiert, bezögen sich die Autoren nicht. Eine gründliche Analyse der Spitalberichte habe zudem ergeben, dass einige Dubliner Geburtsabteilungen ihre perinatalen Todesfälle sehr unvollständig erfassen. Multiple Todesursachen seien in der Studie ebensowenig berücksichtigt worden wie Todesfälle vor Geburtsbeginn. Auch bleibe es unklar, ob Todesfälle wegen Frühgeburtlichkeit in der Analyse ein- oder ausgeschlossen seien. Es mache den Anschein, dass die Studie sämtliche bei Hausge-

burten geborenen Kinder erfasste, aber bei den Spitalgeburten bloss «normal entwickelte» Kinder. Eine klare Definition fehle auch diesbezüglich.

#### Regionale Gültigkeit?

Die Studie stellt sich als regionale Studie vor, trotzdem hätten die Autoren aus unerklärten Gründen nicht die umfassende staatliche Geburtsstatistik als Grundlage herangezogen. Deshalb blieben Geburten in regionalen Privatkliniken der Region ausgeschlossen, und ebenso Hausgeburten unter einem staatlichen Gemeindehebammenservice, was die ohnehin kleine Anzahl an Hausgeburten noch kleiner macht und sich statistisch ungünstig auswirkt. Berücksichtigt wurden einzig von freipraktizierenden Hebammen betreute Hausgeburten.

#### Keine «matched pairs»

Die Autoren erfassten geplante Hausgeburten, die unter der Geburt ins Spital verlegt wurden, nicht konsequent. Verlegungen, die in einem Todesfall endeten, seien der Hausgeburt zugeordnet worden. Auch wiesen die Autoren ungeplante Hausgeburten nicht gesondert aus, selbst wenn Studien gezeigt haben, dass gerade solche Geburten eine hohe Mortalitätsrate aufweisen. Laut O'Connor et al. müssten solche Geburten den Spitalgeburten zugerechnet werden.

Die Zeitklammer wurde unterschiedlich gewählt: für Spitalgeburten drei Jahre, für Hausgeburten vier Jahre. Auch machten die Autoren keinen Versuch, Frauen aus den beiden Gruppen bezüglich Alter, Parität, sozioökonomischem Hintergrund und Komplikationen bei früheren Geburten einander zuzuordnen, wie es in anderen Studien getan wurde («matched pairs»).

#### Je nach Berechnung andere Resultate

O'Connor et al. haben mit dem Zahlenmaterial der Studie eigene Berechnungen durchgeführt. Sie zählten alle vor-, inter- und nachgeburtlichen Todesfälle zusammen und wiesen jeden Todesfall dem eigentlichen Geburtsort zu. Mit dieser Berechnung, die alle Todesursachen (ausgenommen erworbene Fehlbildungen) bei normal entwickelten und normalgewichtigen Kindern erfasst, die von 1999–2001 in den drei Dubliner Spitälern geboren wurden, wäre die Mortalitätsrate im Spital acht

Mal höher als in der Studie postuliert. Die Nachprüfung der fünf Todesfälle bei Hausgeburten «aus Sauerstoffmangel» durch die Autorinnen zeigte, dass vier in Wirklichkeit andere Ursachen hatten: Infektion, Abruptio, Nabelschnurkomplikation, seltene undiagnostizierte Leberstörung der Mutter.

#### Literatur zu wenig einbezogen

Die Autorinnen der Analyse werfen auch einen Blick auf die zitierte Literatur. Sie bemängeln das Fehlen von drei irischen Hausgeburtstudien, die zwischen 1992 und 2002 publiziert wurden. Auch fehle eine ernsthafte Auseinandersetzung mit früher publizierten Untersuchungen aus anderen Ländern, die zu ganz anderen Resultaten gekommen seien.

#### Eindeutige Resultate extrem schwierig

Die Autorinnen schliessen, dass die Schlussfolgerung von McKenna und Matthews, in der Region Dublin könne die Sicherheit einer Hausgeburt nicht der Sicherheit einer Spitalgeburt gleichgesetzt werden, unbewiesen bleibe. Sie weisen darauf hin, wie extrem schwierig es sei, auch mit

methodologisch guten Studien zu einer eindeutigen Schlussfolgerung zu kommen. Die vorliegende Studie mit ihrer äusserst mangelhaften Datengrundlage und fehlenden Definitionen sei dazu erst recht nicht in der Lage. ◀

#### Referenzen

- [1] Ackermann-Liebrich U., Voegeli Th., Günter-Witt K., Kunz I., Züllig M., Schindler Ch., Maurer M.: Homebirth versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *BMJ* 1996; 313:1313–1318 (23 November).
- [2] Wiegers T.A., Keirse M.J.N.C., van der Zee J., Berghs G.A.H.: Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ* 1996; 313:1309–1313 (23 November).
- [3] Olsen O., Jewell M.D. (1997): Home versus hospital birth. *Cochrane Review*, The Cochrane library, Issue 4, Update Software, Oxford.
- [4] The National Birthday Trust Found (1997): Home births. The report of the 1994 Confidential Enquiry Parthenon, London.
- [5] Drife J.: Data on babies' safety during hospital birth are being ignored. *BMJ* 1999; 319:1008 (9 October).
- [6] Bastian H., Keirse M. JNC., Lancaster P.A.L.: Perinatal Death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ* 1998; 317:384–388 (8 August).
- [7] Anderson R.E., Murphy P.A.: Outcomes of 11788 planned homebirths attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *J Nurse Midwifery* 1995;40:483–492.
- [8] Chamberlain G., Drife J.: Homebirths. Editorial. *Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1997:83-84 (June).
- [9] Young G., Edmund H., Macfarlane A., McCandlish R., Campbell R., Chamberlain G., Drife: Letters. *BMJ* 2000; 320:798-799 (18 March).
- [10] Pang J.W.Y. et al.: Outcomes of planned homebirths in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 253–259.
- [11] Janssen P.A. et al.: Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002 February 5; 166(3):315–323.
- [12] O'Connor M., Canning P., Rybaczuk K.: Abstract zu: Safety of home delivery compared with hospital delivery in the Eastern Regional Health Authority in Ireland in the years 1999–2002. *MIDIRS Midwifery Digest* 13:4, 2003.
- [13] McKenna P., Matthews T.: Safety of home delivery compared with hospital delivery in the Eastern Regional Health Authority in Ireland in the years 1999-2002. *Irish Medical Journal* 2003; 96(7).

## Gesundheitswesen

### Hausgeburt hilft sparen

Eine objektive Kostenerhebung, um wie viel weniger das schweizerische Gesundheitssystem mit einer Hausgeburt anstelle einer physiologischen Spitalgeburt belastet würde, existiert bis jetzt nicht.

Eine Forschergruppe in den USA verglichen 1999 die Kosten einer unkomplizierten Vaginalgeburt, die eine Spitalgeburt, eine Hausgeburt und eine Geburt in einem Birth Center (Geburtshaus) nach sich zog. Sie zeigten auf, dass die durchschnittliche Hausgeburt 68% weniger kostet als eine Spitalgeburt, ein riesiges Einsparungspotential angesichts der Tatsache, dass in den USA die meisten Hospitalisationen auf Grund der Geburten stattfinden. Dass es in der Schweiz völlig anders aussähe, ist unwahrscheinlich...

Anderson RE, Anderson DA. The cost-effectiveness of home birth. *J Nurse Midwifery*. 1999 Jan-Feb;44(1):30–5