

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum
Themenpaket des IQWiG
Gesundheitsinformation – Mehr Wissen
Wo soll mein Kind zur Welt kommen?

Autorinnen: Mandy Funk¹, Christine Loytved

Datum: 24 August 2026

¹ University of Canterbury, Christchurch (Neuseeland)

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt die Erstellung von Gesundheitsinformationen rund um die Geburt und nimmt Stellung zu den Entwürfen der Gesundheitsinformation „Mehr Wissen – Wo soll mein Kind zur Welt kommen?“, und der Entscheidungshilfe „Geburt – Wo soll mein Kind zur Welt kommen?“:

Wie andere Gesundheitsinformationen der Reihe „Mehr Wissen“ sind auch die hier besprochenen Texte gut allgemeinverständlich.

Die DGHWi möchte im Folgenden aufmerksam auf Anmerkungen und Änderungsvorschläge in den Texten machen. Dabei orientiert sich die DGHWi an den aktualisierten International Patient Decision Aid Standards (IPDAS 5.0) nach Volk et al. (2026) (4).

Gesundheitsinformation - Mehr Wissen: Wo soll mein Kind zur Welt kommen -

Die DGHWi merkt an, dass die Gesundheitsinformation die Zielgruppe nicht eindeutig nennt. Aufgrund der Ansprache und des Titels „Wo soll mein Kind zur Welt kommen?“ stellt sich die Frage, ob ausschließlich Schwangere angesprochen werden sollen oder auch weitere werdende Elternteile. Aus Sicht der DGHWi sollte deutlicher werden, an wen sich die Gesundheitsinformation richtet und ob die derzeitige Eingrenzung bewusst gewählt wurde.

Die DGHWi empfiehlt den Eingangssatz (Seite 4) „Kinder können in einer Klinik, einem Geburtshaus oder zu Hause auf die Welt kommen.“ umzuformulieren, um zu verdeutlichen, dass es sich bei dem vorliegenden Themenpaket um die Planung rund um die drei angegebenen Geburtsorte handelt. Darüber hinaus kann dieser Satz etwas missverständlich sein, da Kinder grundsätzlich überall zur Welt kommen können.

Vorschlag: Für die Geburt kann zwischen verschiedenen Geburtsorten gewählt werden: einer Klinik, einem Geburtshaus oder dem eigenen Zuhause.

Weiter wird geschrieben, dass In Deutschland pro Jahr knapp 700.000 Kinder geboren werden. Die meisten kommen in einer Klinik zur Welt – etwa 98 von 100 Kindern. [1] Manche Frauen entscheiden sich dafür, ihr Kind außerhalb einer Klinik zu bekommen und zum Beispiel in ein Geburtshaus zu gehen. Neben medizinischen Aspekten sind auch individuelle Wünsche und Bedürfnisse bei der Wahl des Geburtsorts wichtig. Hier suggeriert der Text das Normale sei eine Klinikgeburt und weckt den Eindruck eine Entscheidung zur außerklinischen Geburt sei etwas Besonderes. Um neutraler zu formulieren wäre ein

Vorschlag: Die meisten Schwangerschaften verlaufen komplikationslos und kommen für eine hebammengeleitete Geburt in Frage. Diese kann klinisch oder außerklinisch stattfinden.

Bei den Ausführungen zur Entscheidungsfreiheit der Schwangeren „kann ich selbst entscheiden wo mein Kind zur Welt kommt?“ (Seite 4) sollte die Floskel „in der Regel“ gestrichen werden, da

Schwangere immer selbst entscheiden sollen dürfen, wo sie ihr Kind zur Welt bringen möchten. Weiter wird so formuliert, dass nur Ärztinnen und Ärzte die Entscheidung hinsichtlich des Geburtsortes treffen können, die DGHWi empfiehlt diesen Absatz umzuformulieren.

Vorschlag: Schwangere können selbst entscheiden, wo sie ihr Kind bekommen möchten. Sie können sich aussuchen, ob sie sich in einer Klinik oder einem Geburtshaus anmelden oder ob sie eine Hausgeburt planen. Bei erhöhten gesundheitlichen Risiken bei Mutter oder Kind kann es aber sein, dass die Hebamme, Ärztin oder der Arzt die Geburt in einer Klinik empfiehlt. Sie besprechen mögliche Risiken vorab mit der Schwangeren. Hebammen betreuen Geburten außerhalb einer Klinik nur, wenn sie die Verantwortung dafür tragen können und wollen. Geburtshäuser und Hausgeburten unterliegen einem strengen Kriterienkatalog zur Risikoabwägung.

Bei der Beschreibung der Hausgeburt (Seite 4) irritiert die Formulierung „Bei einer Hausgeburt begleiten ein oder zwei Hebammen die Schwangere in ihrem eigenen Zuhause“, da der Eindruck entstehen kann, die Anzahl der betreuenden Hebammen sei beliebig.

Vorschlag: Bei einer Hausgeburt begleitet eine Hebamme die Gebärende in ihrem eigenen Zuhause und ruft zur Geburt noch eine Kollegin zur Unterstützung dazu.

Auf Seite 4 sollte zudem die Option „Geburtshaus auf dem Klinikgelände“ erwähnt werden.

Auch die Ausführungen zu den Geburtshäusern sind sehr spärlich auf S. 4. Hier sollte ergänzt werden, dass Ärztinnen und Ärzte bei Bedarf hinzugezogen oder durch eine Verlegung in die nächste Klinik erreicht werden können.

Auf S. 4 wird auch das erste Mal die 1:1 Betreuung erwähnt. Die Vorteile einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung könnte hier gut hervorgehoben werden. Gerade im Hinblick auf die daraufhin genannte Schmerzmittelbedarfe ist hier eine genauere Erklärung notwendig.

Darüber hinaus wird aus den Erläuterungen zur Geburtsklinik auf den Seiten 5 und 6 nicht deutlich, dass die meisten Geburtskliniken in enger Verbindung mit einer Kinderklinik stehen. Aus Sicht der DGHWi wäre diese Information für die Entscheidung über den Geburtsort relevant und sollte ergänzt werden.

Es wird angeregt, zu prüfen, ob der Verweis auf die 38. Schwangerschaftswoche auf Seite 5 durch die Angabe 37 +0 Schwangerschaftswoche ersetzt werden könnte, um die Information für die NutzerInnen eindeutiger und verständlicher zu gestalten. Die Abgrenzung der Stufe 4 als Geburtsklinik wirkt unter der Rubrik „Geburtskliniken“ etwas ungenau. Man könnte sie als „einfache Geburtsklinik“ bezeichnen.

Zudem empfiehlt die DGHWi in der Erläuterung zu „Stufe 1: Perinatalzentrum Level 1“ auf Seite 6 den Satz „Diese Kliniken begleiten auch Frauen, die mit drei oder mehr Kindern schwanger sind“ zu streichen. Höhergradige Mehrlingsgeburten sind bereits von der Angabe zu Kindern, die direkt nach der Geburt eine intensive medizinische Betreuung benötigen, umfasst und die gesonderte Nennung wirft die Frage auf, wie Zwillingssgeburten einzuordnen sind. Klarstellend

könnte stattdessen ein Hinweis erfolgen, dass bei Mehrlingsgeburten sich die Wahl der geeigneten Geburtsklinik nach der Schwangerschaftswoche, der Anzahl der Kinder und ihrem geschätzten Geburtsgewicht richtet.

Unter „Gut zu wissen“ auf Seite 6 wird auch darauf hingewiesen, dass sich auch Schwangere ohne oder mit nur geringen Risiken für eine Klinik mit einer höheren Versorgungsstufe anmelden können. Hier ist anzumerken, dass die Einteilung in Versorgungsstufen gerade dazu dient, die Wahl der Geburtsklinik am jeweiligen medizinischen Versorgungsbedarf auszurichten. Aus Sicht der DGHWi ist für die Entscheidung hilfreicher, darüber zu informieren, ob und welche Kinderklinik an die jeweilige Geburtsklinik angebunden ist.

Die Ausführungen unter „Ausstattung von Geburtskliniken“ auf Seite 6 können den Eindruck vermitteln, dass die beschriebene Ausstattung von der Versorgungsstufe der Klinik abhängt. Gemeint sind jedoch Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken unabhängig von ihrer medizinischen Versorgungsstufe.

Vorschlag: Unabhängig von der Stufe der medizinischen Versorgung unterscheiden sich die einzelnen Kliniken in ihrer Ausstattung und weiteren Möglichkeiten. Dazu gehört zum Beispiel, wie viel Personal verfügbar ist, wie viele Begleitpersonen bei der Geburt dabei sein dürfen und wie der Kreißsaal gestaltet ist. Oft gibt es zum Beispiel verstellbare Betten, Sprossenwände, Geburtswannen, Hocker und Sitzbälle, um während der Geburt verschiedene Körperhaltungen auszuprobieren.

Der Absatz beginnend mit „Geburtskliniken bieten Online-Veranstaltungen ...“ auf Seite 6 passt aus Sicht der DGHWi inhaltlich besser an das Ende des Abschnittes unmittelbar vor die Zwischenüberschrift „Hebammenkreißsaal“.

Auf Seite 7 der Gesundheitsinformation wird auch auf den Hebammenkreißsaal Bezug genommen und erwähnt, dass sich der Hebammenkreißsaal in einer Geburtsklinik befindet. Das ist richtig, allerdings gibt es nicht in jeder Geburtsklinik einen Hebammenkreißsaal. Die DGHWi empfiehlt daher diesen Satz entsprechend anzupassen.

Vorschlag: In manchen Geburtskliniken gibt es einen Hebammenkreißsaal.

Weiter heißt es dann im nachfolgenden Satze „Damit unterscheidet er sich von den meisten anderen Kreißsälen, die unter ärztlicher Leitung stehen“ könnte dahingehend missverstanden werden, dass in anderen Kreißsälen keine Hebammen tätig sind. Die DGHWi empfiehlt daher, die Rolle der Hebammen auch in diesen Kreißsälen deutlicher zu machen.

Vorschlag: Die frauenzentrierte, hebammengeleitete Begleitung steht im Hebammenkreißsaal im Vordergrund.

Darüber hinaus sollte bei der Beschreibung des Hebammenkreißsaals deutlicher werden, dass bei der Notwendigkeit ärztlicher Hilfe in vielen Fällen nicht nur eine ärztliche Fachperson hinzugezogen wird, sondern gegebenenfalls auch ein Wechsel in einen anderen Kreißsaal erforderlich werden kann, beispielsweise wenn eine PDA gewünscht oder erforderlich wird. Dieser Umstand kann für die Wahl des Geburtsortes bzw. Betreuungsmodells relevant sein.

Die Formulierungen „um die Geburt zu planen“ auf Seite 7 und „die Geburt geplant“ auf Seite 8 könnten den Eindruck vermitteln, dass der Ablauf der Geburt im Voraus festgelegt werden kann. Aus Sicht der DGHWi sollte deutlicher werden, dass es dabei um Wünsche und Vorstellungen für die Geburt geht.

Insgesamt sind die Ausführungen zur Geburtsklinik deutlich umfangreicher als die Beschreibungen des Geburtshauses und der Hausgeburt. Auch bei den außerklinischen Geburtsorten gibt es ein Anmeldeprozedere und Gespräche über Wünsche und mögliche Ängste der werdenden Eltern. Die DGHWi empfiehlt daher, die Darstellung hinsichtlich Umfang und Detailtiefe stärker anzugleichen. Beispielsweise könnten einzelne Detailinformationen zur Anmeldung in der Klinik gekürzt werden, wie z.B. die Streichung des Satzes „Wie die Anmeldung abläuft, kann sich je nach Klinik unterscheiden und hängt auch davon ab, wie es der Schwangeren und dem Kind geht und ob eine vaginale Geburt oder ein Kaiserschnitt geplant ist“ (Seite 7), da Frauen mit geplanter Sectio möglicherweise nicht zur Zielgruppe gehören. Auch der Satz „Neben der Versicherungskarte können das ein Anmeldebogen, der Mutterpass und weitere ärztliche Dokumente sein, etwa zu Vorerkrankungen“ (Seite 7-8) kann gestrichen werden, da Frauen dies online erfahren. Auch die Erklärung „– damit alles gut vorbereitet ist, wenn sich das Kind ankündigt.“ kann aus Sicht der DGHWi gestrichen werden, da an jedem Geburtsort auf eine gute Vorbereitung Wert gelegt wird. Ein anderer Vorschlag wäre die Anmeldeprozedere und Sorgsamkeit in der Geburtsvorbereitung generell für alle Geburtsorte zu formulieren und dann nur die versorgungsstrukturellen Unterschiede der einzelnen Orte genauer zu unterscheiden.

Auf Seite 9 der Gesundheitsinformation heißt es „Die Schwangere kann ihre Wünsche und Bedürfnisse für die Geburt besprechen. Es kann hilfreich sein, diese vorab aufzuschreiben und mitzubringen.“ Hier müsste aus Sicht der DGHWi vor dem letzten Wort ergänzt werden „...diese Aufzeichnungen“.

Vorschlag: Es kann hilfreich sein, diese vorab aufzuschreiben und die Aufzeichnungen mitzubringen.

Die Beschreibung des Geburtshauses auf Seite 8 ist teilweise missverständlich. Insbesondere sollte deutlicher zwischen Geburtshäusern und Hebammenpraxen unterschieden und auf für die Entscheidung nicht erforderliche Details zur räumlichen Ausstattung verzichtet werden.

Vorschlag: Kinder können in Geburtshäusern und in manchen Hebammenpraxen zur Welt kommen. Sie werden von Hebammen geleitet. Die Geburtsräume sind möglichst wohnlich gestaltet und so eingerichtet, dass die Frau verschiedene Geburtspositionen ausprobieren kann. Neben einem Bett gibt es zum Beispiel oft

Gebärwannen, Hocker und Sitzbälle. Eine kontinuierliche, vertrauensgeprägte, persönliche Begleitung der Geburt steht dabei im Vordergrund.

Auch wird bei den Ausführungen zudem nicht ausreichend deutlich, dass auch bei außerklinischen Geburten verschiedene Maßnahmen zur Schmerzbewältigung angeboten werden können. Die Darstellung sollte daher nicht den Eindruck vermitteln, dass dort lediglich dazu angeleitet wird, mit Schmerzen umzugehen. Dabei können auch Heilmittel zur Schmerzbewältigung eingesetzt werden. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass sich der Umgang mit Wehen und Schmerzen bei einer außerklinischen Geburt konzeptionell von dem in einer Klinik unterscheiden kann.

Auf Seite 8 der Gesundheitsinformation lautet der letzte Satz im ersten Absatz „Anders als in einer Klinik können Mutter und Kind nicht einige Tage im Geburtshaus bleiben, sondern gehen wenige Stunden nach der Geburt wieder nach Hause.“ Bei diesem Satz könnte es sein, dass dieser nicht mehr als rein objektive Information gesehen, sondern bereits als Wertung verstanden wird. Die DGHWi empfiehlt daher lediglich neutral mitzuteilen, dass Mutter und Kind wenige Stunden nach der Geburt wieder nach Hause gehen dürfen.

Vorschlag: Mutter und Kind können wenige Stunden nach der Geburt wieder nach Hause gehen.

Außerdem ist es in vielen Geburtshäusern auch möglich die erste Nacht zu bleiben. Die Entlassung findet erst statt, wenn es Mutter und Kind gut genug dafür geht und ein Nachsorgebesuch findet typischerweise am gleichen Tag zu Hause statt.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass dies auch, wie an anderer Stelle in der Gesundheitsinformation ausgeführt, grundsätzlich nach einer Geburt in der Geburtsklinik erfolgen kann. Dies sollte aus Sicht der DGHWi ausgewogen dargestellt werden.

Insgesamt erscheint die Darstellung des Geburtshauses an einigen Stellen defizitorientiert, beispielsweise hinsichtlich der Aufenthaltsdauer. Für eine neutrale Darstellung könnte stattdessen auch darauf hingewiesen werden, dass Geburtshäuser in der Regel in räumlicher Nähe zu einer Geburtsklinik liegen.

Auf der gleichen Seite unter der Überschrift „Was ist eine Hausgeburt“ wird auf einen „Notfallplan“ Bezug genommen. Aus Sicht der DGHWi impliziert dies eine Wertung. Wie in der Gesundheitsinformation selbst angegeben, finden die meisten Verlegungen in Ruhe statt und nicht als Notfall. Es wird daher empfohlen, das Wort „Notfallplan“ durch „Verlegungsplan“ zu ersetzen oder ganz wegzulassen, da ein entsprechendes Vorgehen bereits von den zuvor genannten „medizinischen Aspekten“ umfasst ist. Anderenfalls sollten „Notfallpläne“ dann für jeden der möglichen Geburtsorte aufgeführt werden, um eine objektive Darstellung von Vor- und Nachteilen der einzelnen Geburtsorte zu gewährleisten.

Bei der Beschreibung der Hausgeburt sollte außerdem überprüft werden, ob die Darstellung der Vorbereitungen den Eindruck erweckt, Handtücher und Unterlagen müssten bereits beim

Kennenlernertermin in dem für die Geburt vorgesehenen Raum bereitgelegt werden. Hier sollte deutlicher zwischen dem Kennenlernen des häuslichen Umfeldes und den späteren konkreten Vorbereitungen auf die Geburt unterschieden werden.

Der zweite Abschnitt zur Hausgeburt auf Seite 9 kann zudem den Eindruck vermitteln, dass die Möglichkeiten zur Unterstützung bei einer Geburt im Geburtshaus begrenzt sind, während sie bei einer Hausgeburt allein von den Empfehlungen der betreuenden Hebamme abhängen. Die Darstellung sollte daher überprüft und für beide außerklinischen Geburtsorte vergleichbar formuliert werden.

Im Abschnitt „Wann ist eine Geburt im Geburtshaus oder eine Hausgeburt möglich?“ auf Seite 9 sollte zudem ergänzt werden, dass insbesondere Mehrgebärende diese Geburtsorte wählen bzw. schätzen (3). Die DGHWi empfiehlt außerdem die SSW klar zu benennen.

Vorschlag: Auch wenn die Geburt vor 37+0 SSW (Frühgeburt) oder nach 42+0 SSW (Übertragung) beginnt, ist eine Geburt im Geburtshaus oder zu Hause nicht möglich.

Die Ausführungen zur medizinischen Versorgung außerhalb der Klinik beschreibt die Hebamme als „gut ausgebildet“ die Geburt medizinisch zu begleiten, da sie beispielsweise die Herztöne des Kindes kontrolliert und erkennt, wenn ärztliche Versorgung notwendig ist (Seite 9). Aus Sicht der DGHWi könnte der Absatz umformuliert werden:

Vorschlag: Die Hebamme überwacht und beurteilt während der Geburt, wie es der Frau und dem Kind geht. Sie ist professionell ausgebildet, die Geburt medizinisch und psychosozial zu begleiten. Sie ist in der Lage eine Geburt selbstverantwortlich und sicher zu begleiten und entscheidet gewissenhaft ob und wann eine interprofessionelle Versorgung nötig ist. Die kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme beugt nachweislich Komplikationen vor und führt zu einer größeren Zufriedenheit der gebärenden Person, zu weniger Interventionen und einem besseren neonatalen Outcome (3).

Auf Seite 10 wird angegeben, dass etwa 20 von 100 Frauen während einer außerklinisch begonnenen Geburt in eine Klinik wechseln. Hier ist zunächst fraglich, warum die Gründe einer Verlegung an sich als Nachteil des Geburtsortes aufgeführt werden, obwohl sie ein Gütekriterium für Sicherheit und Transparenz darstellen. Entscheidend ist vielmehr, dass im Fall einer erforderlichen ärztlichen Versorgung oder einer Komplikation zunächst eine Verlegung notwendig sein kann. Sofern auf die Gründe einer Verlegung eingegangen wird, sollte differenzierter dargestellt werden, aus welchen Gründen diese Verlegungen erfolgen und wie häufig tatsächlich eine zeitkritische Situation vorliegt. Beispielsweise kann bei einem sich abzeichnenden protrahierten Geburtsverlauf ausreichend Zeit für eine Verlegung bestehen. Insbesondere sollte deutlich werden, wie häufig eine Verlegung aufgrund auffälliger Herztöne erfolgt. Darüber hinaus

sollten zwischen Geburtshaus und Hausgeburt sowie Erst- und Mehrgebärende differenziert betrachtet werden.

Die Nennung einer Infektion des Kindes als Verlegungsgrund kann zudem den Eindruck erwecken, dass dies ein spezifisches Risiko der außerklinischen Geburt darstellt. Es sollte geprüft werden, ob für eine ausgewogene Darstellung nicht auch Verlegungen von Neugeborenen nach einer Geburt in einer Geburtsklinik in eine Kinderklinik berücksichtigt werden müssten.

Der Kasten „Gut zu wissen“ auf Seite 10 irritiert und ist hinsichtlich seiner Evidenzgrundlage zu überarbeiten. Die DGHWi empfiehlt, hierfür die Birthplace-Studie von Hollowell et al. (2011) (1) heranzuziehen, da diese Daten mit geeigneten Vergleichsgruppen zur Verfügung stellt.

Auf Seite 11 der Gesundheitsinformation lautet eine Überschrift: „Was kann ich bei einer Geburt außerhalb einer Klinik zur Sicherheit vorbereiten?“. Dies könnte so zu verstehen sein, dass eine außerklinische Geburt grundsätzlich unsicher ist. Die DGHWi empfiehlt die Informationen neutral zur Verfügung zu stellen.

Vorschlag: Was kann ich bei einer Geburt außerhalb einer Klinik zusätzlich vorbereiten?

Bei der Darstellung der Vor- und Nachteile der Geburtsklinik auf Seite 11 sollte überprüft werden, ob die Auswahl ausgewogen ist. Als mögliche Nachteile könnten beispielsweise die Anpassung an Klinikroutinen, wechselndes Personal, zusätzliche Überwachungsmaßnahmen, weniger Bewegungsmöglichkeiten oder mögliche Eingriffe ohne Zustimmung berücksichtigt werden (2). Entsprechend der Angabe von Verlegungsraten bei außerklinischen Geburten könnte auch die Häufigkeit von Kaiserschnitten bei Klinikgeburten angegeben werden.

Der Satz „Wenn nötig, kann die Geburt mit einer Saugglocke unterstützt werden“ auf Seite 11 könnte missverstanden werden. Diese Option bieten auch manche Geburtshäuser an, die eng mit ärztlichen Fachpersonen zusammenarbeiten.

Auch der Satz „Auch ein Kaiserschnitt ist kurzfristig möglich“ sollte überprüft werden, da er den Eindruck erwecken kann, ein Kaiserschnitt könne in jeder Geburtsklinik kurzfristig auf Wunsch durchgeführt werden.

Unter der nachfolgenden Überschrift „Beahlt die Krankenkasse eine Geburt außerhalb einer Klinik“ auf der gleichen Seite sind die Angaben etwas ungenau im Vergleich zu anderen Angaben im Themenpaket. Die DGHWi empfiehlt den Absatz genauer zu formulieren.

Vorschlag: Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine Geburt im Geburtshaus oder für eine Hausgeburt. Manche Krankenkassen übernehmen auch einen Anteil der Kosten der Rufbereitschaft der Hebamme. Ansonsten ist dies selbst zu zahlen. Die jeweilige Krankenkasse gibt darüber Auskunft.

Unter der Überschrift „Wie entscheide ich, wo mein Kind zur Welt kommen soll?“ ebenfalls auf der gleichen Seite impliziert der erste Satz, dass einer Frau ihr Recht zur Wahl des Geburtsortes

abgesprochen werden könnte. Dies ist zu vermeiden und unter dieser Überschrift soll es lediglich um das „Wie“ der Entscheidung gehen. Die DGHWi empfiehlt daher den ersten Satz zu streichen und einen Teil des zweiten Satzes zu ergänzen.

Vorschlag: Bei der Entscheidung können zum Beispiel medizinische Bedenken, das eigene Sicherheitsbedürfnis, der Wunsch nach Selbstbestimmung und frühere Erfahrungen eine Rolle spielen. Auch die Unterstützung und die Geburtserfahrungen von nahestehenden Personen können bei der Entscheidung wichtig sein.

Darüber hinaus fordert die Gesundheitsinformation die Zielgruppe bislang nicht ausreichend dazu auf, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Geburtsorte entsprechend ihrer persönlichen Bedeutung zu gewichten. Aus Sicht der DGHWi sollte die individuelle Abwägung der für die jeweilige Frau wichtigen Aspekte deutlicher Bestandteil der Entscheidungshilfe sein.

Die Gesundheitsinformation nimmt an verschiedenen Stellen auf Eins-zu-eins-Betreuung Bezug. Die DGHWi weist darauf hin, dass dies bedeutet, dass nur eine Gebärende von einer Hebamme betreut wird. Die Verwendung dieses Begriffes erscheint in der Gesundheitsinformation beispielsweise auf Seite 12 im 2. Absatz ungenau.

Auf Seite 12 der Gesundheitsinformation im vorletzten Absatz werden erneut die Kosten der Rufbereitschaft adressiert. Hier sollte ergänzt werden, dass manche Krankenkassen zumindest einen Teil übernehmen.

Vorschlag: Die Rufbereitschaft der Hebamme ist selbst zu zahlen sofern die Krankenkassen keinen oder nur einen Teil daran erstattet – das können oder wollen nicht alle Schwangeren.

Auf Seite 12 wird die Aussage zur regionalen Verfügbarkeit einer Hausgeburtshebamme bzw. eines Platzes im Geburtshaus unter anderem mit einer kanadischen Studie (Nr. 18) belegt. Aus Sicht der DGHWi sollte geprüft werden, inwieweit eine kanadische Studie geeignet ist, Aussagen über die Verfügbarkeit dieser Angebote und die Finanzierung der Rufbereitschaft in Deutschland zu belegen.

Auf Seite 12 wird außerdem die Schwierigkeit angesprochen, eine Hausgeburtshebamme oder einen Platz im Geburtshaus zu finden. Dieser Aspekt betrifft weniger die Eigenschaften des jeweiligen Geburtsortes als dessen regionale Verfügbarkeit. Die DGHWi empfiehlt daher zu prüfen, ob diese Information an anderer Stelle besser eingeordnet werden kann.

Das Angebot an Hausgeburten und Geburtshäusern ist regional unterschiedlich. Es sollte ergänzt werden, auf welchen Wegen Schwangere eine Hausgeburtshebamme oder ein Geburtshaus in ihrer Region finden können.

Insgesamt stellt die Gesundheitsinformation die positiven und negativen Aspekte der verschiedenen Geburtsorte noch nicht vollständig ausgewogen dar. Die Beschreibung der

Geburtsklinik umfasst mehr als 1.000 Wörter und ist damit wesentlich ausführlicher als die Darstellung des Geburtshauses und der Hausgeburt. Insbesondere fehlen bei der Hausgeburt Aspekte, die für Schwangere und ihre Unterstützungspersonen von Bedeutung sein können. So entfällt die Notwendigkeit, den richtigen Zeitpunkt für die Fahrt in eine Klinik oder ein Geburtshaus bestimmen zu müssen, da die Hebamme in das häusliche Umfeld kommen und dieses bei Bedarf auch wieder verlassen kann.

Darüber hinaus ist nicht ausreichend erkennbar, dass die Gesundheitsinformation auf den besten verfügbaren Erkenntnissen basiert. Beispielsweise wird die Birthplace-Studie von Hollowell et al. (2011) (1) oder ein aktuelles Scoping Review zum Vergleich der Versorgung zu Beginn der Geburt (2) nicht berücksichtigt. Die Vorteile der kontinuierlichen Hebammenbetreuung wie bspw. in einem hebammengeleiteten Kreißsaal, einem Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt sollten außerdem deutlicher hervorgehoben und mit aktueller Literatur untermauert werden (3). Ebenso wird nicht beschrieben, wie potenzielle NutzerInnen in die Konzeption, Entwicklung und/oder Überarbeitung der Gesundheitsinformation einbezogen wurden.

Positiv ist hervorzuheben, dass die Gesundheitsinformation vollständige Quellenangaben zu den ausgewählten Erkenntnissen enthält und mit dem Ottawa Personal Decision Guide ein theoretischer Rahmen bzw. ein konzeptionelles Modell zugrunde gelegt wurde.

Die Sprache der Gesundheitsinformation ist insgesamt gut verständlich. Die DGHWi empfiehlt jedoch, unpersönliche bzw. nicht durchgehend passende Formulierungen wie „man“, die an verschiedenen Stellen verwendet werden, sowie „sein Kind“ auf Seite 12 zu vermeiden und durch eine einheitliche direkte Ansprache zu ersetzen.

Die Gesundheitsinformation sollte zudem ein Erstellungs- oder Veröffentlichungsdatum enthalten. Darüber hinaus fehlen Informationen zu einer vorgesehenen Aktualisierungsrichtlinie bzw. ein Hinweis auf ein entsprechendes Begleitdokument.

Schließlich wird nicht klar und gut sichtbar angegeben, aus welchen Mitteln die Entwicklung der Gesundheitsinformation finanziert wurde. Aus Sicht der DGHWi sollte die Finanzierung transparent ausgewiesen werden.

Entscheidungshilfe – Wo soll mein Kind zur Welt kommen

Auf Seite 1 im 3. Absatz der Entscheidungshilfe könnte aus Sicht der DGHWi das Recht der Frau zur Wahl des Geburtsortes stärker formuliert werden. Die derzeitige Formulierung könnte dieses Recht relativieren.

Vorschlag: Oft ist es hilfreich, sich vorab zu überlegen, was Sie möchten oder nicht möchten. Alles ist jedoch nicht immer planbar. Wichtig zu wissen ist, dass Sie frei entscheiden und Ihre Entscheidung auch kurzfristig wieder ändern können.

Auf Seite 1 werden unter der Überschrift „Es gibt folgende Möglichkeiten“ die drei Geburtsorte Geburtsklinik, Geburtshaus und Hausgeburt kurz beschrieben. Einzelne dieser Beschreibungen können jedoch zu vereinfachenden oder missverständlichen Vorstellungen der jeweiligen Geburtsorte führen. So kann die Atmosphäre auch in einer Klinik ruhig und in einem Geburtshaus unruhig sein. Ebenso kann eine Hebamme die Geburt auch in einer Klinik leiten. Bei einer Hausgeburt ist zwar das gewohnte Umfeld ein relevanter Aspekt, darüber hinaus kann von Bedeutung sein, dass keine Entscheidung über den geeigneten Zeitpunkt der Fahrt in die Klinik oder in das Geburtshaus getroffen werden muss. Damit entfallen auch mögliche unnötige Fahrten oder die Erfahrung, aufgrund eines noch nicht ausreichend fortgeschrittenen Geburtsverlaufs wieder nach Hause geschickt zu werden. Die Auflistung nur vereinzelter Spiegelstriche an dieser Stelle wird daher nicht als geeignet gesehen, die Entscheidung zur Wahl des Geburtsortes zu unterstützen.

Vorschlag: Die Spiegelstriche unter den drei Geburtsorten streichen und lediglich den Hinweis belassen: „Die Vor- und Nachteile dieser Möglichkeiten sind auf den folgenden Seiten beschrieben.“ Zudem sollte erwogen werden, ein Geburtshaus auf dem Gelände einer Klinik und der Hebammenkreißsaal als weitere Optionen aufzunehmen.

Die Zielgruppe der Entscheidungshilfe wird ebenfalls nicht eindeutig benannt. Aufgrund des Titels „Geburt: Wo soll mein Kind zur Welt kommen?“ scheint sich die Entscheidungshilfe in erster Linie an Schwangere zu richten. Es bleibt jedoch offen, ob weitere werdende Elternteile bzw. unterstützende Personen ebenfalls angesprochen werden sollen und ob die gewählte Eingrenzung bewusst erfolgt ist. Die DGHWi empfiehlt daher die Zielgruppe zu Beginn der Entscheidungshilfe eindeutig zu benennen und entsprechend zu adressieren.

Auf Seite 2 werden positive und negative Aspekte der drei Geburtsorte dargestellt. Die Auswahl und Zuordnung einzelner Aspekte sollte jedoch überprüft und teilweise ergänzt werden.

Bei der Auflistung der Nachteile auf Seite 2 wird auf die Zeit bis zu einer ärztlichen Versorgung bei der Geburt im Geburtshaus und zu Hause hingewiesen. Eine ärztliche Versorgung ist jedoch grundsätzlich während einer physiologisch verlaufenden Geburt nicht erforderlich. Weiter wird angegeben, dass etwa 20 von 100 Frauen während der Geburt in eine Klinik wechseln. Hier ist zunächst fraglich, warum die Gründe einer Verlegung an sich als Nachteil des Geburtsortes aufgeführt werden. Entscheidend ist vielmehr, dass im Fall einer erforderlichen ärztlichen Versorgung oder einer Komplikation zunächst eine Verlegung notwendig sein kann. Sofern auf die Gründe einer Verlegung eingegangen wird, sollte differenzierter dargestellt werden, aus welchen Gründen diese Verlegungen erfolgen und wie häufig tatsächlich eine zeitkritische Situation vorliegt. Beispielsweise kann bei einem sich abzeichnenden protrahierten Geburtsverlauf ausreichend Zeit für eine Verlegung bestehen. Zudem sollte zwischen Verlegungen aus einem Geburtshaus und aus dem häuslichen Umfeld differenziert werden.

Aus Sicht der DGHWi sollten mögliche Nachteile objektiv dargestellt werden und der Teil der Ausführungen entsprechend umformuliert werden. Sofern man sich zwingend an der vorgegebenen Text orientiert möchte, müsste dieser entsprechend angepasst werden.

Vorschlag: Für den Fall, dass eine ärztliche Versorgung nötig ist, dauert es länger. Die Verlegung in die Klinik kann bei Komplikationen wertvolle Zeit kosten. Es gibt weniger Optionen zur Schmerzlinderung.

Unter „Hausgeburt“ wird bei der Betreuung durch die Hebamme auf die „Dauer ihrer Schicht“ hingewiesen. Es bleibt unklar, welche Bedeutung diese Aussage für die Hausgeburt haben soll und warum sie nicht näher erläutert wird.

Bei den Nachteilen der Geburtsklinik könnten weitere für die Entscheidung relevante Aspekte berücksichtigt werden. Hierzu gehören beispielsweise die Anpassung an Klinikroutinen, etwa ein venöser Zugang, zusätzliche Überwachungsmaßnahmen wie ein Dauer-CTG, weniger Bewegungsmöglichkeiten sowie das Risiko von Eingriffen ohne ausreichende Zustimmung (2), beispielsweise eines Dammschnitts. Es stellt sich daher die Frage, nach welchen Kriterien die dargestellten Vor- und Nachteile ausgewählt wurden. In entsprechender Weise wie bei der außerklinischen Geburt könnte auch für die Klinikgeburt wie bei der außerklinischen Geburt darauf hingewiesen werden, dass mehr als „30 von 100 Frauen“ einen Kaiserschnitt erleben werden. Die Angabe umfasst dabei sowohl geplante Kaiserschnitte, für die sich Frauen bereits vor der Geburt entschieden haben, als auch Kaiserschnitte, die aufgrund des Geburtsverlaufs durchgeführt werden.

Unter dem Punkt „Was sind Besonderheiten“ sind wieder die Kosten der Rufbereitschaft erwähnt. Auch hier sollte die Ergänzung erfolgen, dass die Krankenkassen ggf. einen Teil dieser Kosten übernimmt.

Vorschlag: Die Rufbereitschaft der Hebamme in den Wochen um den errechneten Geburtstermin ist selbst zu zahlen, sofern die Krankenkassen diese Kosten nicht oder nicht vollständig übernimmt.

Darüber hinaus wird unter dieser Überschrift beim Geburtshaus darauf hingewiesen, dass dieses weit vom Wohnort entfernt sein kann. Dies kann gleichermaßen für eine Geburtsklinik gelten und sollte daher nicht ausschließlich dem Geburtshaus zugeordnet werden.

Die Schwierigkeit, eine Hebamme für eine Hausgeburt zu finden, betrifft eher die Verfügbarkeit dieser Option als eine Besonderheit einer bereits vereinbarten Hausgeburt und passt daher nicht vollständig in die gewählte Systematik. Dieser Aspekt sollte an anderer Stelle aufgegriffen werden. Als Besonderheit einer Hausgeburt könnte stattdessen beispielsweise genannt werden, dass die Vorbereitung des häuslichen Umfeldes für die Geburt mit einem gewissen Aufwand verbunden ist.

Auf Seite 3 werden die NutzerInnen aufgefordert, darüber nachzudenken, welche positiven und negativen Aspekte der Optionen für sie besonders wichtig sind. Die Aussage „Ich wohne auf dem Land und könnte bei Problemen nicht so schnell eine Klinik erreichen“ bleibt dabei unklar und ist nicht eindeutig einer bestimmten Geburtsoption zuzuordnen. Eine größere Entfernung zur Klinik kann beispielsweise auch dann relevant sein, wenn die Geburt in einer Klinik geplant ist und eine zeitkritische Situation bereits vor der Ankunft dort eintritt.

Vorschlag: Die Aussage streichen und beispielsweise ersetzen durch: „Mir ist es wichtig, die Maßnahmen bei der Geburt und deren Zeitpunkt weitestgehend selbst zu bestimmen.“

Die positiven und negativen Aspekte der verschiedenen Geburtsorte werden in der Entscheidungshilfe insgesamt ausgewogener dargestellt. Die Aufzählung ist jedoch nicht vollständig, was deutlicher kenntlich gemacht werden sollte. Insbesondere fehlt ein für Schwangere und ihre Unterstützungspersonen relevanter Aspekt der Hausgeburt: Die Hebamme kann in das häusliche Umfeld kommen und den Geburtsfortschritt dort einschätzen. Dadurch entfällt die Notwendigkeit, selbst den geeigneten Zeitpunkt für die Fahrt in die Klinik oder in das Geburtshaus bestimmen zu müssen.

Nach den Angaben zu den „Vorarbeiten“ auf Seite 7 basiert die Entscheidungshilfe auf den besten verfügbaren Erkenntnissen. Aus den Angaben wird indirekt erkennbar, dass potenzielle Nutzerinnen in die Konzeption, Entwicklung und/oder Überarbeitung des Dokumentes einbezogen wurden. Art und Umfang dieser Beteiligung könnten deutlicher dargestellt werden.

Schließlich wird nicht klar und gut sichtbar angegeben, aus welchen Mitteln die Entwicklung der Entscheidungshilfe finanziert wurde. Für die Transparenz sollte die Finanzierungsquelle ausdrücklich genannt werden.

Literatur:

1. Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart, M, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4. 2011.
2. Mueller AN, Zsindely P, Hundley V, Naef R, Clack L, Grylka-Baeschlin S. Midwife-led care versus obstetrician-led care for childbearing women in early labor: A systematic review. *Eur J Midwifery*. 2026 Jun 15;10. doi: 10.18332/ejm/218434. PMID: 42311347; PMCID: PMC13270553.
3. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Apr 10;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub6. PMID: 38597126; PMCID: PMC11005019.
4. Mother Hood e.V. Kristellern: Häufiger Eingriff bei der Geburt trotz erheblicher Risiken [Internet]. Bonn: Mother Hood e.V.; 2026 Jun 2 [zitiert am 24. Aug. 2026]. Verfügbar unter: https://mother-hood.de/wp-content/uploads/2026/06/Mother-Hood_PM_Kristellern-vermeiden_20260602.pdf
5. Schäfers R. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland: Qualitätsbericht 2024. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG); 2025.
6. Volk R J, Lewis K B, Smith M, Carley M, Barry M J, Bekker H L et al. Updated International Patient Decision Aid Standards (IPDAS version 5.0): modified Delphi, evidence informed consensus process *BMJ* 2026; 393 :e088116 doi:10.1136/bmj-2025-088116