

Empfehlung zur „geplanten außerklinischen Geburtshilfe“: die Position der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Recommendation on “Planned Out-of-Hospital Childbirth”: the Position of the Austrian Society of Gynecology and Obstetrics (OEGGG)



Autorinnen/Autoren

Thorsten Fischer^{1,2}, Thomas Aigmüller^{3,4}, Birgit Volgger⁵, Patrick Stelzl⁶, Bettina Toth⁷, Maximilian Brandstetter⁸

Institute

- 1 Department of Gynecology and Obstetrics, Paracelsus Medical University Salzburg, Salzburg, Austria
- 2 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Salzburg, Austria
- 3 Leoben Regional Hospital, Leoben, Steiermark, Austria
- 4 Vize-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Leoben, Austria
- 5 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, A o Bezirkskrankenhaus Lienz, Lienz, Tyrol, Austria
- 6 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Josef Krankenhaus, Wien, Wien, Austria
- 7 Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Tirol, Austria
- 8 Department of Obstetrics and Gynecology, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

Schlüsselwörter

Hausgeburt, extramurale Geburtshilfe, maternale Morbidität, perinatale Morbidität und Mortalität, Gesundheitspolitik

Keywords

home birth, out-of-hospital midwifery care, maternal morbidity, perinatal morbidity and mortality, health policy

eingereicht 29.6.2026

akzeptiert nach Revision 5.8.2026

online publiziert 15.9.2026

Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2026; 86: 885–889

DOI 10.1055/a-2941-0854

ISSN 0016-5751

© 2026. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Thorsten Fischer
Department of Gynecology and Obstetrics
Paracelsus Medical University Salzburg
Müllner Hauptstr. 48
5020 Salzburg, Salzburg, Austria
th.fischer@salk.at

English version at:
<https://doi.org/10.1055/a-2941-0854>.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Diskussion um den Stellenwert der außerklinischen Geburtshilfe wird in vielen Ländern und in Österreich noch immer kontrovers geführt, so dass sich der Vorstand der OEGGG im Namen unserer Fachgesellschaft für eine aktualisierte Empfehlung zur geplanten extramuralen Geburtshilfe entschieden hat.

Diese soll dazu dienen, unseren Standpunkt unter forensischen und klinischen Anforderungen einer zeitgemäßen Geburtshilfe darzulegen und helfen, eine Novellierung der Gesetzgebung zur außerklinischen Geburtshilfe zu unterstützen. Diese Empfehlung wurde vom gesamten Vorstand der OEGGG nach konstruktiver Diskussion einstimmig freigegeben. Wir halten eine außerklinische Geburtshilfe (Hausgeburtshilfe) für

nicht tragbar, da sie gegen etablierte Qualitätsstandards der Geburtshilfe und somit gegen den forensischen Anspruch der Mütter und – viel bedeutsamer – gegen die klaren Sicherheitsinteressen des sich unter der Geburt befindlichen Kindes als Rechtsperson richtet. Nahezu alle etablierten klinischen Diagnose- und Behandlungsmethoden können in der Hausgeburtshilfe nicht zum Einsatz kommen und werden dem Kind somit bewusst vorenthalten.

Die OEGGG lehnt aufgrund der nachgewiesenen Risiken die Hausgeburtshilfe ab und klassifiziert sie, wie andere Fachgesellschaften, als nicht sicher. Unserer Fürsorge gilt in erster Linie aufgrund des erhöhten Risikos dem unter der Geburt befindlichen Kind.

ABSTRACT

The debate regarding the role of out-of-hospital childbirth (home births) remains controversial in many countries, including Austria; consequently, the Executive Board of the OEGGG, acting on behalf of our professional society, has decided to

issue an updated recommendation concerning planned out-of-hospital births.

This recommendation aims to articulate our position within the context of the forensic and clinical requirements of modern obstetric care and to support a revision of legislation governing out-of-hospital childbirth. It was unanimously approved by the entire OEGGG Executive Board following constructive discussion. We consider out-of-hospital childbirth (home birth) to be untenable, as it contravenes established obstetric quality standards—thereby violating the forensic rights of mothers and, even more significantly, the clear safety interests of the child (as a legal entity) during the birth process. Virtually all established clinical diagnostic and treatment methods cannot be employed in a home birth setting and are thus deliberately withheld from the child.

Citing proven risks, the OEGGG opposes home birth and—like other professional societies—classifies it as unsafe. Given the elevated risks involved, our primary duty of care is directed toward the child during the birth process.

Anlässlich der Diskussion um die AWMF S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ [1, 2] hat der Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) bereits 2021 eine einstimmig verabschiedete kritische Stellungnahme zur außerklinischen Geburtshilfe („Hausgeburtshilfe“) publiziert [3].

Die Diskussion um den Stellenwert der außerklinischen Geburtshilfe wird noch immer kontrovers geführt. Regelmäßig werden Spitäler mit fragwürdigen klinischen Abläufen im Rahmen von Hausgeburten konfrontiert, parallel dazu hält die mediale Aufmerksamkeit an, so dass sich der Vorstand der OEGGG im Namen unserer Fachgesellschaft für eine aktualisierte Empfehlung entschieden hat.

Diese soll dazu dienen, unseren Standpunkt unter forensischen und klinischen Anforderungen einer zeitgemäßen Geburtshilfe darzulegen und helfen, eine Novellierung der Gesetzgebung zur außerklinischen Geburtshilfe zu unterstützen. Diese Empfehlung wurde vom gesamten Vorstand der OEGGG nach konstruktiver Diskussion einstimmig freigegeben.

Im Gegensatz zur außerklinischen Geburtshilfe ist in der klinischen Geburtshilfe, in der über 98% aller Geburten in Österreich stattfinden, eine lückenlose Qualitätssicherung obligater und forensisch geforderter Standard. Auch im „öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs“ (GESUNDHEIT.GV.AT), bei dem das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit in der Funktion als Medieninhaber und Herausgeber auftritt, wird klar zur Hausgeburtshilfe Stellung bezogen: „Gynäkologische Fachgesellschaften, z. B. die österreichische oder die deutsche Fachgesellschaft für Frauenheilkunde (OEGGG, DGGG), lehnen Hausgeburten als nicht ausreichend sicher ab. Notfallbehandlungen sind in der Hausgeburtshilfe unzureichend möglich, Überwachungsmethoden des ungeborenen und des geborenen Kindes sind unzureichend, es gibt eine hohe Verlegungsquote unter der Geburt in ein Spital, und es existiert – anders

als im Krankenhaus – keine ausreichende Qualitätssicherung der Hausgeburten“ [4].

Analog zu dieser Empfehlung hat bereits 2018 das Gremium „Außerklinische Geburtshilfe“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) unter Leitung der damaligen DGGG-Präsidentin ein Positionspapier zur außerklinischen Geburtshilfe publiziert und die außerklinische Geburtshilfe aufgrund der höheren Morbidität, der hohen Verlegungsraten und der unvollständigen Qualitätserfassung bereits zum dritten Male klar abgelehnt: „... unter diesen Umständen ist die außerklinische Geburtshilfe nicht sicher und wird von der DGGG weiterhin abgelehnt“ [5, 6].

In der Schweiz wurde vom Schweizerischen Hebammenverband (SHV) 2025 eine Kriterienliste (Betreuungs- und Entbindungskriterien für Hausgeburten) publiziert, welche die bislang fehlende nationale Empfehlung zu Ein- und Ausschlusskriterien der außerklinischen Geburtshilfe adressieren sollte [7]. Gleichzeitig vertritt die SHV die Auffassung, dass die Hausgeburtshilfe eine sichere Alternative zur Spitalsgeburt darstellen könne [7].

In Folge dieser Empfehlung hat sich die Akademie für fetomaternalen Medizin (AFMM) der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) im April 2026 ausdrücklich von dieser Kriterienliste distanziert. Die AFMM äußerte erhebliche Bedenken hinsichtlich einzelner Einschlusskriterien und lehnte die Kriterienliste „aus Bedenken zur Patientinnen- und Kindersicherheit“ ab [8]. Die kritische Bewertung der Hausgeburtshilfe durch perinatalmedizinische Fachvertreter beschränkt sich somit nicht auf Österreich, sondern wird aktuell auch von führenden Vertretern der fetomaternalen Medizin in Deutschland und der Schweiz geteilt.

Aus Sicht der OEGGG sind klinische Strukturen die Voraussetzung für den sichersten Geburtsort für Mutter und Kind. Strukturen, in denen eine Verlegung ein häufig erwartbarer Bestandteil

des Versorgungskonzepts ist, sind kritisch zu bewerten. Daher lehnen die Vertreter der OEGGG Strukturen ab, in denen die subpartale Verlegung eine regelmäßige Versorgungsoption ist.

In einer retrospektiven Kohortenstudie der Universität Bonn wurde gezeigt, dass die Verlegungsquote von einem von Hebammen geführten Kreißaal in einen „konventionellen“ und interdisziplinären Kreißaal mit erweiterten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten immerhin 50,3% beträgt [9]. Im Qualitätsbericht 2019 „Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“ wird für Erstgebärende eine Verlegungsquote aus der extramuralen in die klinische Geburtshilfe von immerhin 31,5% angegeben [10].

In Österreich existiert zwar ein Register „Außerklinische Geburten“ des Instituts für klinische Epidemiologie (Tirol Kliniken) als Qualitätsverbesserungsprojekt. Dieses erfasst außerklinische Geburten, die von teilnehmenden Hebammen betreut werden, und ermöglicht individuelle Qualitätsrückmeldungen an teilnehmende Hebammen. Eine verpflichtende, vollständige und öffentlich regelmäßig berichtete nationale Qualitätssicherung mit systematischer Outcome-Erfassung, Benchmarking und gesonderter Analyse subpartal verlegter Frauen besteht jedoch nicht in einer mit der klinischen Geburtshilfe vergleichbaren Form [11]. Im letzten Bericht aus 2009 wurde die Rate der abgebrochenen Hausgeburten für Erstgebärende mit 36,5%, für Mehrgebärende mit 6,6% angegeben [12]. Maternale und neonatale Qualitätsindikatoren subpartal verlegter Mütter werden der klinischen Geburtshilfe zugeschrieben, so dass es für dieses spezielle Kollektiv keine gesonderte Qualitätsbegutachtung gibt. Dadurch entsteht eine methodisch fragwürdige Zuordnung abgebrochener Hausgeburten mit einer postuliert höheren Rate von negativen Qualitätsergebnissen zu Ungunsten von Klinikgeburten. Diese fehlende verpflichtende Vollfassung und transparente Ergebnisdarstellung ist aus Sicht der OEGGG ein weiteres zentrales strukturelles Defizit der geplanten außerklinischen Geburtshilfe in Österreich.

In einer aus Linz vorgelegten Studie im Jahre 2024 wurde das klinische Outcome abgebrochener Hausgeburten mit folgendem Ergebnis untersucht: abgebrochene Haus- und Praxisgeburten weisen im Vergleich zu geplanten Klinikgeburten höhere Raten an Interventionen sub partu, Vakuumextraktionen und sekundären Sectiones auf. Eine multifaktorielle Regressionsanalyse belegte bei allen neonatalen Outcome-Parametern (Apgar-Wert, pH-Wert, Verlegungsrate) signifikant höhere Risiken für ungünstige Werte [13].

Ein aktueller Cochrane-Review zum Vergleich geplanter Haus- und Klinikgeburten konnte aufgrund des Fehlens randomisierter kontrollierter Studien keine belastbare Aussage hinsichtlich Unterschiede zwischen maternaler oder perinataler Mortalität und Morbidität treffen [14]. Die Autoren identifizierten lediglich eine kleine Pilotstudie mit 11 Teilnehmerinnen. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass die Evidenzlage derzeit überwiegend auf Beobachtungsstudien beruht, deren Aussagekraft durch potenzielle Selektions- und Confounding-Effekte limitiert ist. Aus Sicht der OEGGG bleibt damit eine wesentliche Unsicherheit hinsichtlich der tatsächlichen Vergleichbarkeit beider Versorgungsformen bestehen. Hochwertige randomisierte Studien erscheinen aufgrund der starken Präferenz vieler Frauen für den jeweils gewählten Geburtsort nicht realisierbar und aufgrund der vorliegenden Datenlage ethisch auch nicht vertretbar.

Eine im Lancet veröffentlichte Studie zeigt, dass der Rückgang der neonatologischen Mortalität in China mit der Einführung von Klinikentbindungen korrelierte und deutlich geringer ausfiel in Bezirken, in denen noch Hausgeburten durchgeführt werden [15, 16].

In einer Fall-Kontroll-Studie aus New York wurde das Risiko einer neonatalen hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie von geplanten Haus- vs. geplanten Klinikgeburten untersucht. Die Autoren beschreiben selbstkritisch die verhältnismäßig kleine Fallzahl als limitierenden Faktor der Evidenz. Trotzdem wurde in dieser Studie für Hausgeburten ein um den Faktor 21 gesteigertes Risiko für eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie in diesem Kollektiv nachgewiesen [17].

Eine weitere amerikanische retrospektive Kohortenstudie konnte eine signifikante Erhöhung perinataler Mortalität im Hausgeburtenkollektiv um den Faktor 3,6 nachweisen [18].

Die Vertreter der OEGGG orientieren sich in ihrer kritischen Beurteilung der geplanten außerklinischen Geburtshilfe auch an der Bewertung des American College of Obstetrics and Gynecologists [19, 20] mit dem Nachweis einer zweifach erhöhten perinatalen Mortalität und einer dreifach erhöhten Rate von perinatal verursachten neurologischen Schäden gegenüber der klinischen Geburtshilfe.

Eine andere Analyse einer prominent besetzten Studiengruppe unter der Schirmherrschaft der World Association of Perinatal Medicine und der International Academy of Perinatal Medicine bestätigte das deutlich erhöhte Risiko für die fetale Morbidität und Mortalität in Kombination mit durch Hebammen geleiteten Hausgeburten. Die Analyse zeigte, dass der APGAR-Score aufgrund seiner „subjektiven“ Vergabekriterien bei fehlender Reproduzierbarkeit kein Instrument der Qualitätssicherung ist. Leider ist in der Hausgeburtschilfe der Apgar-Score – neben dem Nachweis der Vitalität des Neugeborenen – der einzige dokumentierbare „Qualitätsparameter“. Die Analyse zeigte, dass im Kollektiv der Hausgeburten in über 52% der Fälle ein 5-Minuten-Apgar-Score von 10 vergeben wurde, aber der gleiche Apgar-Score nach Geburten in Spitälern nur in 3,7% durch Hebammen und 3,7% durch Ärzte oder Ärztinnen. Die amerikanischen Ergebnisse zeigten aber auch, dass Klinikgeburten unter Hebammenbetreuung ähnliche oder bessere Ergebnisse aufweisen als Klinikgeburten unter Ärztebetreuung. Die Autoren fordern, dass aufgrund ihrer beruflichen Verantwortung Perinatalmediziner von geplanten Hausgeburten abraten sollten und die Unzulänglichkeit des häuslichen Geburtsumfelds für eine schnelle und effektive Reaktion auf geburtshilfliche Notfälle betonen sollen. Perinatalmediziner seien für eine adäquate Sicherheitskultur verantwortlich und sollten gleichzeitig ein möglichst „natürliches Geburtserlebnis“ im Krankenhaus unterstützen [21].

Es ist uns wichtig zu betonen, dass sich unsere klar formulierte Position keineswegs gegen die Versorgungsqualität von Hebammen richtet, sondern sich ausschließlich auf die strukturellen Bedingungen im Rahmen einer Hausgeburt beziehen. Unsere Bedenken würden gleichlautend formuliert werden, wenn auch ausgebildete Perinatalmediziner in Zusammenarbeit mit Hebammen Hausgeburten durchführen würden, die aufgrund der extramuralen fehlenden strukturellen Voraussetzungen mit den gleichen Qualitätsproblemen konfrontiert wären.

Wir halten eine außerklinische Geburtshilfe auch nicht für tragbar, da sie gegen etablierte Qualitätsstandards der Geburtshilfe und somit gegen den forensischen Anspruch der Mütter und – viel bedeutsamer – gegen die klaren Sicherheitsinteressen des sich unter der Geburt befindlichen Kindes als Rechtsperson gerichtet ist.

Nahezu alle etablierten klinischen Diagnose- und Behandlungsmethoden können in der Hausgeburtshilfe nicht zum Einsatz kommen und werden dem Kind somit bewusst vorenthalten. Beispielsweise können Ultraschalluntersuchungen zur Diagnostik des kindlichen Befindens oder zur Detektion von Plazentapathologien nicht durchgeführt werden. Darüber hinaus sind Notfalleingriffe, die häufig im Vorfeld nicht vorhersehbar sind, Laboruntersuchungen, eine suffiziente Analgesie, der Ersatz von Blutprodukten oder eine notfallmäßige ärztliche Erstversorgung des Kindes im außerklinischen Setting nicht umsetzbar. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Versorgung mittelgradiger und komplexer Geburtsverletzungen sind darüber hinaus nicht gegeben. Die bewusste Missachtung klinischer Standards wird von Medizuristen als sehr kritisch bewertet [22].

Aus Sicht der OEGGG besteht ein erheblicher Widerspruch darin, dass die klinische Geburtshilfe einer umfassenden Qualitätssicherung, regelmäßigen Evaluationen sowie hohen forensischen Anforderungen unterliegt und dabei die Einhaltung etablierter Leitlinien als Maßstab der Versorgungsqualität herangezogen wird. Demgegenüber erfolgen geplante außerklinische Geburten unter strukturellen Rahmenbedingungen, in denen wesentliche diagnostische, therapeutische und notfallmedizinische Möglichkeiten nicht oder nur eingeschränkt verfügbar sind. Gleichzeitig fehlt in Österreich bislang eine verpflichtende, vollständige und öffentlich nachvollziehbare Qualitätssicherung, die eine valide Beurteilung maternaler und neonataler Outcomes ermöglichen würde. Aus Sicht der OEGGG ist diese Diskrepanz weder im Hinblick auf moderne Qualitätsstandards noch unter dem Gesichtspunkt der Patientinnen- und Kindersicherheit zufriedenstellend.

OEGGG lehnt aufgrund der nachgewiesenen Risiken die Hausgeburtshilfe ab und klassifiziert sie, wie andere Fachgesellschaften, als nicht sicher. Unserer Fürsorge gilt in erster Linie aufgrund des erhöhten Risikos dem unter der Geburt befindlichen Kind, für das wir als Fachgesellschaft, aber auch als österreichische Gesellschaft eine besondere Verantwortung haben.

Die Vertreter und Vertreterinnen der OEGGG fordern die Sozialversicherungsträger auf, die Finanzierung der sogenannten Hausgeburtshilfe aufgrund der nachgewiesenen Risiken zu modifizieren. Darüber hinaus empfiehlt die OEGGG dem Gesetzgeber, die Rechtsgrundlage für die geplante extramurale Geburtshilfe grundlegend zu überarbeiten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

References/Literatur

- [1] Abou-Dakn M, Schäfers R, Peterwerth N et al. Vaginal birth at term – Part 1. Guideline of the DGGG, OEGGG, SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/083, December 2020) Vaginale Geburt am Termin – Teil 1. Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/083, Dezember 2020). Geburtshilfe Frauenheilkd 2022; 82: 1143–1193. DOI: 10.1055/a-1904-6546
- [2] Abou-Dakn M, Schäfers R, Peterwerth N et al. Vaginal birth at term – Part 2. Guideline of the DGGG, OEGGG, SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/083, December 2020) Vaginale Geburt am Termin – Teil 2. Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/083, Dezember 2020). Geburtshilfe Frauenheilkd 2022; 82: 1194–1248. DOI: 10.1055/a-1904-6769
- [3] Fischer T, Helmer H, Pristauz-Telsnigg G et al. Aus der OEGGG – S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“: die Position der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). Geburtshilfe Frauenheilkd 2021; 81: 857–861. DOI: 10.1055/a-1521-8880
- [4] Gesundheit.GV.AT. Wahl des Geburtsortes Herausgeber: Österreichisches Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit 2025. Zugriff am 15. September 2026 unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/spitalsgeburt-hausgeburt.html>
- [5] Abou-Dakn M, Feige A, Franitza M. Position der DGGG zur außerklinischen Geburtshilfe. Frauenarzt 2018; 59: 575–576
- [6] Abou-Dakn M, Feige A, Franitza M. Positionspapier – Position der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur außerklinischen Geburtshilfe. Geburtshilfe Frauenheilkd 2018; 78: 548–550. DOI: 10.1055/a-0635-6942
- [7] Schweizerischer Hebammenverband. Kriterienliste für die Hausgeburtshilfe SHV. 2025. Zugriff am 15. September 2026 unter: https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2025/05/Kriterienliste-Hausgeburt-final-D_def.pdf
- [8] Arbeitsgemeinschaft Feto-Maternale Medizin der Gynécologie Suisse (SGGG). Statement AFMM. 2025. Zugriff am 15. September 2026 unter: <https://www.sggg.ch/ueber-uns/verband/arbeitsgemeinschaften/afmm>
- [9] Merz MM, Tascon-Padron L, Puth MT et al. Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20: 267. DOI: 10.1186/s12884-020-02962-4
- [10] Loytved C. Qualitätsbericht 2019, Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. 2019. Zugriff am 15. September 2026 unter: https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2019.pdf
- [11] Wiesinger B. Qualitätssicherung in der Hausgeburtshilfe. Österreichische Hebammenzeitung 2017; 01–02: 37–42
- [12] Oblasser C. Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich – Bericht für die Jahre 2006 und 2007. Österreichisches Hebammengremium. 2009. Zugriff am 15. September 2026 unter: https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groe/bericht_hausgeburten_2006_2007pdf
- [13] Schildberger B, Riedmann M, Leitner H et al. Obstetric and Neonatal Outcomes Following Hospital Transfers of Home Births and Births in Midwife-led Units in Austria. Geburtshilfe Frauenheilkd 2024; 84: 264–273. DOI: 10.1055/a-2249-7228
- [14] Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database Syst Rev 2023(3): CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub3
- [15] Feng XL, Guo SHipgrave D et al. China's facility-based birth strategy and neonatal mortality: a population-based epidemiological study. Lancet 2011; 378: 1493–1500. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61096-9

- [16] Arabin B, Chervenak FA, McCullough LB. Planned non-hospital births in industrialized countries: bureaucratic dream vs. professional responsibility. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2013; 217: 7–13. DOI: 10.1055/s-0032-1333215
- [17] Wasden SW, Chasen ST, Perlman JM et al. Planned home birth and the association with neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. *Perinat Med* 2017; 45: 1055–1060
- [18] Grünebaum A, McCullough LB, Arabin B. et al. Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States. *J Perinat Med* 2017; 45: 349–357. DOI: 10.1515/jpm-2016-0200
- [19] Anonymous. Executive summary: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Neonatal Encephalopathy. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 896–901. DOI: 10.1097/01.AOG.0000445580.65983.d2
- [20] Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol* 2017; 129: e117–e122. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002024
- [21] McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. *Review Semin Perinatol* 2016; 4: 222–226. DOI: 10.1053/j.semperi.2015.12.010
- [22] Uphoff R. Betrachtungen zu forensischen Aspekten der neuen AWMF-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 1283–1285. DOI: 10.1055/a-1731-2515