

Geplante Hausgeburt so sicher wie Entbindung in der Klinik

Dienstag, 1. September 2009

Vancouver – Eine geplante Hausgeburt war in einer prospektiven Kohortenstudie im Canadian Medical Association Journal (CMAJ 2009; doi: 10.1503/cmaj.081869) nicht mit einem Anstieg der perinatalen Mortalität verbunden. Die Rate geburtshilflicher Interventionen war sogar deutlich niedriger.

Die Hausgeburt ist nicht nur in Deutschland umstritten. Die Fachverbände in den USA, Australien und Neuseeland lehnen sie heftig ab, während die britische Royal College of Obstetrics and Gynecology sie eher unterstützt. Viele Gynäkologen halten eine Entbindung außerhalb der Reichweite eines ärztlichen Geburtshelfers im Fall einer Komplikation für gefährlich, die Hebammenverbände betonen dagegen, dass kritische Situationen durch eine Vorauswahl der Schwangeren vermieden werden könnten.

Eine wissenschaftliche Antwort in Form einer randomisierten Studie wird es wohl niemals geben, denn welche Schwangere würde sich per Losverfahren vorschreiben lassen, wo sie ihr Kind zur Welt bringt.

zum Thema

- [Abstract der Studie](#)
- [PDF des Editorials](#)
- [Pressemitteilung des CMAJ](#)
- [Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe](#)

Alle anderen Studien sind anfällig für Verzerrungen, die sich aus der gezielten Auswahl von Schwangeren mit günstigen Risiken für die Hausgeburt ergeben können. Um diesen Bias zu vermeiden, hat Patricia Janssen von der Universität von British Columbia in Vancouver für ihre Studie die Hausgeburten nur mit Klinikgeburten bei Schwangeren verglichen, welche die Kriterien für eine Hausgeburt erfüllt hatten. Bei den Klinikgeburten wurde unterschieden zwischen geplanten Klinikgeburten, die von einer Hebamme und solche, die von einem Arzt durchgeführt wurden.

Die Kriterien für eine Hausgeburt waren: Abwesenheit von Krankheiten der Mutter (Herz, Niere, Typ-I-Diabetes mellitus) und die Abwesenheit von Schwangerschaftsrisiken (Gestose, Blutungen, insulinpflichtiger Gestationsdiabetes, Herpes, Plazentastörungen). Außerdem musste eine Einzelschwangerschaft in Kopflage vorliegen mit einem Gestationsalter von 36 bis 41 Wochen bei Einsetzen von spontanen Wehen. Weitere Voraussetzung war maximal ein früherer Kaiserschnitt.

Primärer Endpunkt war die perinatale Mortalität. Sie lag in allen drei Gruppen bei unter 1 Promille. Die Hausgeburt gefährdete also das Leben des neugeborenen Kindes nicht. Auch die mütterliche Morbidität war nicht erhöht.

Im Gegenteil: Postpartale Blutungen (minus 38 Prozent), Infektionen (minus 61 Prozent) und eine Pyrexie (minus 55 Prozent) traten bei den Müttern, die zuhause entbunden wurden, sogar seltener auf als bei einer durch eine Hebamme geleitete Klinikgeburt. Wenn die Geburt von einem Arzt geleitet wurde, war der Unterschied sogar noch größer (minus 43 Prozent, minus 74 Prozent und minus 73 Prozent).

Ob dies nicht doch ein Hinweis auf eine Selektion der schlechteren Risiken für eine Klinikentbindung ist, lässt sich, wie erwähnt, nicht völlig ausschließen, auch wenn ein Vergleich der Patienteneigenschaften (Tabelle 1) keine Hinweise dafür liefern.

Frauen, die zuhause gebären, waren deutlich seltener geburtshilflichen Interventionen ausgesetzt wie dem elektrischen fetalen Monitoring (minus 68 Prozent) oder einer assistierten vaginalen Entbindung (minus 59 Prozent). Die Frauen erlitten auch seltener Verletzungen: Perineale Risse dritten oder vierten Grades traten zu 59 Prozent seltener auf.

Auch für die Kinder könnte die Hausgeburt weniger traumatisch gewesen sein: Sie mussten zu 77 Prozent seltener wiederbelebt werden und erhielten zu 63 Prozent seltener Sauerstoff in den ersten 24 Stunden. Offen ist, ob dies Folge einer schwereren Geburt in der Klinik war oder eine durch die leichte Verfügbarkeit induzierte Übertherapie.

© *rme/aerzteblatt.de*