

Analyse bundesdeutscher Perinataldaten 2004 bis 2013

Die Geburt einleiten?

Die fetale Mortalität steigt vermutlich nach Überschreiten des Geburtstermins an. Ob eine Geburt eingeleitet werden soll oder ob es besser ist, beobachtend abzuwarten, sobald eine Schwangere den Geburtstermin erreicht hat, ist noch nicht geklärt. Es gibt unterschiedliche Ansätze, um das Risiko für eine Totgeburt zu berechnen. Um eine angemessene Diskussion über die Risiken der Terminüberschreitung führen zu können, werden aktuelle Daten benötigt. > Christiane Schwarz, Erich Weiss, Christine Loytved, Rainhild Schäfers, Thomas König, Peter Heusser und Bettina Berger

In den letzten Jahren wurde in Deutschland ebenso wie in anderen Ländern in Fachkreisen darüber debattiert, ob – und falls ja, wann – es sinnvoll sei, schwangeren Frauen nach Erreichen des Geburtstermins eine Geburtseinleitung zu empfehlen. Neben der Vermeidung einer fetalen Makrosomie mit möglicher Morbidität bei Mutter und/oder Kind ist ein wichtiges Anliegen einer derartig begründeten Geburtseinleitung, die perinatale Mortalität zu senken. Denn das Risiko scheint nach retrospektiven Analysen ab 41 + 0 Schwangerschaftswochen (SSW) anzusteigen (Gülmezoglu et al. 2012). Gülmezoglu et al. formulieren in der größten und aktuellsten Metaanalyse von publizierten Studien zu Perinataldaten, dass 410 Geburtseinleitungen ab 41 + 0 nötig sind, um einen perinatalen Todesfall zu verhindern (Gülmezoglu et al. 2012). Der Beweis für diese Annahme wurde bisher jedoch nicht erbracht.

Fragestellung

Welche ungeborenen Kinder tatsächlich von einer Geburtseinleitung profitieren könnten, bleibt unklar (NICE 2008). Ebenso gibt es unterschiedliche Erkenntnisse zur Frage, ob eine groß-

zügige Indikation zur Einleitung die Kaiserschnitttrate, die Häufigkeit der postpartalen Blutungen oder weitere unerwünschte Outcomes positiv beeinflussen (Stock et al. 2012; Wennerholm et al. 2009; Grivell et al. 2012). Präferenzen von Schwangeren zur Geburtseinleitung wurden bisher nicht systematisch untersucht. Die adäquate Beratung von gesunden Schwangeren am Termin in Bezug auf die möglichen Vorgehensweisen (beobachtendes Abwarten oder Einleiten; falls ja, wann und wie) ist unter diesen Voraussetzungen kaum möglich. Schwangere Frauen möchten in Entscheidungsprozesse eingebunden werden, sie wünschen sich dafür Informationen über alle Optionen und deren Vor- und Nachteile in angemessener Form (Kiesewetter & Lehner 2012; Khireddine et al. 2013; Raviraj et al. 2013; O’Cathain et al. 2012). Auch die Interpretation der Daten, die den fachlichen Diskussionen zugrunde liegen, ist aus mehreren Gründen problematisch.

Die geburtshilflichen, gesundheitspolitischen und sozialen Bedingungen aus den Datenerhebungszeiträumen der aktuellen Arbeiten sind nicht unbedingt auf die heutige Bundesrepublik übertrag-

bar. Etliche Sekundärdaten, die den Arbeiten (Gülmezoglu et al. 2012; Elwyn et al. 2013) zugrunde liegen, sind nicht mehr aktuell; die Originalerhebungen für die jüngste Cochrane Metaanalyse (Gülmezoglu et al. 2012) stammen aus den Jahren zwischen 1969 und 2005. Stock et al. beziehen sich beim Vergleich von perinatalen Outcomes aus eingeleiteten und nicht eingeleiteten Geburten in Schottland (1981–2007) ebenfalls auf Daten, aus denen die Indikationen zur Einleitung für die Frauen, bei denen keine medizinischen Probleme dokumentiert sind, nicht mehr eindeutig nachvollziehbar sind. Darüber hinaus ist weder die genaue Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins nachvollziehbar noch ist die jeweils zur Geburtseinleitung angewendete klinische Vorgehensweise bei der Auswertung berücksichtigt (Hall 2012).

Ein grundlegendes Problem liegt in der uneinheitlichen statistischen Berechnung fetaler Todesfallraten. Ohne eine Vereinheitlichung auf dieser Ebene kann die Frage zur Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung nicht beantwortet werden. In vielen Publikationen, und dementsprechend in der Metaanalyse



Foto: © Markus Heimbach

Ist es sinnvoll, schwangeren Frauen nach Erreichen des errechneten Geburtstermins eine Einleitung zu empfehlen? Vor 41 + 6 Schwangerschaftswochen scheint dies nach Analyse der Datenlage nicht sinnvoll.

dieser Arbeiten, wird sowohl für die perinatale als auch für die fetale Mortalität die Häufigkeit je 1.000 (Lebend-)Geburten berechnet (Gülmezoglu et al. 2012). Hier gibt es allerdings die abweichende Empfehlung, wonach die fetale Mortalität nicht in Bezug auf 1.000 Geburten, sondern auf 1.000 noch bestehende Schwangerschaften zu Beginn des jeweils betrachteten Gestationszeitraums definiert wird (Yudkin et al. 1987; Joseph 2007; Smith 2001; Weiss et al. 2014). Durch diese Berechnungsweise ergeben sich deutliche Abweichungen in den Ergebnissen und damit in der Interpretation und den daraus abgeleiteten Empfehlungen für die klinische Praxis.

Doch auch wenn dasselbe Berechnungsschema verwendet wird, deuten die Ergebnisse nicht in die gleiche Richtung. In ihrer vor kurzem veröffentlichten Publikation stellen Weiss et al. anhand von aktuellen Daten aus Baden-Württemberg vor allem ab 41 + 0 SSW deutlich niedrigere Inzidenzen von fetalen Todesfällen im Vergleich zu den publizierten Daten aus anderen europäischen Ländern sowie den USA fest (Weiss et al. 2014). Die Autoren vermuten, dass sich diese Unterschiede möglicherweise dadurch erklären lassen, dass in Baden-Württemberg (ebenso wie in den anderen Bundesländern Deutschlands) mit der Überwachung der Feten mittels CTG bereits ab 40 + 0 SSW in allen Fällen begonnen wird, während in den Vergleichsländern dieses fetale Monitoring erst ab 41 + 0 SSW sporadisch und ab 42 + 0 SSW routinemäßig durchgeführt wurde. Es bleiben also etliche offene Fragen angesichts dieser Publikationen und der daraus abgeleiteten Empfehlungen.

Die Fragestellung in Bezug auf die bundesdeutschen Perinataldaten 2004–2013 lautet vor diesem Hintergrund: Bestätigen die bundesdeutschen Daten die baden-württembergischen

Die Autoren

Dr. Christiane Schwarz ist Gesundheitswissenschaftlerin und Hebamme. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover. Anfang Dezember 2015 hat sie zum Thema dieses Artikels an der Universität Witten/Herdecke mit „summa cum laude“ promoviert.
Kontakt: Schwarz.Christiane@mh-hannover.de

PD Dr. med. Erich Weiss ist Chefarzt der Frauenklinik im Klinikverbund Südwest Sindelfingen-Böblingen.

Dr. rer. medic. Christine Loytved ist Hebamme und Dozentin an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur (Schweiz).

Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers ist Hebamme und Professorin am Studiengang Hebammenkunde der Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Dr. Thomas König PhD ist Soziologe am Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Göttingen.

Prof. Dr. med. Peter Heusser ist Lehrstuhlinhaber und Leiter des Instituts für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke.

Dr. phil. Bettina Berger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizintheorie und anthroposophische Medizin der Universität Witten/Herdecke.

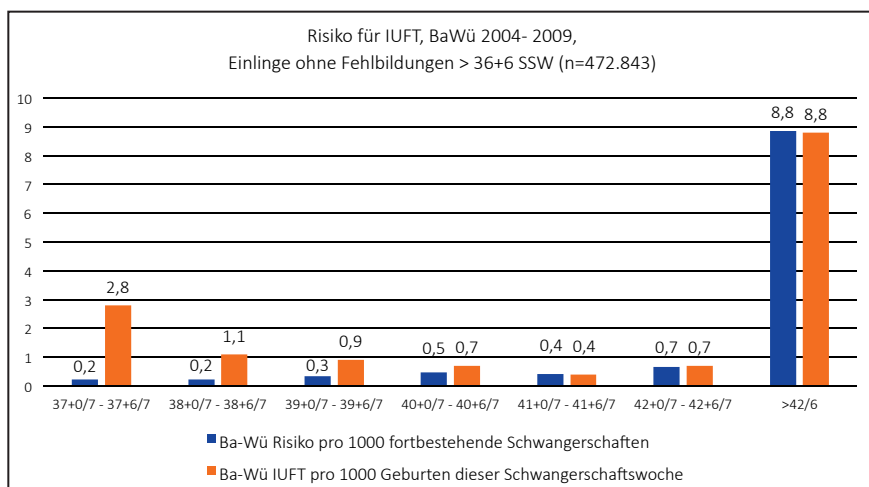


Abbildung 1: Risiko für IUFT je 1.000 Geburten versus Risiko je 1.000 fortbestehende Schwangerschaften, Baden-Württemberg 2004-2009 (nach Weiss et al. 2014).

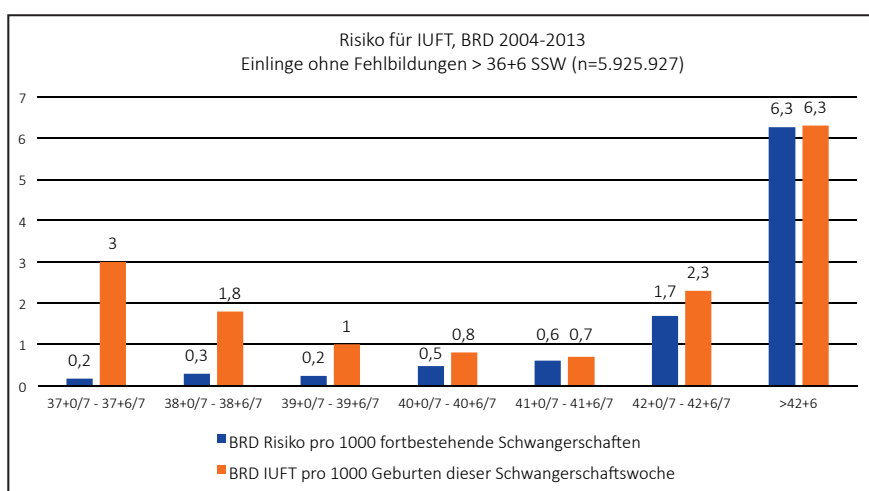


Abbildung 2: Risiko für IUFT je 1.000 Geburten versus Risiko je 1.000 fortbestehende Schwangerschaften, BRD 2004-2013

von Weiss et al. 2014 publizierten Daten? Ist auch auf Bundesebene, und über einen längeren Zeitraum nachvollziehbar, dass die fetale Mortalität niedriger liegt als im internationalen Vergleich?

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Universität Witten/Herdecke führt aktuell im Rahmen der Erstellung einer Entscheidungshilfe „Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung“ für schwangere Frauen dazu Recherchen durch. Die Arbeitsgruppe setzt sich dazu mit aktuellen perinatalen Daten auseinander.

Material und Methodik

Die perinatalen Daten der klinischen Geburtshilfe werden in Deutschland schon lange erhoben. Seit der gesetzlichen Festlegung der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Jahr 2001 wird die Steuerung und Publikation zentral über eine Bundesgeschäftsstelle vorgenommen (BQS-Bundesgeschäftsstelle Qualitätssi-

cherung bis 2009, seitdem AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH). Die Arbeitsgruppe beantragte unter der aufgeführten Fragestellung Daten aus der Qualitätsberichterstattung des Bundes beim AQUA-Institut. Einschlusskriterien waren alle Geburten von Einlingen ohne Fehlbildungen > 36 + 6 Schwangerschaftswochen (SSW) in deutschen Kliniken von 2004 bis 2013. Die Bewilligung der Sonderauswertung erfolgte durch den gemeinsamen Bundesausschuss. Die aggregierten Daten wurden vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt. Eine Bereinigung der gelieferten Daten nach Plausibilität erfolgte durch das AQUA-Institut. Dafür wurden offensichtlich fehlerhaft dokumentierte Gestationsalter aus dem Datensatz entfernt.

Als plausibel erachteten die AutorInnen eine Schwangerschaftsdauer von 40 + 0 SSW mit Abweichungen von -119 Tagen (entspricht der vollendeten 23.

SSW) bis zu +28 Tagen (entspricht einer Terminüberschreitung von vier Wochen). Zugrunde liegt die Annahme, dass unter 23 + 0 SSW (-119 Tage) ein Geburtsgewicht von mehr als 500 Gramm unwahrscheinlich ist und somit eine solche frühe Totgeburt als Fehlgeburt dokumentiert wird. Ebenso kann angenommen werden, dass das Fortbestehen einer Schwangerschaft mit bekanntem Gestationsalter über vier Wochen nach dem Stichtag 40 + 0 SSW äußerst unwahrscheinlich ist und somit diese Fälle eher auf Dokumentationsfehlern beruhen.

Die Berechnung der fetalen Mortalität konnte auf der Grundlage der von Weiss et al. vorgeschlagenen statistischen Berechnung von Totgeburten je 1.000 fortbestehenden Schwangerschaften erfolgen, der seinen Berechnungsalgorithmus zur Verfügung stellte (Weiss et al. 2014). Gleichzeitig wurde zum Vergleich eine Berechnung der international und national verwendeten Bezugsgröße Totgeburten je 1.000 Geburten in der jeweiligen Schwangerschaftswoche vorgenommen.

Ergebnisse

Die Rate an Geburtseinleitungen stieg von 2005 bis 2012 von 16,5 Prozent (n = 109.709) auf 21,9 Prozent (n = 145.265). Die Anzahl der in der Perinatalerhebung erfassten klinischen Geburten von Einlingen ohne Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mehr als 36 + 6 SSW betrug nach Bereinigung von unplausiblen Datensätzen im untersuchten Zeitraum von 2004 bis 2013 genau 5.933.117 (zum Vergleich Baden-Württemberg 2004-2009: 472.843).

Die fetale Mortalität lag in den Jahren 2004 bis 2013 bei reifen Einlingen ohne Fehlbildungen bei 0,12 Prozent (zum Vergleich Baden-Württemberg: 0,097 Prozent). Wenn als Berechnungsschlüssel die statistische Bezugsgröße IUFT je 1.000 Geburten zugrunde gelegt wird, sinkt das Risiko eines fetalen Todes rechnerisch zunächst mit wachsender Reife des Kindes und liegt in 41 + 0 bis 41 + 6 SSW am niedrigsten, um dann ab 41 + 6 SSW anzusteigen. Wird als statistische Bezugsgröße die Anzahl von Totgeburten je weiter fortbestehenden Schwangerschaften ausgewertet, zeigt sich in der Woche 41 + 0 bis 41 + 6 SSW ebenfalls der niedrigste Wert und ab 41 + 6 SSW der Anstieg des Risikos. Allerdings bewirkt die Berechnungsart eine von 39 bis 37 SSW abfallende Rate von IUFT (vergleiche Baden-Württemberg nach Weiss et al. 2014, siehe Abbildung 1).

Die Bundesdaten bestätigen die von Weiss et al. 2014 festgestellten Tendenzen. Das gilt sowohl für die fetale Mortalität je 1.000 Geburten der entsprechenden Schwangerschaftswoche als auch für die fetale Mortalitätsrate je 1.000 fortbestehende Schwangerschaften (siehe Abbildung 2). Der Anstieg der fetalen Mortalität nach 41 + 6 wird hier noch deutlicher als in Baden-Württemberg.

Diskussion

Die Vor- und Nachteile von Geburtseinleitungen bei Schwangeren am und über dem errechneten Geburtstermin werden in der Literatur kontrovers diskutiert. Es besteht weitgehender Konsens darüber, dass die Rate an Totgeburten ab dem Termin ansteigt. Die logische Konsequenz scheint zu sein, die Schwangerschaft zu einem Zeitpunkt zu beenden, an dem eine Frühgeburt nicht mehr zu erwarten und das Risiko des intrauterinen Fruchttodes aufgrund von insuffizienter fetaler Versorgung bei überreifer Plazenta noch moderat ist. Dieses Zeitfenster wird zwischen 41 + 0 und 42 vollendeten Schwangerschaftswochen vermutet. Die Daten aus den berücksichtigten älteren Publikationen (Gülmezoglu 2012; Stock et al. 2012; Caughey et al. 2009) bestätigen diese Annahme. Es handelt sich allerdings dabei um Daten aus anderen Ländern, Gesundheitssystemen und anderen Umständen medizinischer Versorgung sowie Lebensbedingungen. Die Anwendbarkeit und Übertragbarkeit der Schlussfolgerungen auf die heutige Bundesrepublik ist nicht selbstverständlich anzunehmen. Die Rate an IUFT liegt bei reifen Kindern bei 1,12 je 1.000 Geburten ab 37 + 0 SSW; dies ist vergleichbar mit den baden-württembergischen Daten, wo im gleichen Zeitraum die Rate

bei 0,97 liegt. Bei der Differenzierung der fetalen Mortalität nach Gestationsalter wird klar, dass die Fallzahl aus Baden-Württemberg ab 41 + 6 SSW bei den dann noch verbliebenen Schwangeren in diesem Zeitraum höhere Schwankungsbreiten aufweist als das bundesdeutsche Gesamtkollektiv über den größeren Zeitraum. Auch liegt die Rate an gesicherten Übertragungen in Baden-Württemberg mit 0,95 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Dennoch bestätigen die Bundesdaten die Daten aus Baden-Württemberg, da sie zeigen, dass sich unabhängig von der statistisch zugrunde liegenden Methode eine Erhöhung des Risikos für einen intrauterinen Fruchttod ab 42 + 0 nachweisen lässt. Dabei muss im Auge behalten werden, dass das reale Risiko insgesamt nach Überschreiten von vollendeten SSW bis zu 42 + 6 mit etwa zwei Fruchttoden je 1.000 Geburten insgesamt niedrig, jedoch etwa doppelt so hoch wie im Gestationsalter von 37 bis 42 Schwangerschaftswochen liegt. Das gilt für beide Berechnungswege.

Aufgrund der insgesamt niedrigen Fallzahl von fetalen Todesfällen müssen alle beschriebenen Trends vorsichtig interpretiert werden. Eine – wie in der Literatur vorausgesagte – signifikante Senkung der perinatalen Mortalität im Zusammenhang mit einer großzügigeren Einleitungspraxis bereits ab 41 + 0 SSW erscheint eher fraglich. Eine detaillierte Auswertung der anderen Risikofaktoren wie beispielsweise mütterliches Alter, Ernährung, Body-Mass-Index, Rauchen, Parität oder Ethnie aus allen Jahrgängen der Daten der Perinatalerhebung ist für diese Fragestellung erforderlich. Ebenfalls unklar ist es, inwiefern das in Deutschland übliche Prozedere der Schwangerenbetreuung ab 40 + 0 SSW mit frühzeitigen regelmäßigen Kontrollen der Fruchtwassermenge und der

Gesundheitsschutz im Beruf – Kongresse 2016

Wer die Gesundheitsversorgung von Müttern und Neugeborenen sichert, wird auch mit eigenen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert.

Tipps und Tricks für einen sicheren und gesunden Arbeitsalltag in der Geburtshilfe und anderen Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung vermitteln vier Fachkongresse der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Melden Sie sich jetzt zur Veranstaltung in Ihrer Nähe an! Es erwarten Sie praxisnahe Workshops und Themenforen. Neben Hygiene, Ergonomie, Führung, Kommunikation, psychischen Belastungen oder der Gefährdungsbeurteilung geht es um viele weitere Fragestellungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern. Alle vier Kongresse bieten das gleiche Programm.

Mehr wissen und anmelden: www.bgwforum.de

Die Termine: 04./05.03.2016 in Bremen • 22./23.04.2016 in Wuppertal • 10./11.06.2016 in München • 04./05.11.2016 in Dresden

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

fetalen Herzaktion mittels Ruhe-CTG zu diesen Ergebnissen beiträgt.

Fazit für die Praxis

Die Daten zur Geburtseinleitung wurden retrospektiv aus Sekundärdaten entnommen und analysiert. Sie zeigen Zusammenhänge, aber keine Kausalitäten. Dennoch muss festgestellt werden, dass der gewünschte Effekt einer großzügig indizierten Geburtseinleitung bei 41 + 0 Schwangerschaftswochen, nämlich die Reduktion der Totgeburten am Termin, ohne weitere Analysen nicht beweisbar ist. Weitere Forschung ist notwendig, insbesondere eine prospektive Erfassung und Auswertung von Geburtsergebnissen bei Einleitung. Bis dahin sollte die Empfehlung zur Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung ohne weitere Risikofaktoren zurückhaltend und mit der gebotenen Objektivität erfolgen. Die Einbeziehung der betroffenen Frauen in die Entscheidungsfindung muss im Licht der umfassenden Kommunikation der unsicheren wissenschaftlichen Datenlage stattfinden.

Zusammenfassung

Bei dieser Datenanalyse wird die fetale Mortalität von Einlingen ohne Fehlbildungen in Deutschland zwischen 2004 und 2013 während verschiedener Schwangerschaftswochen beschrieben. Die Risikoberechnung erfolgt nach der Berechnungsgrundlage von Totgeburten je 1.000 Geburten der jeweiligen Schwangerschaftswoche (SSW) versus der Berechnung nach dem „fetus-at-risk“ Modell, in dem Totgeburten je 1.000 fortbestehende Schwangerschaften zu dieser SSW zugrunde gelegt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss genehmigte die Sonderauswertung.

5.933.117 Geburten erfüllten die Einschlusskriterien. Die fetale Mortalität je 1.000 Geburten der SSW ist am niedrigsten zwischen 41 + 0 und 41 + 6 SSW (0,7/1.000). Danach steigt die Rate auf 2,3/1.000 zwischen 42 + 0 und 42 + 6 SSW. Mit dem „fetus-at-risk“ Modell zeigt sich die niedrigste Mortalität zwischen 37 + 0 und 39 + 6 SSW bei etwa 0,2 Totgeburten je 1.000 fortbestehender Schwangerschaften. Zwischen der 41 + 0 und 41 + 6 SSW liegt die fetale Mortalität bei 0,6, und in der folgenden Woche dann bei 2,3 je 1.000. Ab der 42 + 6 SSW ergibt sich bei beiden Rechenarten eine Mortalitätsrate von 6,3/1.000.

Resümee: Die fetale Mortalität ist bis 41 + 6 SSW insgesamt sehr niedrig. Eine Empfehlung zur routinemäßigen Einlei-

tung vor diesem Zeitpunkt scheint nicht sinnvoll. ○

Hinweis

Bei diesem Artikel handelt es sich um einen **Nachdruck** aus der Zeitschrift *für Geburtshilfe & Neonatologie* (ZfGN), erschienen 2015 im Thieme Verlag (Schwarz, C. et al.: Fetale Mortalität bei Einlingen ab Termin – eine Analyse bundesdeutscher Perinataldaten 2004–2013. ZfGN. 219: 81–86. 2015). Er wurde für die DHZ redaktionell überarbeitet. Wir bedanken uns für die freundliche Abdruckgenehmigung.

Literatur

- Caughy, A.B.; Sundaram, V.; Kaimal, A.J. et al.: Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med.* 151: 252–263 W53–W63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19687492> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2009)
- Elwyn, G.; Scholl, I.; Tietbohl, C. et al.: „Many miles to go ...“: a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak.* 13: S14 <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/S2/S14> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2013)
- Grivell, R.M.; Reilly, A.J.; Oakey, H.; et al.: Maternal and neonatal outcomes following induction of labor: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 91: 198–203. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21995778> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- Gülmezoglu, A.M.; Crowther, C.A.; Middleton, P. et al.: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane database Syst Rev.* 6: CD004945. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696345> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- Hall, H.G.: Complementary and alternative medicine for induction of labour. *Women & Birth (Women Birth)* (2012)
- Joseph, K.S.: Theory of obstetrics: an epidemiologic framework for justifying medically indicated early delivery. *BMC Pregnancy Childbirth.* 7: 4 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1851971&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2007)
- Khiredine, I.; Le Ray, C.; Dupont, C. et al.: Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. *PLoS One.* <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0054858#pone-0054858-g001> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2013)
- Kiesewetter, B.; Lehner, R.: Maternal outcome monitoring: induction of labor versus spontaneous onset of labor – a retrospective data analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 286: 37–41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298204> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: Induction of labour. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008)
- O' Cathain, A.; Thomas, K.; Walters, S.J. et al.: Women's perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery.* 18: 136–144. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12139911> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- Raviraj, P.; Shamsa, A.; Bai, J. et al.: An analysis of the NSW Midwives Data Collection over an 11-year period to determine the risks to the mother and the neonate of induced delivery for non-obstetric indication at term. *ISRN Obstet Gynecol.* 178415. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3800658&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2013)
- Smith, G.C.: Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 184: 489–496. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937801114353> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2001)
- Stock, S.J.; Ferguson, E.; Duffy, A. et al.: Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ.* 344: e2838 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3349781&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- Stock, S.J.; Ferguson, E.; Duffy, A. et al.: Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ.* 344: e2838. <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2838.pdf%2Bhtml> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2012)
- Weiss, E.; Krombholz, K.; Eichner, M.: Fetal mortality at and beyond term in singleton pregnancies in Baden-Wuerttemberg/Germany 2004–2009. *Arch Gynecol Obstet.* 289: 79–84 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3889812&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2014)
- Wennerholm, U.-B.; Hagberg, H.; Brorsson, B. et al.: Induction of labor versus expectant management for postdate pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 88: 6–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19140042> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (2009)
- Yudkin, P.L.; Wood, L.; Redman, C.W.G.: Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet.* 329: 1192–1194. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673687921544> (letzter Zugriff: 26.11.2015) (1987)