



## Beispiele zum internationalen Stand der Implementierung von kontinuierlich hebammengeleiteter Betreuung

Nele Rahel Krüger

Wenn von kontinuierlicher hebammengeleiteter Betreuung gesprochen wird, zu Grunde gelegte Definition des britischen Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ([RCOG, 2001](#)) gemeint, die davon ausgeht, dass „[...] die Hebamme die führende Fachkraft bei der Planung, Organisation und der Betreuung einer Schwangeren von der ersten Anmeldung über die Geburt bis zur postnatalen Phase ist“ ([Sandall et al., 2016/2024, RCOG, 2001](#)). Das integriert sowohl Modelle von einzeln arbeitenden Hebammen als auch Hebammenpraxen, Beleghebammen oder Beleghebammenteams, Hebammenkreissäle und Geburtshaushebammenteams in denen eine kontinuierliche Betreuung während des gesamten Betreuungsbogens – also während der Schwangerschaft, der Geburt und der frühen Elternzeit durch eine Hebamme oder auch durch ein Team von Hebammen gewährleistet wird ([Sandall et al., 2016/2024, RCOG, 2001](#)).

Einige Länder haben bereits auf die gefestigte und umfassende Studienlage zu den überwiegend deutlich besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes der hebammengeleiteten kontinuierlichen Versorgung reagiert ([Lundborg et al. 2024; Fikre et al., 2023; Palau-Costafreda et al., 2023; Cibralic et al. 2023; Oosthuizen et al., 2019; Mortensen et al. 2019; Hua et al., 2018; Jiang et al., 2018; Forster et al. 2016; Sandall et al., 2016/2024; McLachlan et al., 2012/ 2015; Rayment-Jones et al., 2015; Wong et al., 2015; Hodnett et al., 2013; Tracy et al., 2013/2014; Hatem et al., 2008; Rana et al., 2003; Jackson et al. 2003; Waldenström & Turnbull, 1998](#)).

Auch die klaren Hinweise aus der internationalen Forschung zur Kosteneffizienz von hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuungsmodellen ([Callander et al., 2021; Koto et al., 2019; Schroeder et al., 2017; Donnellan-Fernandez et al., 2018; Sandall et al., 2016/2024; Kenny et al., 2015; Friedman et al., 2015; Tracy et al., 2014; Ryan et al., 2013; Toohill et al., 2012; Bernitz et al., 2012; Homer et al., 2001; Reinhartz et al. 2000](#)) wurden in anderen Ländern deutlich eher angenommen als bisher in Deutschland. Anhand ausgewählter Beispiele aus Ländern, die auf



Grund der gefestigten Studienlage bereits mit dem staatlich geförderten Ausbau hebammengeleiteter kontinuierlicher Betreuungsmodelle begonnen haben, soll hier ein Einblick zur Anregung des Diskurses gegeben werden.

## Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in Großbritannien

Insgesamt reagierte die Politik in Großbritannien schon recht früh auf die Studienlage ([Cumberlege, 1993](#); [DoH, 2007](#)), so dass das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) als Institution des britischen Gesundheitsministeriums aufgrund der vorliegenden Evidenzen sowie unter anderem durch den Druck aus der Wissenschaft 2014 letztendlich entsprechende offizielle Empfehlungen aussprach ([NICE, 2014](#)). Danach wird Schwangeren ohne spezifische Risiken seitdem klar empfohlen, die Geburt in einem hebammengeleiteten Geburtszentrum zu planen ([NICE, 2014/2023](#); [NPEU, 2015](#); [Torjesen, 2014](#)), weil es „ ... inzwischen Belege dafür gibt, dass eine von Hebammen geleitete Betreuung von Frauen mit einer unkomplizierten, risikoarmen Schwangerschaft sicherer ist als eine Krankenhausbetreuung“ ([NICE, 2014](#)). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der medizinischen und operativen Eingriffe bei dieser Betreuungsform deutlich niedriger ist ([NICE, 2014/2016/2023](#)). Zusätzlich findet sich ab 2014 in den Leitlinien die klare Empfehlung, dass Angehörige der Gesundheitsberufe den Familien hierzu unvoreingenommen evidenzbasierte Informationen anbieten sollen ([NICE, 2014/2016/2023](#)).

Diese konsequent evidenzbasierten gesundheitspolitischen Positionen haben dazu beigetragen, dass, der Studienlage folgend, das Angebot an sogenannter Midwifery Units (MU) – von Hebammen geleiteten perinatalen Zentren, in denen kontinuierliche Hebammenbetreuung angeboten wird – staatlich gefördert und ausgeweitet werden konnten. Eine großangelegte Studie von 2018 zeigt, dass seit der letzten Erhebung aus dem Jahr 2010 ([Redshaw et al., 2011](#)), der Prozentsatz aller Geburten in Großbritannien, die in einem hebammengeleiteten Geburtszentrum (MU) stattfanden, innerhalb von acht Jahren verdreifacht wurde und zum Erhebungszeitraum 14 % aller Geburten in Großbritannien ausmachte ([Walsh et al., 2018](#)).

Prof. Dr. Denis Walsh und sein Team aus Gesundheits- und Hebammenwissenschaftler\*innen, Ärzt\*innen und Ökonom\*innen geht jedoch davon aus, dass der optimale Anteil, der in Midwifery Units betreuten Geburten eher bei mindestens 38 % in Großbritannien läge. Sie leiten



aus ihren Ergebnissen ab, dass weiterhin viele Gebärende mit geringem Risiko in geburtsmedizinischen Kliniken ihre Kinder bekommen, wo einerseits das Risiko, einen Kaiserschnitt und/oder andere Interventionen zu erfahren, deutlich erhöht, sowie die Versorgung teurer ist und andererseits die Zufriedenheit der Gebärenden und ihrer Familien zunehmend sinkt. Sie empfehlen daher, das Angebot an kontinuierlicher hebammengeleiteter Betreuung und deren Nutzung dringend weiter zu evaluieren, gezielt zu fördern und weiterführende evidenzbasierte Aufklärungsarbeit zur Wahlfreiheit und den Outcomes der Geburtsorte zu leisten.

Es ist gesundheitspolitisch von grundlegender Bedeutung, dass Familien über die Studienlage zum sicheren Geburtsort im Rahmen der Schwangerenvorsorge – die derzeit in Industrieländern überwiegend in ärztlichen Praxen, stattfindet ([Hertel et al, 2021b](#); [Walsh et al., 2018](#)) – neutral aufgeklärt werden. Verschiedene Studien, darunter auch die der britische Hebammenwissenschaftlerin Kirstie Coxon und ihres Teams, die 20 Studien zur Wahl des Geburtsortes zusammengefasst haben, kommen zu dem Schluss, dass Familien immer noch unzureichende Informationen über die Evidenz bezüglich der Interventionsraten und Outcomes und die verfügbaren Optionen und ihr Recht auf die freie Wahl eines Geburtsortes erhalten ([Walsh et al, 2020](#); [Darling, E., et al., 2019](#); [Coxon et al., 2017](#)). „Um den Zugang von Schwangeren zu Informationen über hebammengeleitete Betreuung zu verbessern, sind weitere Studien zum Verständnis und zur Kommunikation von Evidenzen durch Fachkräfte erforderlich« ([Walsh et al., 2020:1](#)). Dies sei auch wichtig, um gesamtgesellschaftlich besser aufzuklären und den Familien tatsächlich Wahlfreiheit zu ermöglichen, die auf evidenzbasierten Informationen beruht und nicht auf Vorurteilen ([Coxon et al., 2017](#)).

## Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in Neuseeland

In Neuseeland gibt es bereits seit 1996 ein einzigartiges Betreuungsmodell, bei dem Schwangere und Gebärende mit geringem Komplikationsrisiko von einer/einem gemeindenahen sogenannten Lead Maternity Carer (LMC) betreut werden. Neben einigen Allgemeinmediziner\*innen und Gynäkolog\*innen sind die meisten LMCs Hebammen ([Gilkison et al., 2015](#)) und 94,2 % der Schwangeren wählen eine Hebamme als LMC ([MoH, 2019](#)).

Lead Maternity Carer arbeiten im Rahmen eines Vertrags mit dem Gesundheitsministerium. Sie nehmen eine Reihe von Fällen an und gewährleisten die Kontinuität der Betreuung, was für



die bei ihnen angemeldeten Schwangeren eine Rufbereitschaft erfordert. Dem oder der von der Schwangeren gewählten LMC steht dann ein festes Budget zur Verfügung, das für die gesamte Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett in Anspruch genommen werden kann. Dieses Budget ist unabhängig von den Berufsgruppen und unabhängig davon, ob eine LMC in einem Krankenhaus angestellt oder selbstständig arbeitet.

Bei der letzten umfangreichen offiziellen Erhebung 2016 fanden sich in der Gruppe der Familien, die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung erfuhren, insgesamt die höchste Rate an vaginalen Geburten - die Raten an Vaginalgeburten waren hierbei bei Hausgeburten und in hebammengeleiteten Geburtszentren noch mal deutlich höher als bei den hebammengeleiteten Geburten in Geburtskliniken ([MMPO, 2016](#)).

## Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in Kanada

In Bezug auf die hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung nimmt die Provinz Quebec mit 17 hebammengeleiteten perinatalen Zentren eine Vorreiterposition in Kanada ein ([Reszel et al., 2018](#)). Aber auch in den anderen Provinzen des Landes gibt es für dieses Betreuungsmodell auf Grund der Evidenzlage weiterführende gezielte staatliche Förderungen durch das Ministerium für Gesundheit und nachhaltige Versorgung (MOHLTC). So wurden etwa 2014 in den kanadischen Großstädten Toronto und Ottawa zwei weitere staatlich finanzierte von Hebammen geleitete gemeindenaher Geburtshäuser eröffnet ([Wilson, 2019; Reszel et al., 2018](#)). Die Agenda des kanadischen Gesundheitsministeriums zielt, wie in Großbritannien, auf eine langfristige Gewährleistung der evidenzbasierten »richtigen Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort« ab ([Wilson, 2019; Reszel et al., 2018](#)).

## Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in Spanien

In Katalonien gibt es seit 2016 eine staatliche Initiative, um der hohen Rate an geburtsmedizinischen Interventionen, deren Folgen und den damit verbundenen hohen Kosten in den Kliniken entgegenzutreten. Mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums wird aufgrund der Studienlage in der Region im Nordosten Spaniens seitdem die Gründung von hebammengeleiteten Geburtszentren gezielt gefördert ([Escuriet, 2018](#)).



So wurde beispielsweise 2017 in Barcelona das erste staatlich geförderte von Hebammen geleitete Geburtszentrum eröffnet. Dies ist Teil des strategischen Gesundheitsplans des katalanischen Gesundheitsministeriums, dessen Hauptziel es ist, die Betreuung von Gebärenden zu verbessern und evidenzbasierte Praktiken zu fördern, die die physiologischen Prozesse während der Geburt nachhaltig unterstützen ([Palau-Costafreda et al., 2023](#); [Escuriel, 2018](#)). Eine retrospektive Kohortenstudie der Hebammenwissenschaftlerin Roser Palau-Costafreda und ihres Teams von der Universität Pompeu Fabra in Barcelona zur Evaluation des hebammengeleiteten Geburtszentrums deckt sich mit der internationalen Studienlage und weist für das Zentrum deutlich geringere Interventionsraten und ein deutlich besseres Outcome im Vergleich zur Standard-Klinkbetreuung auf ([Palau-Costafreda et al., 2023](#)).

## Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in Deutschland

Die ursprüngliche Form der hebammengeleiteten Betreuung ist die Betreuung durch eine Hausgeburtshebamme oder ein Hausgeburtshebammenteam, wie es in Deutschland bis heute angeboten wird ([Labouvie, 2013](#); [QUAG, 2024](#)) und in Großbritannien für Gebärende ohne spezifische Risikofaktoren Teil der offiziellen Empfehlungen zur Wahl des Geburtsortes ist ([NICE, 2014/2016/2023](#)). In Deutschland gibt es darüber hinaus noch die Möglichkeit der Geburt in einem Geburtshaus. Dies ist eine von Hebammen geleitete außerklinische Einrichtung der ambulanten Geburtshilfe, die in der Regel, wie die hebammengeleiteten staatlich geförderten Freestanding midwifery units (FMU) in Großbritannien den gesamten Betreuungsbogen von der Schwangerenvorsorge über die Geburt bis zur Wochenbettbetreuung anbieten. Das erste Geburtshaus wurde in Deutschland 1987 gegründet. Heute gibt es mehr als 115 Geburtshäuser in Deutschland ([QUAG, 2024](#)). 2023 lag der Anteil der als Hausgeburten oder in einem Geburtshaus geplant und beendeten registrierten Geburten in Deutschland allerdings bei nur 1,98 % aller Geburten ([QUAG, 2024](#)).

Die hebammengeleiteten Geburten unterliegen verpflichtenden leitlinienorientierten Qualitätsstandards und werden seit 2001 von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) evaluiert. Die Evaluationen der hebammengeleiteten Geburten weisen seitdem sehr gute Outcomes auf – für 2023 etwa eine durchschnittliche Kaiserschnitttrate von 5,7 % wobei nur 1,8 % der Kinder eine zusätzlich kinderärztliche Betreuung benötigten. 2003 wurde in Deutschland zusätzlich der erste Hebammenkreißsaal gegründet, wobei der Schwerpunkt hier bisher vor allem auf einer hebammengeleiteten Eins-



zu-eins-Betreuung während der Geburt liegt. Derzeit gibt es deutschlandweit über 25 Hebammenkreißsäle ([Köbke, 2018](#)).

Angesichts der signifikant besseren Outcomes, die mit der hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuung einhergehen ([Lundborg et al., 2024](#); [Fikre et al., 2023](#); [Palau-Costafreda et al., 2023](#); [Oosthuizen et al., 2019](#); [Jing et al., Hua et al., 2018; 2018](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [McLachlan et al., 2012/2016](#); [Wong et al., 2015](#); [Hodnett et al., 2013](#); [Tracy et al., 2014](#); [Benatar et al., 2013](#); [Jiang et al., 2018](#); [Forster et al., 2016](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [Rayment-Jones et al., 2015](#)), sind diese Angebote gesundheitspolitisch als absolut sinnvoll zu erachten und sollten daher von staatlicher Seite systematisch und gezielt gefördert werden, wie eben beispielsweise in Großbritannien, Spanien, Kanada und Neuseeland.

Besonders für die Arbeit der Hebammenkreißsäle in Deutschland ist es wichtig, dass ähnlich wie in den Geburtshäusern oder den britischen hebammengeleiteten alongside midwifery units (AMU), also den an ein Krankenhaus angeschlossenen hebammengeleiteten perinatalen Zentren, eine wirkliche Kontinuität in der hebammengeleiteten Betreuung noch wesentlich umfassender ermöglicht wird. Das würde für die Hebammenkreißsäle bedeuten, dass sie auch eine hebammengeleitete Begleitung während des gesamten Schwangerschaftsverlaufs und das ambulante Wochenbett integrieren würden. Denn es hat sich gezeigt, dass die Outcomes maßgeblich davon abhängen, ob Hebammen oder Hebammenteams die federführenden Fachpersonen in all diesen Phasen sind ([Sandall et al., 2016/2024](#); [Loewenberg Weisband et al., 2018](#); [White et al., 2016](#); [Allen et al., 2012/2016](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Shahshahani et al., 2024](#); [McLachlan, et al. 2012 /2016](#); [Wong et al., 2015](#)).

Der Großteil aller Schwangeren wird in Deutschland zurzeit ärztlich betreut ([Hertle et al., 2021b](#)). Hebammengeleitete Schwangerenbetreuung konnte jedoch im Vergleich mit ärztlicher Betreuung unter anderem mit einer deutlich höheren Betreuungszufriedenheit und/oder einem positiveren Schwangerschaftserleben ([Mortensen et al., 2019](#); [Sandal et al., 2016/2024](#); [Schöngen-Oude Hengel, 2024](#); [Cibralic et al., 2023](#); [Hailemeskel et al., 2022](#); [Forster et al., 2016](#); [Perriman et al., 2018](#); [Allen et al. 2012 /2016](#)), mit signifikant weniger Kaiserschnitten ([Loewenberg Weisband et al., 2018](#); [White et al., 2016](#); [Lundborg et al., 2024](#); [Benatar et al., 2013](#); [McLachlan, et al. 2012](#)) und mit einer deutlich geringeren Frühgeburtsrate in Verbindung gebracht werden ([Lundborg et al., 2024](#); [Hailemeskel et al., 2022](#); [Loewenberg Weisband et al., 2018](#); [Medley et al., 2018](#); [Sandal et al., 2016/2024](#); [Benatar et al., 2013](#); [Allen et al., 2012](#)). Angesichts dieser Effekte und im Sinne der Kontinuität der hebammengeleiteten



Betreuung muss die Schwangerenvorsorge durch Hebammen in Deutschland daher dringend und systematisch ausgebaut und staatlich gefördert werden.

Die Tatsache, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung während der vorgeburtlichen, der intrapartalen und der postpartalen Zeit solch eine große Bandbreite an signifikant gesundheitsfördernden Aspekten für die Familien beinhaltet, spricht für sich ([Shahshahani et al., 2024](#); [Lundborg et al., 2024](#); [Fikre et al., 2023](#); [Cibralic et al., 2023](#); [Palau-Costafreda et al., 2023](#); [Oosthuizen et al., 2019](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Hua et al., 2018](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [Jiang et al., 2018](#); [Forster et al., 2016](#); [McLachlan et al., 2016](#); [Wong et al., 2015](#); [Hodnett et al., 2013](#); [Tracy et al., 2014](#); [Hatem et al., 2008](#); [Rana et al., 2003](#); [Jackson et al., 2003](#); [Waldenström & Turnbull, 1998](#)).

Auch die Relevanz, die dieses Betreuungsmodell in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen hat, wird deutlich ([Fenwick et al., 2018](#); [Dawson et al., 2018](#); [Jepsen et al., 2017](#); [Dixon et al., 2017](#); [Gilkison et al., 2015](#); [Newton et al., 2014](#); [Edmondson & Walker, 2014](#)). Diese Evidenzlage muss im Sinne der Mutter-, Kind- und Familiengesundheit und der gesunden Arbeitsbedingungen für Hebammen, deren Arbeit seit 2024 nicht ohne Grund als Teil des UNESCO-Weltkulturerbes anerkannt ist, sowohl in der globalen als auch der deutschen Gesundheitspolitik zukünftig weit mehr Beachtung finden und Konsequenzen nach sich ziehen ([Fikre et al., 2023](#); [Cibralic et al., 2023](#); [Moncrieff, 2018](#); [Sandall et al., 2016](#); [Gilkison et al., 2015](#); [Hodnett et al., 2013](#)).

## Warum führt die Evidenzlage noch zu so wenig Veränderung?

Die promovierte Hebammenwissenschaftlerin Florence Darling und ihr Team von der City Universität London untersuchten im Rahmen ihrer Forschungsarbeit Faktoren, die die Umsetzung evidenzbasierter Praktiken zur Unterstützung physiologischer Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen fördern oder behindern. Dazu setzten sie sich mit 32 Studien auseinander, die sich mit dieser Fragestellung befassen. Ihre Reviews zeigen, dass die weit verbreitete aber oft unzureichend evidenzbelegte Risikowahrnehmung von Geburten immer wieder eines der wesentlichen Hindernisse darstellt ([Darling, F. et al., 2019/2021](#)).

Gravierend sei, dass im Gegensatz zu den Leitlinien, die aufgrund der Studienlage immer deutlicher einen physiologieorientierten Ansatz empfehlen, in den meisten geburtshilflichen Abteilungen weiterhin ein risikobasierter Ansatz angewandt wird ([Darling, F. et al., 2021](#)). „Dies



fürte zu einer Vorgehensweise, die auf Risikoüberwachung und aktiver Geburtsleitung basiert. Geburtshelfer\*innen, die eine starke Risikowahrnehmung bei der Geburt haben, üben dabei oft Kontrolle über andere Fachkräfte aus, um einen risikobasierten Ansatz anzuwenden. Ein wichtiges Hindernis ist hierbei ihre Abneigung, diese Macht abzugeben“ (Darling, F. et al., 2019:9).

Dabei werden inzwischen viele gängige Maßnahmen und der allein auf Risikoberechnung basierende Betreuungsansatz der aktiven Geburtsleitung aufgrund der Studienlage als nicht oder ungenügend evidenzbasiert eingestuft (Hofmeyr, 2023; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020; Gaudernack et al., 2018; Miller et al. 2016; Bonsack et al. 2014; Bugg et al., 2013; Cohain, 2013; Belghiti et al., 2011; Selin et al., 2009). Viele Forschungsarbeiten belegen deutlich, die mit der aktiven Geburtsleitung, z.B. über die Gabe von Wehenmitteln und/oder die Eröffnung der Fruchtblase, verbundenen Risiken und signifikant schlechteren Outcomes für Mütter und Kinder (Kujabi et al., 2022; Betrán et al., 2021; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020; Gaudernack et al., 2018; Miller et al., 2016; Bonsack et al. 2014; Cohain, 2013; Belghiti et al., 2011; Selin et al., 2009; Verspyck & Sentilhes, 2008; Simpson & James, 2008; Tracy et al., 2007; Shorten, 2007; Oscarsson et al., 2006; Taylor et al. 2005; Liu et al., 2005).

Betreuungsansätze, die auf der evidenzbasierten Praxis und Leitlinien zur Unterstützung physiologischer Geburten basieren, werden hingegen in vielen Kliniken nur zögerlich umgesetzt (Walsh et al. 2020; Darling F. et al., 2019). So formulieren Florence Darling und ihr Forschungsteam als Schlussfolgerungen für die Praxis, dass das Machtungleichgewicht zwischen Hebammen und Gynäkolog\*innen auf offizieller Ebene thematisiert und gezielt angegangen werden muss, wobei auf Erfahrungen von Abteilungen zurückgegriffen werden sollte, in denen die Zusammenarbeit und die Gleichberechtigung der Hebammen bereits erfolgreich gefördert werden konnte (Darling, F. et al., 2019/2021). Zu den unterstützenden Faktoren für die Umsetzung evidenzbasierter Praktiken zur Stärkung der Physiologie gehören demnach die erfolgreiche Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog\*innen bei der Umsetzung dieser Praktiken, die Beteiligung von Hebammen an allen wesentlichen Entscheidungsprozessen und organisatorische Bemühungen zur Stärkung der Gleichberechtigung von Hebammen (Darling, F. et al., 2019).

Ergänzend hierzu setzen sich Prof. Dr. Denis Walsh und sein Team gezielt mit den Hindernissen für die Akzeptanz von hebammengeleiteten Einrichtungen in Großbritannien auseinander. Obwohl ihre Anzahl seit 2011 in Großbritannien fast verdreifacht werden konnte und in der Erhebung von 2018 14 % aller Geburten dort stattfinden, reiche das Angebot aus Sicht der



Forschungsteams nicht aus, um der Evidenzlage zu den signifikant besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes der hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuung konsequent zu folgen (Walsh et al., 2018/2020).

Das Forschungsteam kommt zu dem Schluss, dass vor dem Hintergrund einer historisch gewachsenen geburts- und intensivmedizinisch ausgerichteten geburtsmedizinischen Versorgung und der mangelnden Sensibilisierung der Leitungsebene für die mittlerweile international gefestigte Studienlage zum klinischen Outcome und der Wirtschaftlichkeit der hebammengeleiteten Betreuung die meisten Klinikmanager\*innen, leitenden Kreißsaalhebammen und -ärzt\*innen die klinische Relevanz der hebammengeleiteten Einrichtungen in ihren Häusern unterschätzen und diese unzureichend fördern. Hierbei spielen laut der Analyse von Denis Walsh, genau wie in den Ergebnissen von Florence Darling, unter anderem auch die weit verbreitete unzureichend evidenzbasierte Medikalisierung der Geburtshilfe und institutionelle Normen, die den Status quo schützen, eine entscheidende Rolle. Sie müssen, so die Autor\*innen, von den Klinikleitungen und der Politik gezielt adressiert werden (Darling F. et al., 2019; Walsh et al., 2020).

Walsh und sein Team appellieren an die Wissenschaftlichkeit und die Wirtschaftlichkeit: »Es muss an optimalen Ansätzen gearbeitet werden, um das Verständnis und die Nutzung klinischer und wirtschaftlicher Evidenzen bei der Gestaltung von Dienstleistungen durch Entscheidungsträger zu verbessern.« (Walsh et al., 2020:1). Denn es geht dabei um die Grundlage einer langfristigen Gesundheit aller Menschen (Downe et al. 2022; Ferguson et al. 2016; Escuriet et al., 2015).

**Nele Krüger**, BA, MSc, ist Hebamme. Sie arbeitete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), in Dresden, im Geburtshaus Kreuzberg in Berlin und in Belgien. Sie machte Einsätze mit »Ärzte ohne Grenzen« in Somalia und Äthiopien und absolvierte ein Masterstudium in vertiefender Physiologie und angewandter Salutogenese für Hebammen in Salzburg. Sie unterrichtet seit 2019 in hebammenwissenschaftlichen Studiengängen in Berlin, Stuttgart sowie Salzburg und ist in verschiedenen Fortbildungsprogrammen vertreten.



## Literatur

- Allen, J., Gamble, J., Stapleton, H., & Kildea, S. (2012). Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 25(2), 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.03.002>
- Allen, J., Kildea, S., & Stapleton, H. (2016). How optimal caseload midwifery can modify predictors for preterm birth in young women: Integrated findings from a mixed methods study. *Midwifery*, 41, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.012>
- Benatar, S., Garrett, A. B., Howell, E., & Palmer, A. (2013). Midwifery care at a freestanding birth center: a safe and effective alternative to conventional maternity care. *Health services research*, 48(5), 1750–1768. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12061>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ global health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Bonsack, C. F., Lathrop, A., & Blackburn, M. (2014). Induction of labor: update and review. *Journal of midwifery & women's health*, 59(6), 606–615. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12255>
- Bugg, G.J., Siddiqui, F., Thornton, J.G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; CD007123 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123.pub3>
- Callander, E. J., Slavin, V., Gamble, J., Creedy, D. K., & Brittain, H. (2021). Cost-effectiveness of public caseload midwifery compared to standard care in an Australian setting: a pragmatic analysis to inform service delivery. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 33(2), mzab084. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab084>
- Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A. M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., Schmied, V., Barnett, B., & Eapen, V. (2023). The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*, 116, 103546. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>
- Cohain J. S. (2013). Amniotomy and cord prolapse. *Midwifery today with international midwife*, (108), 32–33.
- Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R., & Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a best fit framework approach. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>
- Cumberlege, J. (1993). *Changing childbirth. Part 1, Report of the Expert Maternity Group.* Stationery Office Books / HMSO, London
- Darling, E.K., Grenier, L., Nussey, L., Murray-Davis, B., Hutton, E. K., & Vanstone, M. (2019). Access to midwifery care for people of low socio-economic status: a qualitative descriptive study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2577-z>
- Darling, F., McCourt, C. & Cartwright, M. (2019). A systematic review and synthesis of facilitators and barriers to the implementation of evidence-based practices to support physiological labour and birth in obstetric settings. *Implementation Science*, 14 (Supp 2), pp. 9-10.



Darling, F., McCourt, P. C., & Cartwright, D. M. (2021). Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 92, 102861. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102861>

Dawson, K., Newton, M., Forster, D., McLachlan, H. (2018). Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery*. 2018 Aug; 63:60–67. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.026>. Epub 2018 May 7. PMID: 29803988.

Dixon, L., Guilliland, K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., McAra-Couper, J., Gilkison, A. (2017). The emotional wellbeing of New Zealand midwives: comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *N Z Coll Midwives J* 2017; 53:9–14.

DoH - Department of Health (2007). *Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service*. Department of Health and Social Care. <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/9429/>

Donnellan-Fernandez, R. E., Creedy, D. K., & Callander, E. J. (2018). Cost-effectiveness of continuity of midwifery care for women with complex pregnancy: a structured review of the literature. *Health economics review*, 8(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0217-3>

Edmondson, M.C. & Walker, S.B. (2014). Working in caseload midwifery care: the experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women Birth* 2014;27(1):31.

Escuriet, R. (2018). Bringing Midwifery Led Units in the public health system. Presentation on From Birth to Health - Towards Sustainable Childbirth. Sept 17-18, 2018: COST Action BIRTH Conference:Lisbon

Fenwick, J, Sidebotham, M., Gamble, J., Creedy, D.K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. In: *Women and Birth*. 2018 Feb;31(1):38–43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.013>. Epub 2017 Jul 8. PMID: 28697882.

Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasie, W., Gerards, S. (2023). Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 May 26;23(1):386. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05664-9>. PMID: 37237358; PMCID: PMC10214693.

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>

Gilkison, A., McAra-Couper, J., Gunn, J., Crowther, S., Hunter, M. (2015). Midwifery practice arrangements which sustain caseloading Lead Maternity Carer midwives in New Zealand. *NZ Coll Midwives J*; 51:11–6.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>

Hertle, D., Schindele, E., & Hauffe, U. (2021 a). Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. BARMER Institut für



Gesundheitssystemforschung. <https://www.barmer.de/gesundheitsverstehen/mensch/gesundheits-2030/zukunft-gesundheitswesen/geburtshilfe-1054848>

Hertle, D., Wende, D., & Schmitt, N. (2021 b). Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 75 (2). [https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20210212\\_GuS\\_Hertle\\_03\\_Schwangerschaftsvorsorge-im-Spannungsfeld-der-Berufsgruppen-00000002.pdf](https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20210212_GuS_Hertle_03_Schwangerschaftsvorsorge-im-Spannungsfeld-der-Berufsgruppen-00000002.pdf)

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>

Homer, C. S., Matha, D. V., Jordan, L. G., Wills, J., & Davis, G. K. (2001). Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association, 24(1), 85–93. <https://doi.org/10.1071/ah010085>

Homer, C. S., Leap, N., Edwards, N., & Sandall, J. (2017). Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997-2009). Midwifery, 48, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>

Hua, J., Zhu, L., Du, L., Li, Y., Wu, Z., Wo, D., & Du, W. (2018). Effects of midwife-led maternity services on postpartum wellbeing and clinical outcomes in primiparous women under China's one-child policy. BMC pregnancy and childbirth, 18(1), 329. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1969-9>

Jackson, D. J., Lang, J. M., Swartz, W. H., Ganiats, T. G., Fullerton, J., Ecker, J., & Nguyen, U. (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. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.6.999>

Jenkins, M. G., Ford, J. B., Todd, A. L., Forsyth, R., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2015). Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity?. Midwifery, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.007>

Jepsen, I., Mark, E., Fourer, M., Nohr, E., Sorenson, E. (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. Women and Birth 30, e61-e69. 2017 Feb;30(1):e61-e69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.003>. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27665216.

Jiang, X. M., Chen, Q. Y., Guo, S. B., Jin, L. Z., Huang, X. X., Liu, X. W., Hong, J. X., Qu, H. B., & Hu, R. F. (2018). Effect of midwife-led care on birth outcomes of primiparas. International journal of nursing practice, 24(6), e12686. <https://doi.org/10.1111/ijn.12686>

Köbke, A. (2022). Autonom arbeiten im Hebammenkreißsaal. Deutsche Hebammenzeitung, 2/2022. <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/autonom-arbeiten-im-hebammenkreissaal/>

Koto, P. S., Fahey, J., Meier, D., LeDrew, M., & Loring, S. (2019). Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: a retrospective, cohort study. Midwifery, 77, 144-154.

Kujabi, M. L., Mikkelsen, E., Housseine, N., Obel, J., D'Mello, B. S., Meyrowitsch, D. W., Hussein, K., Schroll, J. B., Konradsen, F., van Roosmalen, J., et al. (2022). Labor augmentation with oxytocin in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. AJOG global reports, 2(4), 100123. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100123>



- Labouvie, Eva (2013). *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt*. De Gruyter
- Loewenberg Weisband, Y., Klebanoff, M., Gallo, M. F., Shoben, A., & Norris, A. H. (2018). Birth Outcomes of Women Using a Midwife versus Women Using a Physician for Prenatal Care. *Journal of midwifery & women's health*, 63(4), 399–409. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12750>
- Lundborg, L., Åberg, K., Liu, X., Norman, M., Stephansson, O., Pettersson, K., Ekborn, M., Cnattingius, S., & Ahlberg, M. (2024). Midwifery Continuity of Care During Pregnancy, Birth, and the Postpartum Period: A Matched Cohort Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 10.1111/birt.12875. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/birt.12875>
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M. A., Albers, L., Flood, M., Oats, J., & Waldenström, U. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 119(12), 1483–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x>
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(3), 465–474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
- Medley, N., Vogel, J. P., Care, A., & Alfirevic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD012505. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012505.pub2>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet (London, England)*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- MMPO-report (2016). New Zealand's MMPO Midwives. Care Activities and outcomes. <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/01/MMPO-report-2016.pdf>
- MoH New Zealand. Midwifery Council. Annual Report. <https://www.midwiferycouncil.health.nz/common/Uploaded%20files/Annual%20reports/Midwifery%20Council%20Annual%20Report%202019.pdf>
- Moncrieff, G. (2018). Can continuity bring birth back to women and normality back to midwives?. *British Journal of Midwifery*, 26(10), 642–650. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.10.642>
- Mortensen, B., Diep, L. M., Lukasse, M., Lieng, M., Dwekat, I., Elias, D., & Fosse, E. (2019). Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ open*, 9(11), e030324. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030324>
- Newton, M., McLachlan, H., Willis, K., Forster, D. (2014). Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1):426.
- NHS - National Health Service (2016). Better births. <https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/implementing-better-births/>



- NICE (2014/23). Intrapartum care for healthy women and babies. 1.3 Planning place of birth. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations#antenatal-education-about-labour>
- NICE (2016). Intrapartum care for healthy women and babies. Place of birth. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/documents/short-version-of-addendum>
- NPEU – National Perinatal Epidemiology Unit (2015). Evidence Review to Support the National Maternity Review 2015. Report 1: Summary of the evidence on safety of place of birth; and implications for policy and practice from the overall evidence review. Nuffield Department of Population Health University of Oxford, October 2015
- Oosthuizen, S. J., Bergh, A. M., Grimbeek, J., & Pattinson, R. C. (2019). Midwife-led obstetric units working ‚CLEVER‘: Improving perinatal outcome indicators in a South African health district. *South African medical journal* 109(2), 95–101. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i2.13429>
- Oscarsson, M. E., Amer-Wåhlin, I., Rydhstroem, H., & Källén, K. (2006). Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(9), 1094–1098. <https://doi.org/10.1080/00016340600804530>
- Palau-Costafreda, R., García Gumiel, S., Eles Velasco, A., Jansana-Riera, A., Orus-Covisa, L., Hermida González, J., et al. (2023). The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 50(4), 1057–1067. <https://doi.org/10.1111/birt.12749>
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- QUAG - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (2024) <https://www.quag.de/quag/geburtenszahlen.htm>  
[https://www.quag.de/downloads/QUAG\\_Bericht2023.pdf](https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2023.pdf)
- Rana, T. G., Rajopadhyaya, R., Bajracharya, B., Karmacharya, M., & Osrin, D. (2003). Comparison of midwifery-led and consultant-led maternity care for low risk deliveries in Nepal. *Health policy and planning*, 18(3), 330–337. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg039>
- Rayment-Jones, H., Murrells, T., & Sandall, J. (2015). An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data-a retrospective, observational study. *Midwifery*, 31(4), 409–417. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.01.003>
- RCOG -Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2001). The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Clinical Effectiveness Support Unit, 2001. [ISBN 1-900364-66-2.]
- Redshaw, M., Rowe, R., Schroeder, L., Puddicombe, D., Macfarlane, A., Newburn, M., Mccourt, C., Sandall, J., Silverton, L. & Marlow, N. (2011). Mapping maternity care: the configuration of maternity care in England. Birthplace in England research programme
- Reinharz, D., Blais, R., Fraser, W. D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec. *LEquipe dEvaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 91(1), I12–I15. <https://doi.org/10.1007/BF03404261>



- Reszel, J., Sidney, D., Peterson, W. E., Darling, E. K., Van Wagner, V., Soderstrom, B., et al. (2018). The Integration of Ontario Birth Centers into Existing Maternal-Newborn Services: Health Care Provider Experiences. *Journal of midwifery & women's health*, 63(5), 541–549. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12883>
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D., & Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. et al. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Schöngen-Oude Hengel, (2024). Primärversorgung in der Schwangerschaft durch die Hebamme- vom Vertrauen zum Empowerment. Masterarbeit. Fachhochschule Salzburg
- Schroeder, L., Patel, N., Keeler, M., Rocca-Ihenacho, L., Macfarlane, A.J.(2017). The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery*. 2017 Feb; 45:28-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.006>. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27984773
- Selin, L., Almström, E., Wallin, G., & Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(12), 1352–1357. <https://doi.org/10.3109/00016340903358812>
- Shahshahani, M. A., Liu, X., Norman, M., Tilden, E. L., & Ahlberg, M. (2024). Midwifery continuity of care, breastfeeding and neonatal hyperbilirubinemia: A retrospective cohort study. *Midwifery*, 136, 104079. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104079>
- Shorten A. (2007). Maternal and neonatal effects of caesarean section. *BMJ* 2007;335:1003-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.39372.587650.80>
- Simpson, K. R., & James, D. C. (2008). Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(1), 34.e1–34.e345. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.12.015>
- Taylor, L.K., Simpson, J.M., Roberts, C.L., et al. (2005). Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Med J Aust* 2005;183:515–9.
- Toohill, J., Turkstra, E., Gamble, J., & Scuffham, P. A. (2012). A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital. *Midwifery*, 28(6), e874–e879. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.012>
- Torjesen I. (2014). Midwife led delivery is safer than a labour ward for low risk pregnancies, says NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349, g7421. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7421>



Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 20(2), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.03.005>

Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Lainchbury, A., Stapleton, H., et al. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 382(9906), 1723–1732. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3)

Tracy, S.K., Welsh, A., Hall, B. et al. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-46>

Waldenström, U., & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 105(11), 1160–1170. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x>

Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L., Thornton, J., & Byers, S. (2018). Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.009>

Walsh, D., Spiby, H., McCourt, C., Grigg, C., Coleby, D., Bishop, S., Scanlon, M., Culley, L., Wilkinson, J., Pacanowski, L., & Thornton, J. (2020). Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: a qualitative research study. *BMJ open*, 10(2), e033895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033895>

White, H.K., le May, A., Cluett, E.R. (2016). Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth*. 2016 Sep;43(3):200-8. doi: 10.1111/birt.12229. Epub 2016 Mar 18. PMID: 26991669.

Wilson, K. (2019). 25 years on: What midwifery in Canada has achieved and what it still needs. <https://midwiferymasters.mcmaster.ca/25-years-on-what-midwifery-in-canada-has-achieved-and-what-it-still-needs/>

Wong, N., Browne, J., Ferguson, S., Taylor, J., & Davis, D. (2015). Getting the first birth right: A retrospective study of outcomes for low-risk primiparous women receiving standard care versus midwifery model of care in the same tertiary hospital. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 279–284. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.005>

Urheber-/Lizenzangaben:

Beispiele zum internationalen Stand der Implementierung von kontinuierlich hebammengeleiteter Betreuung, Nele Rahel Krüger für HOUU@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

