

Wir haben nicht das richtige Verständnis von Geburt

– Eine Stellungnahme zur neuen Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ –

KURZFASSUNG

(von Jessica Lohmann)

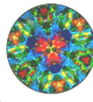
Ja, ich gebe zu, ich bin grundsätzlich eine Befürworterin der Hausgeburt und leide – spätestens seitdem sich eine Ärztin unter der Geburt meines ersten Sohnes nahezu auf meinen Bauch *geworfen* hat und mir Mengen eines wehenfördernden Medikaments in einer Geschwindigkeit verabreicht worden sind, die auch nach der neuen Geburtsleitlinie den Rahmen sprengt – unter einem anhaltenden Vertrauensverlust in die konventionelle Medizin. Über meinen Weg von meiner als traumatisch erlebten Krankenhausgeburt hin zur Hausgeburt meines zweiten Sohnes habe ich ein Buch geschrieben. Da war es für mich klar, dass ich nach ihrem Erscheinen, auch noch Stellung zur ersten deutschen Leitlinie für „normale“ Geburten, der Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) beziehe. Passend dazu hielt ich kurze Zeit später einen Zeitungsartikel mit der Überschrift „Mehr Schutz im Kreißaal“^[1] in der Hand. Ich war gespannt: Bot die Leitlinie tatsächlich mehr Schutz für Gebärende? Und räumte sie tatsächlich mit „veralteten Maßnahmen in der Geburtshilfe“ auf, so wie es der Untertitel des Zeitungsartikels versprach?

Auf der Suche nach dem Mitgefühl oder: Der Großteil der Empfehlungen wurde aus einer englischen Leitlinie entnommen

Am allermeisten war ich gespannt darauf, ob ich nun endlich auch in der deutschen Leitlinien-Landschaft zum Thema „Mitgefühl“ und „würdevoller Umgang mit Gebärenden“ in der Geburtshilfe fündig werden würde. Und tatsächlich, das Mitgefühl und auch die Würde sind ganz konkret in der Leitlinie festgehalten, auch wenn sich dieser Umstand in seiner Konkretheit nur daraus ergibt, dass die Leitlinie die 12 Schritte der *International Childbirth Initiative (ICI)* enthält.

Dass die DGGG-Leitlinie sich mit der Leitlinie des *National Institute of Health and Care Excellence* (kurz: NICE) im Wesentlichen auf Vorarbeiten der Briten stützt, hat mich nicht gewundert. Über die NICE-Leitlinie war ich schon bei den Recherchen zu meinem Buch gestolpert und war sehr beeindruckt. Wobei ich es untertrieben finde, wenn in der DGGG-Leitlinie davon gesprochen wird, dass diese die Empfehlungen der NICE-Leitlinie nur „inhaltlich“ wiedergeben würde^[2], denn rund Dreiviertel ihrer Empfehlungen enthält die deutsche Leitlinie im Prinzip wörtlich übersetzt.^[3] Für mich war das irgendwie enttäuschend. Vor diesem Hintergrund habe ich den Eindruck, dass man den Umstand „eine erste Leitlinie zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum veröffentlicht zu haben“ und dass es sich um die „erstmalige Entwicklung“ einer derartigen Leitlinie handelt, in der Pressemitteilung, die die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur Veröffentlichung der Leitlinie herausgegeben hat, etwas zu stark betont.^[4] Um das Ganze ins rechte Licht zu rücken, hätte an dieser Stelle auch auf die wertvolle Vorarbeit der Briten und die Tatsache, dass es eine solche Leitlinie in England bereits seit 14 Jahren gibt, hingewiesen werden müssen.^[5]

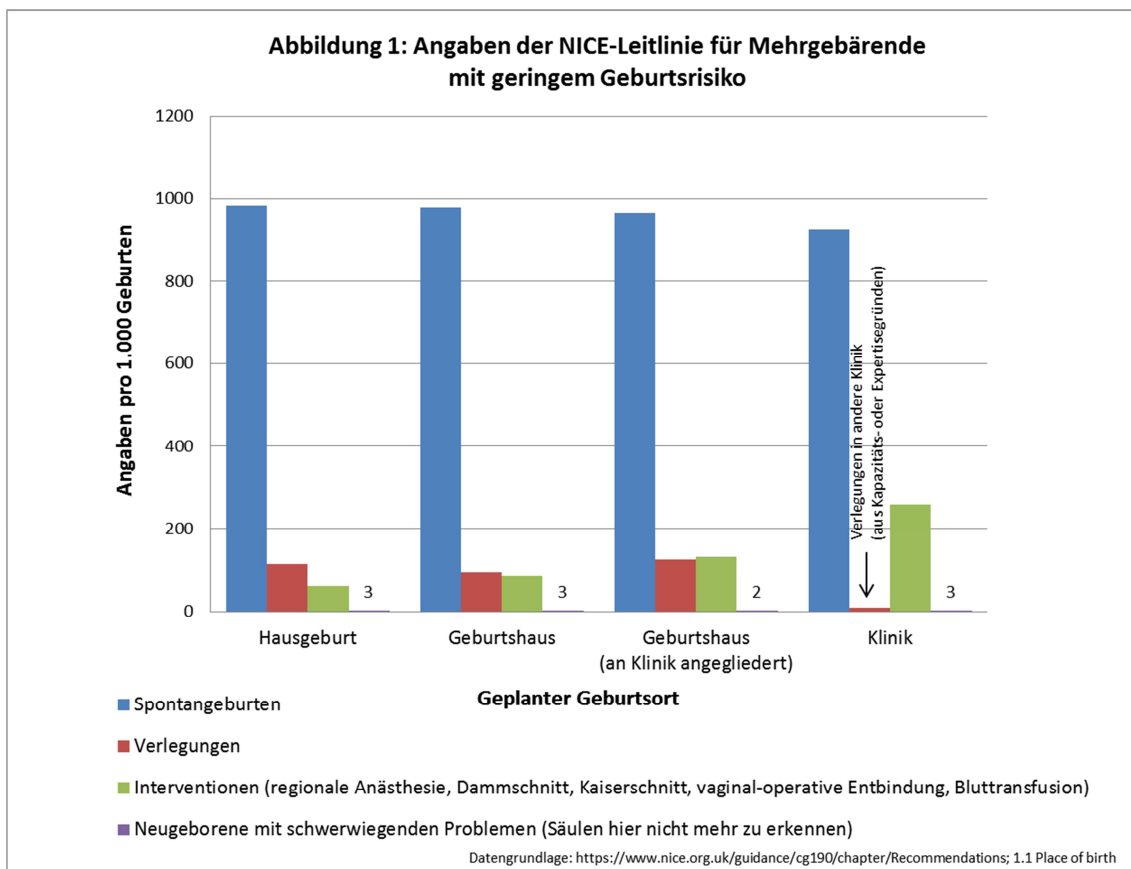
Ein Großteil, der Empfehlungen, die mich an der „neuen“ Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (nachfolgend auch als DGGG-Leitlinie bezeichnet) beeindruckt haben, entstammen also eigentlich der NICE-Leitlinie. So stellt auch die DGGG-Leitlinie eine informierte und möglichst gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Gebärenden in den Vordergrund.^[6] Der englischen Leitlinie verdanken wir es auch, dass Gebärende möglichst eine Eins-zu-eins-Betreuung (zumindest ab der aktiven Eröffnungsphase) erhalten und grundsätzlich nicht mehr einer Dauer-CTG-

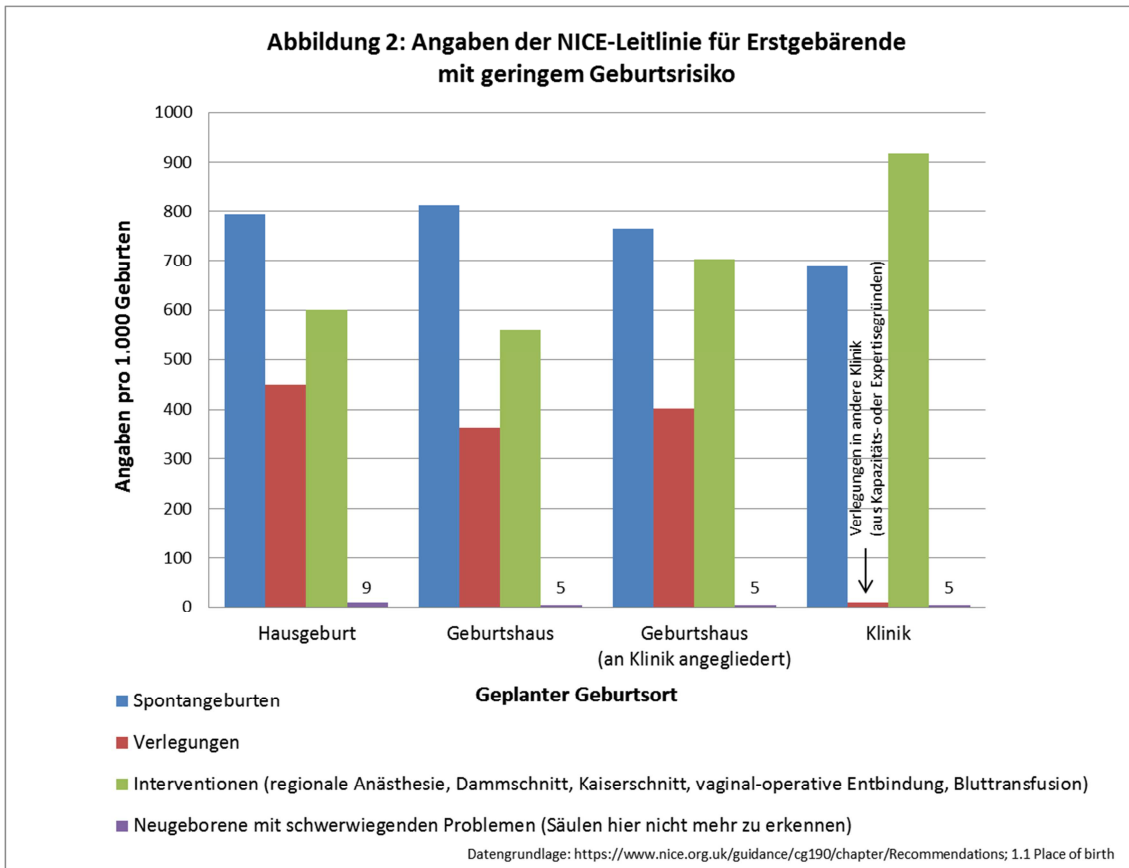
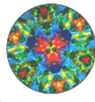


Überwachung unterzogen werden sollen.^{[7][8]} Vaginale Untersuchungen sollen auf ein Minimum reduziert werden. Insgesamt soll es zu weniger Handeln aus der Routine heraus kommen.^{[9][10]} Die englische Leitlinie (und somit auch die deutsche) ist so fortschrittlich, dass sie sich von der Rückenlage als „Standard-Gebärposition“ und vom „angeleiteten“ Pressen verabschiedet.^{[11][12]} Ja, sie findet es sogar wichtig, den psychischen Zustand der Mutter unter und nach einer Geburt zu beurteilen.^[13]

So weit wie in England gehen wir in Deutschland dann doch nicht; Die Grundlage für eine informierte und freie Wahl des Geburtsortes fehlt weiterhin

Es gibt allerdings noch Potential nach oben, denn ganz so revolutionär wie die englische Leitlinie ist die deutsche dann doch wieder nicht. Denn da wo die NICE-Leitlinie keine Aussage zum so genannten Kristellergriff macht (das ist der Griff, bei dem man die Gebärende mit manuellem Druck auf den Bauch beim Pressen „unterstützt“), da der Griff in England offensichtlich bereits verboten ist^[14], enthält die deutsche Leitlinie diesen immer noch. Auch wenn seine Anwendung an eine strenge Indikationsstellung geknüpft sein soll.^[15] Und noch in einem weiteren Punkt geht die deutsche Leitlinie nicht so weit wie die englische: bei der Empfehlung zum Geburtsort. Ja, während die Engländer Gebärenden eine klare Empfehlung dafür aussprechen, auch einen außerklinischen Geburtsort in Erwägung zu ziehen, positioniert sich die DGGG eindeutig gegen die außerklinische Geburt.^{[16][17]} Für mich war der Blick in die Datenlage der NICE-Leitlinie^[18] so erhellend, dass ich es geradezu als meine Pflicht empfinde, ihn zu teilen.



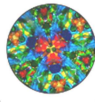


Dabei ist in Abbildung 1 (Mehrgebärende) und 2 (Erstgebärende) gut zu erkennen, dass im außerklinischen Bereich der Anteil an Spontangeburt höher und die Interventionsraten niedriger sind als in einer klinischen Umgebung. Eine Hausgeburt empfiehlt die NICE-Leitlinie für Erstgebärende nicht uneingeschränkt, da die Daten hier auf ein höheres Risiko für Komplikationen beim Kind hindeuten. Einen Blick auf die Verlegungsrate empfinde ich ebenfalls als sehr interessant: diese lässt sich bei den außerklinischen Geburtsorten für Erstgebärende mit einem Durchschnitt von 41 % angeben und für die Mehrgebärenden zu gut 11 % ermitteln. Die NICE-Leitlinie gründet dabei im Wesentlichen auf der Birthplace-Studie, in der insgesamt über 64.000 außerklinisch geplante Geburten von Schwangeren mit einem geringen Risiko ausgewertet wurden.^[19] Für Deutschland stellen sich die Verlegungsrate für die außerklinische Geburt vermutlich besser dar.^[20] Könnte das ein Hinweis darauf sein, dass wir in Deutschland mit der außerklinischen Geburtshilfe vielleicht sogar noch besser dastehen, als es in der englischen Leitlinie dargestellt ist? Der schwer fassbare Punkt „Komplikationen beim Kind“ lässt sich dabei kontrovers diskutieren.^[21]

Im Sinne der Wahlfreiheit des Geburtsortes und dem ermöglichen einer informierten Entscheidung, hätte ich mir vor diesem Hintergrund eine genauere Begründung bzw. Untersuchung gewünscht, warum die Angaben der NICE-Leitlinie nicht auf ein Land wie Deutschland übertragbar sein sollen – so wie es in der DGGG-Leitlinie heißt.^[22] Ansonsten denke ich, dass man zunächst auf die bestmögliche Datengrundlage zurückgreifen muss, die zu dem jeweiligen Zeitpunkt gegeben ist.

Die Frage ist jetzt natürlich: Wird sich an der Realität in unseren Kreißsälen etwas ändern?

Die Leitlinie ist nicht verpflichtend^[4] und Papier ist geduldig. Viele Frauen und auch ich selbst haben unter den Geburten unserer Kinder das genaue Gegenteil von dem erlebt, was die Leitlinie fordert: wir wurden entmündigt und übergangen, ja, im Prinzip ist es nicht übertrieben, wenn ich von „misshandelt“ spreche. Inwieweit ist es möglich, dass dies immer wieder mit der Dringlichkeit der Situation begründet werden kann und wir Frauen das vielleicht sogar akzeptieren. Eines ist dabei für mich ganz



klar: Eine CTG-Dauerüberwachung wird es wohl so lange geben, bis eine Eins-zu-eins-Betreuung von Schwangeren ab der aktiven Eröffnungsphase auch wirklich gewährleistet werden kann und bis das medizinische Personal entsprechende Fähigkeiten in alternativen Methoden aufgebaut hat, denn so sieht es die DGGG Leitlinie vor.^[23] Und auch ob die Anwendung des Kristellergriffs, des Fundusdrucks, wie es in der Leitlinie so schön heißt, also die Intervention, bei der manueller Druck auf den Bauch der Gebärenden ausgeübt wird, tatsächlich eingeschränkt wird, wage ich zu bezweifeln. In der Kurzfassung der Leitlinie heißt es zwar: „Fundusdruck soll möglichst nicht ausgeübt werden“^[24], der Blick in die Langfassung verrät aber, dass die „Leitliniengruppe der Auffassung“ ist, „dass Fundusdruck unter den oben genannten Voraussetzungen im Einzelfall angewendet werden kann.“^[25] Auch die Verabschiedung von der Rückenlage kann ich mir noch nicht so richtig vorstellen, spätestens, wenn ärztliches Personal dazu geholt werden muss und solange die verschiedenen Geburtspositionen, die man aus der Rückenlage heraus einnehmen kann, als scheinbar wirksam für eine Geburt erlebt werden.

Die Leitlinie sieht weiterhin fragwürdige Praktiken für die Geburt eines Kindes vor

Einen der schlimmsten Geburtsmodi, über den ich in der Leitlinie gestolpert bin, versteckt sich in dem folgenden Auszug: „*Es wurden keine Studien zur Effizienz von Fundusdruck [...] zur Unterstützung bei einer vaginal-operativen Geburt identifiziert.*“^[25] An dieser Stelle denke ich bei mir: „Oh Gott! Wird so etwas wirklich für eine Geburt in Betracht gezogen, eine vaginal-operative Entbindung in Kombination mit dem Kristellergriff?“ Niemand scheint auch die Zangenentbindung in Frage zu stellen, die Michel Odent schon seit 1965 nicht mehr angewendet hat und die nach seiner Aussage „ins Museum“ gehört.^[26] Ja, es macht mich richtiggehend wütend, dass wir im 21. Jahrhundert noch nicht weiter sind als das. Es beschämt mich, dass der Kristellergriff bei uns noch nicht verboten ist.

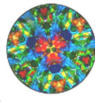
Unnötige Evidenzen: Es ist beschämend zu sehen, für was wir als Menschen alles einen Nachweis benötigen

Da lese ich in der DGGG-Leitlinie ernsthaft den Satz: „*Es konnte keine Studie ermittelt werden, welche die besondere Bedeutung der Unterstützung und einfühlsamen Ermutigung [...] nach Diagnose einer protrahierten Austrittsphase belegt hätte.*“^[27] Und weiter: „*Die tägliche Praxis zeigt aber, dass gerade nach Diagnose einer protrahierten Geburt die Gebärende einen besonderen Betreuungsbedarf hat, dem nicht nur zur Vermeidung unnötiger Interventionen begegnet werden sollte.*“ An dieser Stelle fehlt doch nur noch die Beschreibung wie das geht, einem Menschen Zuspruch zu geben. Aber vielleicht müssen dafür auch erst noch Studien erstellt und Evidenzen überprüft werden. Und wer meint, dass ich jetzt etwas übertreibe, dem möchte ich an dieser Stelle einen Hinweis wiedergeben, welcher in der Leitlinie zur nachgeburtlichen Bonding-Phase gegeben wird: „*Um Auskühlung zu vermeiden, sollen Mutter und Neugeborenes durch ein warmes Tuch bedeckt sein.*“^[28] Für solche aus meiner Sicht unnötigen Evidenzen gibt es in der Leitlinie noch mehr Beispiele.^[29]

Im 21. Jahrhundert verfügen wir noch immer über keine fundierte Grundlage, auf der unsere Geburtshilfe aufbaut

Die Leitlinie sagt selbst, „*dass die Evidenzlage zu einzelnen Themenfeldern häufig unbefriedigend ist und es in vielen Fällen noch weiterer Forschung bedarf, um eine belastbare Nutzen-Risiko-Analyse verschiedener Maßnahmen erstellen zu können.*“^[30] Weiter heißt es: „*...dass mitunter tradierte Maßnahmen unreflektiert und unter Verzicht einer wissenschaftlichen Grundlage über Generationen weitergegeben wurden.*“^[31]

Für irreführend halte ich vor diesem Hintergrund die Bezeichnung der Leitlinie als „evidenzbasiert“. Die Einordnung der Leitlinie als evidenzbasiert, kann nur daraus resultieren, dass es sich bei dem Ver-



ständnis von Evidenz hier um einen zusammengetragenen „Stand der Dinge“ handelt.^[32] Und geradezu fahrlässig ist es aus meiner Sicht, davon zu sprechen, dass die Leitlinie es ermöglichen würde, „Frauen auf Basis wissenschaftlicher Empfehlungen [...] betreuen zu können“, so wie es in der Pressemitteilung der DGGG zur Veröffentlichung der Leitlinie steht.^[4] Als ich beim Lesen der Leitlinie das Bild der schlechten Evidenz immer wieder bestätigt sah, veranlasste mich das dazu, einmal genauer hinzuschauen: Rund 67 % der Empfehlungen, die die Leitlinie enthält, weisen einen geringen Evidenzgrad auf und beruhen somit zum größten Teil auf einem Expertenkonsens und nicht auf fundierter Wissenschaft! Ein separater Blick auf die eher „technischen“ Empfehlungen hat dabei ebenfalls einen Anteil von 67 % der technischen Empfehlungen, die sich einer guten wissenschaftlichen Grundlage entziehen, ergeben.^[33] Es stellt sich für mich die Frage, wieso die klinische Geburtshilfe es sich am Ende der Leitlinie auf dieser Basis überhaupt herausnehmen kann, zu sagen „der außerklinischen Geburtshilfe überlegen“ zu sein?^[17]

Das Dilemma der konventionellen Geburtshilfe und der Ausweg daraus

Die Zwickmühle, in der die konventionelle Geburtshilfe steckt, ist wie folgt: Kaiserschnitt und Wehenmittel scheinen an ihre Grenzen zu stoßen, doch der Weg „weg vom Kaiserschnitt“ hat kompliziertere Vaginalgeburten zur Folge (wie es auch in Grafiken gegen Ende der Leitlinie zu erkennen ist).^[34] An dieser Stelle möchte ich behaupten, dass wir in diese Situationen überhaupt erst kommen konnten, weil unsere Geburtshilfe auf einem grundlegend falschen Verständnis von Geburt aufbaut. Ein Schlüsselerlebnis war es dabei für mich, als ich in einem Buch von Ina May Gaskin auf das Schließmuskelprinzip gestoßen bin.^[35] Geburt funktioniert wie Stuhlgang! Vor diesem Hintergrund wird es schnell offensichtlich, dass wohl die meisten Komplikationen durch die Krankenhaussituation an sich produziert werden. Aber natürlich auch durch die Angst – die Angst, die wir vor Geburt haben.

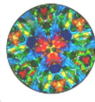
Und dann gehe ich noch weiter ...

... so wie ich es in meinem Buch auch tue und behaupte, dass es neben den zwei in der DGGG-Leitlinie beschriebenen Methoden zum Umgang mit dem Geburtsschmerz (1. dank moderner Anästhetika nicht mehr notwendig, 2. mit dem Schmerz arbeiten)^[36] noch eine dritte gibt, nämlich die Meinung, dass Schmerz ursprünglich nicht zu einer Geburt dazugehörte. Und: Was ist, wenn jede Geburt wirklich so einzigartig und individuell ist, dass jeder Versuch sie kontrollieren zu wollen, zum Scheitern verurteilt ist? Wenn wir hier den Bereich des Unkontrollierbaren betreten müssen und darauf zurückgeworfen werden, was uns als Menschen wirklich ausmacht: unser Gefühl.

Ein Punkt, der mich in meiner Sichtweise, dass Geburt sich nicht einem Konzept unterordnen lässt, bestätigt hat, ist die Tatsache, dass sich die Leitlinie bei Geburten mit einem geringen Risiko von der kontinuierlichen CTG-Überwachung verabschiedet hat.^[37] Bisher hatte es den Anschein für mich, dass mit einem CTG präzise auf gesundheitliche Probleme beim ungeborenen Kind geschlossen werden könnte. Dem scheint nicht so zu sein. Tatsächlich hat sich durch ein kontinuierliches CTG für einen Großteil der möglichen gesundheitlichen Probleme beim Kind nach einer Geburt kein Vorteil gegenüber der intermittierenden Auskultation (Abhören) ergeben.^{[38][39]} Stattdessen haben sich bei der Anwendung eines kontinuierlichen CTGs gegenüber dem intermittierenden Abhören erhöhte Interventionsraten, Kaiserschnitte und vaginal-operative Entbindungen gezeigt. Ich lasse hier die NICE-Leitlinie einmal selbst sprechen: „*However, this belief has led to the situation where a technology with limitations as a screening test is being widely used without good evidence of benefit.*“^[40]

Doch können wir das noch: Fühlen?

Können wir noch fühlen, was *Geburt* bedeutet, halten wir das noch aus? Wissen wir noch was es erfordert, einen solchen Weg zu gehen?



Über die Autorin



Ich bin Jessica Lohmann und liebe es, mich in Themen zu vertiefen. Als Ingenieurin für Umwelttechnik habe ich verschiedene berufliche Stationen durchlaufen. Das unterschwellige Gefühl, dass ich ein Buch schreiben wollte, wurde nach den Geburten meiner beiden Söhne konkret.

Geschichten und Erfahrungen authentisch zu erzählen, ist mir ein Anliegen.

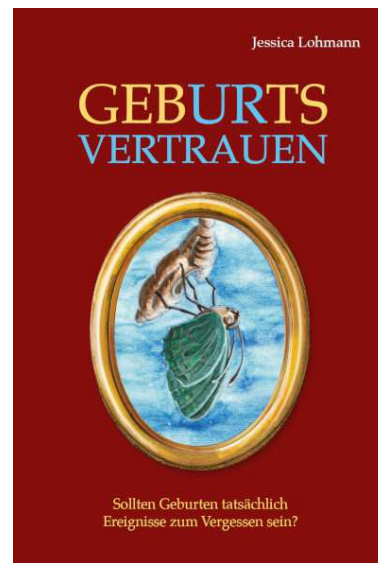
Mein Buch GEBURTSVERTRAUEN ist bei *trdition* erschienen und überall erhältlich, wo es Bücher gibt!

ISBN

Paperback: 978-3-347-06378-5

Hardcover: 978-3-347-06379-2

e-book: 978-3-347-06380-8



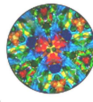
Ein weiteres Buch befindet sich zurzeit auf meiner Werkbank:

Es wird immer viel über die Entwicklung der Kinder gesprochen. Aber wo stehen wir als Eltern eigentlich? Ist die Entwicklung eines Kindes überhaupt getrennt von der eigenen Entwicklung zu betrachten?

Mit Kindern wird so vieles in einem angestoßen, alte Wunden aufgerissen. Eine Chance, mit diesen in Heilung zu gehen. Dieses Buch unternimmt den Versuch, an meinem eigenen Beispiel aufzuzeigen, was das bedeuten kann.



Meine Arbeit kann auf meinem Blog verfolgt werden: www.sehenswelten.de

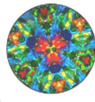


Quellen und Anmerkungen

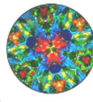
Sind in der jeweiligen Quellenangabe nur Seiten (S. ...) oder Empfehlungen aufgeführt, beziehen sich diese immer auf die Langfassung der Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG):

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) [Hrsg.]: *Vaginale Geburt am Termin*. S3-Leitlinie, Langfassung, Version: 1.0, Berlin, AWMF online, Stand 22.12.2020, URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html>, abgerufen am: 27.02.2021

- [1] Quasdorf, A.: *Mehr Schutz im Kreißsaal*. In: Neue Westfälische, Ausgabe vom 16.03.2021, Seite 5
- [2] S. 5
- [3] Eigene Ermittlung: Die Leitlinie der DGGG (siehe oben) enthält insgesamt 208 Empfehlungen, mindestens 153 (Empfehlung 5.58 und 5.59 ließen sich für mich in der englischen Leitlinie nicht konkret wiederfinden) davon sind im Prinzip wörtliche Übersetzungen der NICE-Leitlinie *Intrapartum care for healthy women and babies* (Clinical Guideline 190). Siehe: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: *Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190, Methods, evidence and recommendations*. Version 2, December 2014, updated February 2017, URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021 und National Institute for Health and Care Excellence: *Intrapartum care for healthy women and babies*. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>, zuletzt abgerufen: 16.03.2020. An dieser Stelle möchte ich noch anmerken, dass ich die Verwendung des Begriffs *Leitlinienadaptation*, von der die Leitlinie an diesen Stellen spricht, unpassend finde. Unter *Adaption* ist eine Anpassung und aus meiner Sicht nicht die wörtliche Wiedergabe eines Textes zu verstehen.
- [4] Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) [Hrsg.]: *Erste S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin veröffentlicht.*, Berlin, im Januar 2021
URL: <https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/erste-s3-leitlinie-zur-vaginalen-geburt-am-termin-veroeffentlicht-1278/>, abgerufen am: 11.04.2021
- [5] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: *Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190, Methods, evidence and recommendations*. Version 2, December 2014, updated February 2017, S. 17
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021
- [6] Maßnahmen sollen nicht „einfach durchgeführt“, sondern „angeboten“, „empfohlen“ und auf Wünsche und Bedürfnisse der Gebärenden eingegangen werden, so dass man schon den Eindruck gewinnen kann, dass die deutsche Leitlinie es mit ihrem Begriff der *frauzentrierten* Geburtshilfe ernst meint. Siehe Empfehlungen: 3.1–3.6, 5.5., 5.11, 5.25, 5.27, 5.33, 5.38, 5.45, 5.47, 6.1, 6.2–6.4, 6.7, 6.8, 6.11, 6.12, 7.6, 7.9, 7.10, 7.12, 7.13, 7.16, 7.18, 7.19, 7.23, 7.33–7.35, 7.40–7.45, 7.47, 8.5, 8.8–8.11, 8.21, 8.22, 8.24, 9.6, 9.8, 9.11, 9.19, 9.20, 9.23, 9.24 und 9.40 sowie S. 8, 9
- [7] Empfehlungen 4.1, 10.1
- [8] Empfehlungen 5.1, 5.5, 5.9–5.11, 5.13 und 6.13
- [9] Empfehlungen 7.2, 7.3 und 7.23
- [10] Empfehlungen 7.32, 7.34, 7.36, 7.37 und 8.13
- [11] Empfehlung 8.7
- [12] Empfehlung 8.9
- [13] Empfehlungen 7.38, 9.18
- [14] El Parto es Nuestro: *El Parto es Nuestro (Birth is ours) presents the final report of the campaign "Stop Kristeller: a matter of gravity"*. URL: <https://www.elparto-es-nuestro.es/blog/2014/07/01/el-parto-es-nuestro-birth-ours-presents-final-report-campaign-stop-kristeller-matter-gravity>, zuletzt aufgerufen: 18.04.2021
- [15] Empfehlung 8.21
- [16] National Institute for Health and Care Excellence: *Intrapartum care for healthy women and babies*.
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>, zuletzt abgerufen: 16.03.2020, 1.1.
- [17] S. 14, 244, 245
- [18] National Institute for Health and Care Excellence: *Intrapartum care for healthy women and babies*.
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>,
zuletzt abgerufen: 16.03.2020, 1.1.3 und 1.1.4
- [19] University of Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit: *Birthplace in England Research Programme*.
URL: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace>, abgerufen am: 09.04.2021
- [20] Für Deutschland betragen die Verlegungsraten bei Erst- und Mehrgebärenden laut dem Qualitätsbericht der QUAG für 2019, bei 14.319 erfassten außerklinischen Geburten insgesamt, knapp 32 % bei den Erstgebärenden und ungefähr 6 % bei den Mehrgebärenden. (siehe: Loytved, C.: *Qualitätsbericht 2019 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), 1. Aufl., Auerbach/V., Verlag Wissenschaftliche



- Scripten, 2019; URL: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>, abgerufen am: 11.04.2021, S. 8) Dabei ist zu erwähnen, dass die Verlegungsraten der NICE-Leitlinie Frauen, die unmittelbar nach der Geburt verlegt werden mussten, miteinschließt. (siehe: Brocklehurst, P.: *The Birthplace in England Research Programme*. URL: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace/results>, Folie 23, 24) Die Angaben der QUAG sind *sub partu*, also unter der Geburt zu verstehen. Da ich die Zahl der nach der Geburt verlegten Frauen jedoch als sehr gering einschätze, komme ich auf dieser Basis zu dem Schluss, dass die Verlegungsraten in der englischen und der deutschen außerklinischen Geburtshilfe vermutlich in einer ähnlichen Größenordnung liegen. Vielleicht stellen sich die Daten der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland aber tatsächlich noch besser dar, wenn man eine größere Stichprobe von Gebärenden betrachtet, so wie es in einer Studie der QUAG für die Jahre 2000-2004 gemacht wurde. Hierin wurde eine Gesamtzahl von 42.154 außerklinischen Geburten ausgewertet und Verlegungsraten von etwa 25 % bei Erstgebärenden und rund 6 % bei Mehrgebärenden ermittelt. (siehe: Loytved, C.; Wenzlaff, P.: *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Study 2000–2004*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), 1. Aufl., Bern, Verlag Hans Huber, 2007, S. 76)
- [21] In ihrer Stellungnahme zur außerklinischen Geburt (siehe: Loytved, C.; Funk, M.; Zinßer L. A.: *Position der DGHi zur außerklinischen Geburtshilfe – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e. V.* In: Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). Band/Jahrgang 08/2020, Heft 01, S. 13, URL: <https://www.dghwi.de/zhwi/>, zuletzt abgerufen am: 04.05.2021) diskutiert die DGHi die prinzipiell geringe und – unter anderem deshalb – schwer fassbare Wahrscheinlichkeit für Komplikationen beim Kind. In der Stellungnahme werden Hinweise darauf aufgeführt, dass sich die Situation für Erstgebärende im Falle einer Hausgeburt auch besser darstellen könnte, als es nach den Daten der NICE-Leitlinie zu sein scheint. Außerdem könnte das schlechtere Abschneiden der Erstgebärenden im Vergleich zu den Mehrgebärenden bei den Hausgeburten auch damit zu tun haben, dass die Mehrgebärenden auf der Grundlage vorheriger Geburten, einer höheren Ausschlussrate unterlagen. Nach der Birthplace-Studie könnte es sich bei dem Ergebnis auch um einen Zufall handeln, so heißt es in der Stellungnahme der DGHi. Auf das Problem, dass die Birthplace-Studie – trotz ihres großen Umfangs – nur einen zusammengesetzten Wert für Komplikationen beim Kind angeben kann, geht die Stellungnahme auch ein. Hier zeigt sich, wie schwierig es ist, zu diesem Punkt aussagekräftige Daten zu erhalten. Gleichzeitig liefert dieser Umstand einen Grund dafür, dass Zweifel an dem schlechteren Abschneiden der Erstgebärenden beim kindlichen Wohlergehen im Falle der Hausgeburt durchaus gerechtfertigt sind. Auch in der Birthplace-Studie wird der – aufgrund der geringen Einzelwahrscheinlichkeiten für die verschiedenen Komplikationen – zusammengefasste Wert als problematisch gesehen. Ein höherer Wert in diesem Bereich muss nicht zwangsläufig ein Hinweis darauf sein, dass dieser sich auch zu einem großen Anteil aus sehr schweren Komplikationen zusammensetzt. (siehe: Birthplace in England Collaborative Group: *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ 2011;343:d7400, URL: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400.full.print>, abgerufen am: 02.04.2021, S. 4, 5) Innerhalb der DGGG-Leitlinie wird noch eine weitere Untersuchung zu diesem Punkt angeführt. Hier deutet die etwa doppelt so hohe Sterblichkeit bei den Kindern im Vergleich von Hausgeburt (2 von 1.000) und Klinikgeburt (etwa 1 von 1.000) auf einen ähnlichen Zusammenhang hin, wie es der zusammengefasste Wert der NICE-Datengrundlage vermuten lässt. (siehe: Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al.: *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol 2010;203:243.e1-8. URL: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00671-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00671-X/fulltext), abgerufen am: 20.04.2021)
- [22] S. 10, 13
- [23] S. 40
- [24] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) [Hrsg.]: *Vaginale Geburt am Termin*. S3-Leitlinie, Kurzfassung, Version: 1.0, Berlin, AWMF online, Stand 22.12.2020, S. 74
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>, abgerufen am: 27.02.2021
- [25] S. 154
- [26] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 115
- [27] S. 139, 140
- [28] S. 198
- [29] S. 34; 38, 39; 111, 112; 150, 180 und 193
- [30] S. 7
- [31] S. 8
- [32] Und so zeigt es sich auch bei einem Blick in das Regelwerk zur Klassifikation der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (siehe: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): *AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation nach Systematik*. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation.html>, abgerufen am: 03.04.2021) Dass eine Leitlinie evidenzbasiert ist, sagt also noch nichts über die Qualität dieser Evidenz aus. Aus meiner Erfahrung mit der Arbeit der DGGG-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ heraus wäre, zusätzlich zu der Klassifikation einer Leitlinie als evidenz-, konsensbasiert oder Handlungsempfehlung, die Angabe eines – eventuell nach den vorhandenen Empfehlungsgraden gewichteten, durchschnittlichen Evidenzgrades wünschenswert. Damit könnte auf den ersten Blick auch die Qualität der zugrundeliegenden Evidenz eingeschätzt werden.



- [33] Basiert auf einer eigenen Abschätzung: Für mich war auch ein separater Blick auf die eher „technischen“ Empfehlungen von Interesse. Denn einige Empfehlungen betreffen eher „weichere“ Themen, die aus meiner Sicht keine Evidenzgrundlage benötigen, da sie formeller Natur und/oder selbsterklärend sind, den „gesunden Menschenverstand“ betreffen. Wie zum Beispiel: dass etwas dokumentiert werden soll, alles, was den Umgang mit Menschen, also mit der Gebärenden zu tun hat, dass diese informiert werden und möglichst an Entscheidungen beteiligt werden soll, dass ihre Bedürfnisse ernst genommen werden sollen und sie möglichst nicht alleine gelassen wird, dass auf Handeln aus der Routine heraus verzichtet werden soll, dass die Nachgeburtsphase für die Bindung zwischen Mutter und Kind wichtig ist etc. Für die eher technischen Empfehlungen ist eine möglichst gute wissenschaftliche Grundlage aus meiner Sicht wünschenswert und wichtig. Leider sind in der mir vorliegenden DGGG-Leitlinie (siehe oben) für die Empfehlungen in Kapitel 5 keine Evidenzgrade angegeben und es aus meiner Sicht auch an keiner anderen Stelle innerhalb der Leitlinie ersichtlich, wie diese einzuordnen sind. Nach zweimaliger Anfrage beim DGGG-Leitliniensekretariat, auf die ich leider keine Antwort erhalten habe, habe ich mich deshalb dazu entschlossen, in einem Abgleich von DGGG- und NICE-Leitlinie eine eigene Abschätzung der Evidenzgrade der Empfehlungen in diesem Kapitel vorzunehmen. Eine Trennung zwischen den eher „technischen“ und den „weicheren“ Empfehlungen war darüber hinaus nicht immer exakt möglich. So enthalten auch eher „technische“ Empfehlungen teilweise „weichere“ Bestandteile wie z. B. Angaben zur Dokumentation oder Ähnliches. Folgende Evidenzangaben in der Leitlinie habe ich als zu den geringen Evidenzgraden dazugehörig eingeordnet: 3, 4, IV, EK, moderat, moderat bis niedrig, niedrig, sehr niedrig, moderat bis sehr niedrig, niedrig bis sehr niedrig.
- [34] S. 210–212
- [35] Gaskin, I. M.: *Die selbstbestimmte Geburt*. 9. Aufl., München, Kösel-Verlag, 2014, S. 166
- [36] S. 70
- [37] S. 40–43
- [38] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: *Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline 190, Methods, evidence and recommendations. Version 2, December 2014, updated February 2017, S. 375–377
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021
- [39] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: *Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline 190, Methods, evidence and recommendations. Version 2, December 2014, updated February 2017, S. 434–437
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021
- [40] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: *Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline 190, Methods, evidence and recommendations. Version 2, December 2014, updated February 2017, S. 436
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021