



Eine andere Geburtshilfe ist möglich und dringend nötig!

Kontinuierliche hebammengeleiteten Betreuung führt zu überwiegend signifikant besseren Outcomes

Nele Rahel Krüger, 2025

Seit Jahrzehnten steigen in Deutschland – wie in vielen Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen – die Interventionsraten in der klinischen Geburtsmedizin, was gesundheitspolitisch zunehmend kritisch eingestuft wird ([Hofmeyr, 2023](#); [Kujabi et al., 2022](#); [Daly et al., 2020](#); [Betran et al., 2018 / 2021](#); [Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020](#); [Boerma et al., 2018](#); [WHO, 2018](#); [Miller et al., 2016](#); [Bonsack et al., 2014](#); [Vogel et al., 2014](#); [Schwarz, 2008](#)). Beispielsweise bekamen laut Stichproben in vornehmlich europäischen, amerikanischen und asiatischen Kliniken etwa 40 - 70 % der Gebärenden synthetisches Oxytocin als Medikation zur Wehenanregung ([Daly et al., 2020](#); [Belghiti et al., 2011](#); [Zhang et al., 2010](#)) - ein Medikament, das mit vielen und zum Teil gravierenden Nebenwirkungen während der Geburt assoziiert ist ([Kujabi et al., 2022](#); [Miller et al., 2016](#); [Belghiti et al., 2011](#); [Rygh et al., 2014](#); [Verspyck, E. & Sentilhes, 2008](#)). In Deutschland hat sich die Kaiserschnittrate seit 1991 von damals durchschnittlich 15,3% auf 30,9% im Jahre 2021 verdoppelt - womit fast jedes dritte Kind in Deutschland mittlerweile per Kaiserschnitt zur Welt kommt ([DeStatis – Statistisches Bundesamt, 2023](#)). Weltweit machen Daten wie etwa die aktuelle durchschnittliche Kaiserschnittrate von 42,8% in Südamerika und die prognostisch berechnete Kaiserschnittrate für 2030 von durchschnittlich 63,4% für den Süden Asiens, was Länder wie beispielsweise China und Japan, Korea und Taiwan einschließt, einen gesundheitspolitisch erschreckenden Trend sichtbar ([Betran et al., 2021](#)).

Denn der routine- und häufig übermäßige Einsatz von geburtsmedizinischen Interventionen ist laut Studienlage davon gekennzeichnet, dass die Interventionen bei Gebärenden und Kindern viel zu oft mit schlechteren Outcomes, vermeidbaren und oft langfristigen psychischen und gesundheitlichen Schäden und somit letztendlich mit steigenden Gesundheitskosten assoziiert wurden ([Kujabi et al., 2022](#); [Betrán et al., 2021](#); [Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020](#); [Miller et al., 2016](#); [Bonsack et al., 2014](#); [Belghiti et al., 2011](#); [Selin et al., 2009](#); [Verspyck & Sentilhes, 2008](#); [Simpson & James, 2008](#); [Shorten, 2007](#); [Tracy et al., 2007](#); [Oscarsson et al.,](#)



2006; Taylor et al., 2005; Liu et al., 2005). Laut einer aktuellen Erhebung im Auftrag des Europa Parlaments erlebten ca. 30 % der Gebärenden aus einer Stichprobe in Deutschland verbale und physische Gewalt oder Vernachlässigung während der Geburt, davon waren 42,8 % von Gewalt durch Eingriffe, denen sie nicht zugestimmt haben, betroffen (Brunello et al., 2024).

Diese Situation spiegelt sich unter anderem auch darin wider, dass aktuell weltweit und so auch in Deutschland viele Hebammen vor allem auf Grund von mangelnder Arbeitszufriedenheit, zu geringem Mitbestimmungsrecht und unzureichenden Gestaltungsspielräumen die regulären Standard-Klinik-Betreuungssysteme verlassen (Hansson et al, 2022.; Qu et al., 2022; Stier-Zink, 2022; Matlala & Lumadi, 2019; Bloxsome et al., 2019; Dawson et al., 2018; Harvie et al., 2018). Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stufen dieses Phänomen als ein großes Problem für die internationale Gesundheitsversorgung ein (UNFPA, 2014; WHO, 2006/ 2018/ 2024).

Ernstzunehmende Evidenzen zur effizienten Gesundheitsförderung

Gleichzeitig mehren sich seit über 25 Jahren in der internationalen Forschung die Belege, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung im Vergleich zur ärztlich- und klinikgeleiteten Standard-Betreuung mit signifikant weniger Interventionen zu gleich guten und überwiegend zu deutlich besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes führt (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., 2012/2016; 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; Rowley et al., 1995).

Wenn von kontinuierlicher hebammengeleiteter Betreuung gesprochen wird, ist laut der häufig für Studien zu diesem Thema genutzten Definition des britischen Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2001) gemeint, 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“, wobei diese natürlich interdisziplinär insbesondere bei komplexen Fällen mit anderen Fachbereichen unter anderem aus der Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Psychologie zusammenarbeiten (Sandall et al., 2016/24, RCOG, 2001). Das integriert sowohl Arbeitsmodelle von einzeln arbeitenden



Hebammen als auch Hebammenpraxen, Beleghebammen oder Beleghebammenteams, Hebammenkreissäle und Geburtshaushebammenteams, bei denen die 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.

Die internationale Studienlage zu dieser Betreuungsform hat sich in den letzten drei Jahrzehnten immer mehr gefestigt. Eine breite Datenlage mit zum Teil großangelegten Studien, unter anderem aus Australien, Neuseeland, Großbritannien, Schweden, Spanien, Äthiopien, Südafrika, Palästina, China und Nepal, belegt für Länder mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen immer wieder die ebenso guten und überwiegend signifikant besseren Outcomes für Mütter und Kinder ([Lundborg et al., 2024](#); [Fikre et al., 2023](#); [Cibralic et al., 2023](#); [Palau-Costafreda et al., 2023](#); [Oosthuizen et al., 2019](#); [Hua et al., 2018](#); [Jiang et al., 2018](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [McLachlan et al., 2016](#); [Forster et al., 2016](#); [Friedman et al., 2015](#); [Wong et al., 2015](#); [Hodnett et al., 2013](#); [Tracy et al., 2014](#)).

So ist die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung in den meisten internationalen Studien eindeutig mit höheren Raten an sogenannten spontanen vaginalen Geburten und einem geringeren Schmerzmittelbedarf sowie deutlich geringeren Interventionsraten assoziiert – dazu zählen unter anderem signifikant geringere Raten an Geburtseinleitungen, weniger Dammschnitte und instrumentellen geburtshilflichen Eingriffen einschließlich Kaiserschnitten ([Lundborg et al., 2024](#); [Fikre et al., 2023](#); [Oosthuizen et al., 2019](#); [Jiang et al., 2018](#); [Hua et al., 2018](#); [McLachlan et al., 2012](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [Wong et al., 2015](#); [Hodnett et al., 2013](#); [Hattem et al., 2008](#)).

Von besonders großer gesundheitspolitischer und ökonomischer Relevanz sind darüber hinaus die signifikant geringeren Raten an Frühgeburten ([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](#)) und die deutlich seltener notwendigen oder kürzere Einweisungen auf die Neugeborenen-Intensivstation ([Fikre et al., 2023](#); [Jiang et al., 2018](#); [Hodnett et al., 2012](#); [McLachlan et al., 2012](#); [Toohill et al., 2012](#); [Hattem et al., 2008](#)) gefolgt von den deutlich höheren Stillraten ([Shahshahani et al., 2024](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Hua et al., 2018](#); [Hattem et al., 2008](#)), die immer wieder mit der hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuung assoziiert werden konnten.

Von essenzieller Bedeutung ist ebenfalls, dass Mütter und Familien, die zu ihren Erfahrungen im Rahmen der kontinuierlichen hebammengeleiteten Betreuung befragt wurden, viel häufiger



über positivere Erfahrungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und/oder deutlich seltener von Angst und Depressionen berichten als die Kontrollgruppen aus den Standard-Betreuungsmodellen ([Cibralic et al., 2023](#); [Mortensen et al., 2019](#); [Hua et al., 2018](#); [Forster et al., 2016](#), [McLachlan et al., 2016](#); [Sandall et al., 2016/2024](#); [Hodnett et al., 2013](#)).

Und auch die Hebammen, die bereits in hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuungsmodellen arbeiten, zeigen in Erhebungen signifikant niedrigere Werte auf den Burnout- und Depressionsskalen und gleichzeitig signifikant höhere Werte für ihr Erleben von Autonomie, Empowerment und Zufriedenheit mit ihrer professionellen Rolle im Vergleich zu Hebammen, die in Standard-Klinikbetreuungsmodell arbeiten ([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](#)). Das hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuungsmodell zeigt somit ein hohes Potenzial, um Hebammen im Beruf zu halten und somit langfristig und global eine gesundheitsförderndere Begleitung von Familien mit besseren Outcomes zu ermöglichen ([Hansson et al., 2022](#).; [Qu et al., 2022](#); [Matlala & Lumadi, 2019](#); [Moncrieff, 2018](#); [Dawson et al., 2018](#); [Gilkison et al., 2015](#); [McAra-Couper et al., 2014](#); [Sullivan et al., 2011](#)).

Utopisch und unökonomisch? Hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung ist darüber hinaus kostengünstiger!

Seit Jahren mehren sich in der internationalen Forschung nicht nur die Evidenzen dafür, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Versorgung überwiegend bessere Outcomes aufweist, sondern auch dafür, dass diese Betreuungsform zudem auch noch deutlich kostengünstiger ist als die ärztlich- und klinikgeleitete Standardversorgung, wie Studien aus der gesundheitsökonomischen und hebammenwissenschaftlichen Forschung belegen ([Callander et al., 2021](#); [Koto et al., 2019](#); [Donnellan-Fernandez et al., 2018](#); [Schroeder et al., 2017](#); [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](#); [Reinharz et al. 2000](#)).

Deutliche Hinweise hierzu gibt es bisher unter anderem aus Australien, ([Callander et al., 2021](#); [Tracy et al., 2014](#); [Toohill et al., 2012](#)), Norwegen ([Bernitz et al., 2012](#)), Irland ([Kenny et al., 2015](#)) und Großbritannien ([Schroeder et al., 2017](#); [Ryan et al., 2013](#)). Die Ergebnisse einer australischen Studie konnte beispielsweise zeigen, dass die hebammengeleitete Betreuung in der Stichprobe neben signifikant besseren Outcomes auch durchschnittlich 1.590,91 Australische Dollar weniger als eine Standardkrankenhausbetreuung pro Mutter-Kind-Paar



kostete (Tracy et al., 2014). In Großbritannien befeuerten die britischen Forschungsergebnisse (Schroeder et al., 2017; Ryan et al., 2013), die auf die signifikant besseren Outcomes und die Kosteneffizienz der hebammengeleiteten Betreuung hinwiesen, eine gesundheitspolitische Diskussion über den Ausbau der hebammengeleiteten Betreuung in Großbritannien als Mittel zur Kostensenkung im Vergleich zum derzeit führenden Versorgungsmodell auszubauen. Die Ergebnisse der daraufhin beschlossenen Strategien wirken sich bis heute auf die Vorgaben und Maßnahmen der Gesundheitspolitik aus (NICE, 2014/2016/2023; NHS, 2016).

Der amerikanische Statistiker und Gesundheitsökonom Prof. Howard Friedman setzt sich als Berater der Vereinten Nationen auf Grund der Studienlage stark für das hebammengeleitete Betreuungsmodell ein (Friedman et al., 2015). Friedman und sein Team betonen in ihrem Review zur Wirkung und Kosteneffizienz von geburtsmedizinischen Interventionen, dass von Hebammen geleitete Teams im Vergleich zu ärztlich geleiteten Teams eine vergleichbare Wirksamkeit und zum Teil bessere Ergebnisse mit weniger medizinisch intensiver Betreuung erzielen (Friedman et al., 2015). Dies sei ein wesentlicher und nach Studienlage der signifikant kosteneffektivere Weg zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern (Walsh et al., 2018; Friedman et al., 2015). Insgesamt deuten viele Studien darauf hin, dass die hebammengeleitete Betreuung langfristig und global betrachtet, Schäden und Kosten für die Gesellschaft effektiv reduziert (Callander et al., 2021; Koto et al., 2019; Schroeder et al., 2017; Kenny et al., 2015; Friedman et al., 2015; Tracy et al., 2014; Ryan et al., 2013; Toohill et al., 2012).

Auch wenn Gesundheitssysteme international unterschiedlich strukturiert und finanziert sind, mehrten sich doch aus den verschiedensten Systemen, Ländern und Kontinenten die Hinweise aus der Forschung zu den guten Outcomes und der Kosteneffizienz von hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuungssystemen. Sie zeigen eine deutliche Tendenz auf (Callander et al., 2021; Koto et al., 2019; Schroeder et al., 2017; Sandall et al., 2016; Friedman et al., 2015; Kenny et al., 2015; Tracy et al., 2014; Ryan et al., 2013; Toohill et al., 2012), die auch in Deutschland mit seinen hohen Gesundheitskosten ernst genommen werden muss.

Gelten diese Zahlen nur für gesunde Schwangere?

In einer australischen Studie wurden Schwangere ohne und mit medizinischen Risiken nach dem Zufallsprinzip zur Hälfte der ärztlich geleiteten Standard-Betreuung – was auch dem derzeit gängigen Modell in Deutschland entsprechen würde – und zur anderen Hälfte der



kontinuierlichen hebammengeleiteten Betreuung zugewiesen, was für die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung nicht zu schlechteren Outcomes führte (Tracy et al., 2013). Im Gegenteil, hier waren bei ansonsten ähnlichen Ergebnissen trotz inkludierter Schwangerer mit medizinischen Risiken, die Kaiserschnitttrate und die Betreuungskosten deutlich niedriger. Das Forschungsteam folgert aus den Ergebnissen, dass die primäre kontinuierliche Hebammenbetreuung für Frauen aller Risikogruppen sicher und kosteneffizient ist (Tracy et al., 2013).

Zu sehr positiven Ergebnissen kam auch eine Studie in Großbritannien, in der geburtshilfliche Outcomes von Familien mit komplexen sozio-ökonomischen Situationen, die entweder eine kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung oder eine ärztlich- oder klinikgeleitete Standard-Betreuung erhielten, verglichen wurden (Rayment-Jones et al., 2015). In der allgemeinen Studienlage wird ein niedriger sozio-ökonomischer Status mit signifikant höheren gesundheitlichen Risiken und schlechteren geburtshilflichen Outcomes (Flenady et al., 2011; Blumenshine et al., 2010; King-Hele et al., 2009; Goldenberg et al., 2008; Boy & Salihu, 2004; Kramer et al., 2000) und in Industrieländern mit häufigeren geburtshilflichen Eingriffen assoziiert (Oakley et al., 2009; Lawn et al., 2009; D'Souza & Garcia, 2004). Hier ließ sich dieser Trend umkehren. Sozio-ökonomisch benachteiligte Schwangere, die eine kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung erhielten, erlebten mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit eine spontane vaginale Geburt (80 % versus 55 %) und hatten seltener eine PDA (35 % versus 56 %) und seltener einen Kaiserschnitt (11 % versus 33 %) im Vergleich zu sozio-ökonomisch benachteiligten Schwangeren in der Standardversorgung. Besonders beeindruckend war der Unterschied in der Häufigkeit der Aufnahme des Neugeborenen auf eine Intensivstation (4 % versus 18 %) und bei der Überweisung zu multidisziplinären Gesundheitsdiensten wie etwa zu psychologischer (56 % versus 18 %) oder juristischer Hilfe (42 % versus 19 %) (Rayment-Jones et al., 2015).

Ergänzt werden diese Ergebnisse durch die Analyse der Daten eines hebammengeleiteten staatlich geförderten perinatalen Zentrums in einem Brennpunktviertel in London, das mit dem Universitätsklinikum des King's College zusammenarbeitet (Homer et al., 2017). Die Analyse der Daten zeigt, dass die Mehrheit der betreuten Familien sozio-ökonomische und damit auch gesundheitliche Risikofaktoren aufwies (Homer et al., 2017). Auch hier konnte die kontinuierliche Hebammenbetreuung deutlich zeigen, was sie gerade bei einer Klientel mit hohen gesundheitlichen Herausforderungen leisten kann. Die Rate der spontanen vaginalen Geburten lag bei 79,8 %. Die Kaiserschnitttrate lag bei 16 %. Mit einem Apgar-Score von 8 oder



mehr von 10 Punkten nach 5 Minuten hatten 95 % der Neugeborenen einen guten und stabilen Start. Nur 6 % der Neugeborenen wurden für mehr als zwei Tage in eine Überwachungsstation eingewiesen und auch die Raten der gestillten Kinder waren überdurchschnittlich hoch (Homer et al., 2017). Auch die Betreuungs- und Geburtserfahrungen wurden von den Familien auffallend häufig als sehr positiv und langfristig bestärkend beschrieben (Huber & Sandall, 2006, 2009; Kemp & Sandall, 2010; Leap et al., 2010), was wiederum als signifikant bindungs- und gesundheitsfördernd und damit gerade für diese Zielgruppe als langfristig psycho-sozial und gesellschaftlich stabilisierend eingestuft wird (Downe et al., 2022; Ferguson et al., 2016).

Diese Datenlage spricht für sich. Es liegt auf der Hand, dass es im Sinne der allgemeinen Gesundheitsfürsorge, der Gerechtigkeit und der Förderung eines friedlichen Zusammenlebens dringend staatliche Förderung gleichartiger garantierter Angebote für alle und insbesondere für sogenannte Risikokollektive geben muss (Walsh et al., 2018; Sandall et al., 2016; Friedman et al., 2015).

Evidenzen endlich ernst nehmen

Geburt und Elternwerden als prägendes „Major life event“

Sowohl die Geburt eines Kindes als auch der Prozess des Elternwerdens werden im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs inzwischen als sogenanntes „Major life event“ eingestuft – als signifikante Lebensveränderung, die einen starken und langfristigen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit und das weitere Leben hat (Sutton et al., 2023; Downe et al., 2022; Hertle et al., 2021a; Filipp & Aymanns, 2018; Epifanio et al., 2015). Wobei im Besonderen das Gebären als ein bio-psycho-soziales Ereignis eingestuft wird, das je nach Erleben und Art der Begleitung langfristig sowohl ein hohes gesundheitsförderndes und psychisch stärkendes als auch ein traumatisierendes und psychisch destabilisierendes Potenzial birgt (Downe et al., 2022; Dahan, 2021; Olza et al., 2018; Filipp & Aymanns, 2018; Ferguson et al., 2016).

Daher sind Familien in dieser sensiblen Übergangsphase im menschlichen Leben auf Unterstützung und gesundheitsfördernde Begleitung angewiesen und die Gesundheitsförderung in dieser Phase ist von fundamentaler gesundheitspolitischer Relevanz (Downe et al., 2022; Dahan, 2021; Shorey & Ng, 2020; Naidoo & Wills, 2019; Olza et al., 2018; Filipp & Aymanns, 2018; WHO, 2018; Ferguson et al., 2016; Escuriet et al., 2015).



Die internationale Studienlage zeigt deutlich auf, dass die Förderung der kontinuierlichen hebammengeleiteten Betreuung zu überwiegend besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes führt und ein großes gesundheitsförderndes Potenzial aufweist (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; Walsh et al., 2018; Hua et al., 2018; Fenwick et al., 2018; Jepsen et al., 2017; Dixon et al., 2017; Rayment-Jones et al., 2015; Friedman et al., 2015; McLachlan et al., 2015; Wong et al., 2015; Hodnett et al., 2013; Tracy et al., 2014; Newton et al., 2014; Hatem et al., 2008; Rana et al., 2003; Waldenström & Turnbull, 1998).

Diese Evidenzen müssen ernst genommen werden und deutlich stärker und sichtbarer in den gesundheitspolitischen Diskurs in Deutschland einfließen. Das deutsche Gesundheitsministerium ist dringend gefordert, zu reagieren und Konsequenzen zu ziehen und den klinischen und kostenbezogenen Evidenzen folgend, den systematischen Ausbau und die gezielte großangelegte, leitliniengestützte Förderung kontinuierlicher hebammengeleiteter Betreuung in Angriff zu nehmen als zentrales Element eines dringend notwendigen Wandels.

Andere Länder haben bereits auf die eindeutige Studienlage zu den deutlich besseren Outcomes und der Kosteneffizienz der hebammengeleiteten kontinuierlichen Versorgung reagiert. Beispiele hierzu werden im folgenden Artikel erörtert.

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.



Quellenverzeichnis

- 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>
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R. C., Bouvier-Colle, M. H., & Deneux-Tharoux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ open*, 1(2), e000514. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>
- 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>
- Bernitz, S., Aas, E., & Øian, P. (2012). Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery*, 28(5), 591-599.
- 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>
- Betrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M. R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S. Z., Gülmezoglu, A. M., & Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet (London, England)*, 392(10155), 1358–1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Bloxsome, D., Ireson, D., Doleman, G., Bayes, S. (2019). Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2019 Feb;28(3-4):386– 399. <https://doi.org/10.1111/jocn.14651>. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30129076.
- Blumenshine, P., Egerter, S., Barclay, C. J., Cubbin, C., & Braveman, P. A. (2010). So- cioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 39(3), 263–272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.012>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A. B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet (London, England)*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- 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>
- Boy, A., & Salihu, H. M. (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International journal of fertility and women's medicine*, 49(4), 159–164.
- Brunello S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., Rozee, V. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies PE (2024)



https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU%282024%29761478_EN.pdf

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.

Dahan, O. (2023) Birthing as an experience of awe: Birthing consciousness and its long-term positive effects. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*. 43 (1), 16–30. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1037/teo0000214>.

Dahan, O. (2021) The riddle of the extreme ends of the birth experience: Birthing consciousness and its fragility. *Current Psychology*. 42 (1), 262–272. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01439-7>.

Daly, D., Minnie, K. C. S., Blignaut, A., Blix, E., Vika Nilsen, A. B., Dencker, et al. (2020). How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PloS one*, 15(7), e0227941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227941S>.

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>

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.

Destatis - Statistisches Bundesamt (2023). Fast ein Drittel aller Geburten im Jahr 2021 durch Kaiserschnitt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html

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.

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>

Downe, S., Meier Magistretti, C., Shorey, S., & Lindström, B. (2022). The Application of Salutogenesis in Birth, Neonatal, and Infant Care Settings. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (2nd ed., pp. 465–477). Springer.

D'Souza, L., & Garcia, J. (2004). Improving services for disadvantaged childbearing women. *Child: care, health and development*, 30(6), 599-611. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00471.x>



- 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.
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatric Reports*, 7(2), Article 2. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>
- 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.
- Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J., & Davis, D. (2016). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 34, 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.017>
- Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilassie, 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.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., et al. M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 377(9774), 1331–1340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)
- 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>
- Friedman, H. S., Liang, M., & Banks, J. L. (2015). Measuring the cost-effectiveness of midwife-led versus physician-led intrapartum teams in developing countries. *Women's health (London, England)*, 11(4), 553–564. <https://doi.org/10.2217/WHE.15.18>
- 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. *New Zealand College of Midwives Journal*; 51:11–6. <https://doi.org/10.12784/NZCOMJNL.51.2015.2.11-16>
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet (London, England)*, 371(9606), 75–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Hansson, M., Dencker, A., Lundgren, I., Carlsson, I. M., Eriksson, M., & Hensing, G. (2022). Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. *BMC health services research*, 22(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07852-3>
- Hailemeskel, S., Alemu, K., Christensson, K., Tesfahun, E., & Lindgren, H. (2022). Midwife-led continuity of care improved maternal and neonatal health outcomes in north Shoa zone, Amhara regional state,



- Ethiopia: A quasi-experimental study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 35(4), 340–348. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.08.008>
- 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>
- Harvie, K., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(6), e584–e593. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- 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/gesundheit-verstehen/mensch/gesundheit-2030/zukunft-gesundheitswesen/geburtshilfe-1054848>
- 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>
- Hofmeyr, G.J. (2023). 50 years of 'active management of labour' is enough, *BJOG* 130 (6) (2023) 643–644, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17377>.
- 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>
- 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>
- 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>
- Huber, U. S., & Sandall, J. (2009). A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25(6), 613-621.
- Huber, U., & Sandall, J. (2006). Continuity of care, trust and breastfeeding?. *Midwifery Digest*, 16(4), 445-449.
- 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>
- 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>



- Kemp, J., & Sandall, J. (2010). Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery*, 26(2), 211-221.
- Kenny, C., Devane, D., Normand, C., Clarke, M., Howard, A., Begley, C. (2015). A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. Nov;31(11): 1032-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012>. Epub 2015 Jul 2. PMID: 26381076.
- King-Hele, S., Webb, R. T., Mortensen, P. B., Appleby, L., Pickles, A., & Abel, K. M. (2009). Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: a national cohort study. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 94(2), F105–F110. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.135459>
- 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.
- Kramer, M. S., Séguin, L., Lydon, J., & Goulet, L. (2000). Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 14(3), 194–210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00266.x>
- 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>
- Lawn, J. E., Kerber, K., Enweronu-Laryea, C., & Masee Bateman, O. (2009). Newborn survival in low resource settings - are we delivering?. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116 Suppl 1, 49–59. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02328.x>
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 234-242.
- Liu S, Heaman M, Joseph KS, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2005; 105:836–42.
- 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>
- Matlala, M.S. & Lumadi, T.G. (2019). Perceptions of midwives on shortage and retention of staff at a public hospital in Tshwane District. *Curationis*. 2019 Jul 22;42(1):e1-e10. <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1952>. PMID: 31368315; PMCID: PMC6676782.
- McAra-Couper, J., Gilkison, A., Crowther, S., Hunter, M., Hotchin, C., Gunn, J. (2014). Partnership and reciprocity with women sustain Lead Maternity Carer midwives in practice. *New Zealand College of Midwives* June 2014 49:29–33. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl49.2014.5.29-33>



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. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 14;11(11):CD012505. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012505.pub2>. PMID: 30480756; PMCID: PMC6516886.

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)

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>

Naidoo, J., & Wills, J. (2019). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

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>

Oakley, L., Maconochie, N., Doyle, P. et al. (2009). Multivariate analysis of infant death in England and Wales in 2005–06, with focus on socio economic status and deprivation. *Health Stat Q* 42, 22–39 (2009). <https://doi.org/10.1057/hsq.2009.15>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>



- 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 obstetricia 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., Algarra Ramos, M., Canet-Vélez, O., Obregón Gutiérrez, N., & Escuriet, R. (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>
- Qu, L., Gao, J., Liu, L., Lun, B., & Chen, D. (2022). Compassion fatigue and compassion satisfaction among Chinese midwives working in the delivery room: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 113, 103427. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103427>
- 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.]
- Reinharz, D., Blais, R., Fraser, W. D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec. *LEquipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 91(1), 112–115. <https://doi.org/10.1007/BF03404261>
- Rowley, M. J., Hensley, M. J., Brinsmead, M. W., & Wlodarczyk, J. H. (1995). Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *The Medical journal of Australia*, 163(6), 289–293. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124592.x>
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D., Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*. 2013 Apr;29(4):368-76. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005>. Epub 2012 May 5. PMID: 22565064.
- Rygh, A. B., Skjeldestad, F. E., Körner, H., & Eggebø, T. M. (2014). Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BMJ open*, 4(7), e004592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004592>
- 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>



- 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.
- Schwarz C. (2008). Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984–1999 in Niedersachsen. Dissertation TU-Berlin.
- Stier-Zink, M. (2022). Farbe bekennen, um nicht zu verblassen. Personalmangel im Kreißaal in Deutschland. Masterarbeit Masterstudiengang Hebammenwissenschaft. FH Salzburg.
- Seijmonsbergen-Schermers, A. E., Peters, L. L., Goodarzi, B., Bekker, M., Prins, M., Stapert, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Franx, A., & de Jonge, A. (2020). Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women?. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 23, 100479. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100479>
- 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>
- Shorey, S., & Ng, E. D. (2020). Application of the salutogenic theory in the perinatal period: A systematic mixed studies review. *International journal of nursing studies*, 101, 103398. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103398>
- Shorten A. (2007). Maternal and neonatal effects of caesarean section. *BMJ* 2007;335:1003-4.
- 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>
- Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. S. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27(3), 331–335. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.007>
- Sutton, E., Detering, K., East, C. & Whittaker, A. (2023) Women's expectations about birth, requests for pain relief in labor and the subsequent development of birth dissonance and trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 23 (1), 777. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06066-7>
- 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>
- 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>

UNFPA. (2014). The State of the World's Midwifery 2014. Retrieved from <http://www.unfpa.org/sowmy>.

Verspyck, E. & Sentilhes, L. (2008). Abnormal fetal heart rate patterns associated with different labour managements and intrauterine resuscitation techniques. In: *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, F37/2008, 2, 56–64.

Vogel, J.P., Gülmezoglu, A.M., Hofmeyr, G.J., et al. (2014). Global perspectives on elective induction of labor. *Clin Obstet Gynecol* 2014;57:331–42.

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>

WHO (2024). Nursing and midwifery. Key facts. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/nursing-and-midwifery>

WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience – Executive summary. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

WHO. (2006). The World Health Report 2006. World Health Organisation Retrieved from <http://www.who.int/whr/2006/en/>

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>

Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez et al. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 116(6), 1281–1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>

Urheber-/Lizenzangaben:

Eine andere Geburtshilfe ist möglich und dringend nötig!,
Nele Rahel Krüger für HOUU@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

