



Wir haben nicht das richtige Verständnis von Geburt

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

LANGFASSUNG

(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.

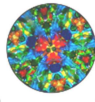
Über meinen Weg von meiner als traumatisch erlebten Krankenhausgeburt hin zur Hausgeburt meines zweiten Sohnes habe ich ein Buch geschrieben, das Anfang diesen Jahres erschienen ist. Knapp sechs Jahre habe ich dafür gebraucht, bis ich so weit war, diesen Weg gehen zu können. In dieser Zeit habe ich das Buch mehrfach überarbeitet, recherchiert und Quellen angepasst. Auch die Entstehung der Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ habe ich in dieser Zeit verfolgt und auf ihr Erscheinen gewartet und gewartet – bis mein Buch für mich fertig war. Ehrlich gesagt, hatte ich nicht mehr so bald mit einem Erscheinen der Leitlinie gerechnet. Schließlich war ihre Fertigstellung ursprünglich für 2017 angekündigt gewesen.^[1] Zur Bearbeitung angemeldet worden war sie im Mai 2015, einen Monat nach der Geburt meines zweiten Sohnes, als ich kurz davorstand, mit der Arbeit an meinem Buch anzufangen. So kam es, dass mein Buch und die Leitlinie parallel entstanden und beinahe zeitgleich erschienen sind.

Natürlich war mir sofort klar, dass ich mich jetzt auch noch mit dieser Leitlinie auseinandersetzen würde. Passend dazu hielt ich kurze Zeit später einen Zeitungsartikel mit der Überschrift „Mehr Schutz im Kreißaal“^[2], den mir mein Vater aufgehoben hatte, 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. Meine Erwartungen waren nicht all zu groß, denn meine bisherigen Recherchen in den deutschen Geburtsleitlinien hatte mir gezeigt, dass diese eher technischer Natur und – so empfinde ich es – sehr fern vom Menschen sind. Umso mehr hat es mich überrascht, dass das Mitgefühl und auch die Würde ganz konkret in der Leitlinie festgehalten sind, auch wenn sich dieser Umstand in seiner Konkretheit nur daraus ergibt, dass die Leitlinie die 12 Schritte der *International Childbirth Initiative (ICI)* enthält. Womit sie auch die „babyfreundlich“-Initiative von WHO und UNICEF beinhaltet.^[3] An dieser Stelle freut es mich sehr, zu sehen, dass diese beiden Initiativen mit all ihrer Vorarbeit, in die Leitlinie eingeflossen sind.

Bei den Recherchen zu meinem Buch war ich in einer englischen Leitlinie zum Thema Geburt auf den Begriff des Mitgefühls (*compassion*) gestoßen, das einer gebärenden Frau entgegengebracht werden soll. Davon und von der Leitlinie des *National Institute of Health and Care Excellence* (kurz: NICE)



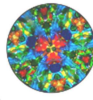
selbst war ich sehr beeindruckt. Das NICE bietet über eine Internetplattform einen umfassenden Zugriff auf die für das britische Gesundheitssystem relevanten Themen.^[4] Des Weiteren befinden sich – so habe ich es bei meiner Recherche wahrgenommen – die Leitlinien des NICE in einem andauernden Verbesserungsprozess, der sehr transparent festgehalten wird.^[5] So ist es für mich nicht überraschend, dass sich die deutsche Leitlinie zur vaginalen Geburt auf die Vorarbeit der Briten stützt. In der deutschen Leitlinie heißt es:

„Die deutschen Empfehlungen geben inhaltlich überwiegend die Empfehlungen der National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence (NICE)-Leitlinie CG 190 Intrapartum care for healthy women and babies [1] wieder.“^[6]

Wobei ich das „inhaltlich“ an dieser Stelle etwas untertrieben finde, denn rund Dreiviertel ihrer Empfehlungen enthält die deutsche Leitlinie im Prinzip wörtlich übersetzt.^[7] Für mich war das irgendwie enttäuschend und die Empfehlungen für mich im Prinzip nichts Neues, denn die NICE-Leitlinie war mir bereits bekannt. Gerne hätte ich aus dem Mund der deutschen Geburtshilfe selbst, also in ihren eigenen Worten gewusst, wie sie zum Thema Geburtshilfe steht. Wenn jemand nur etwas nachmacht, kann ich doch nicht wissen, ob er auch wirklich dahintersteht. Dabei will ich nicht falsch verstanden werden, ich bin nicht der Meinung, dass man das Rad immer wieder neu erfinden muss. Aber wäre die deutsche Geburtshilfe auch von sich aus auf die Idee gekommen, all die Empfehlungen und Formulierungen, die die Leitlinie jetzt dank dem Vorbild des NICE enthält, mitaufzunehmen? Außerdem 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.^[8] 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.^[9]

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. 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 *frauenzentrierten* Geburtshilfe ernst meint.^{[10][11]} 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.^{[12][13]} Vaginale Untersuchungen sollen auf ein Minimum reduziert werden. Insgesamt soll es zu weniger Handeln aus der Routine heraus kommen.^{[14][15]} Die englische Leitlinie (und somit auch die deutsche) ist so fortschrittlich, dass sie sich von der Rückenlage als „Standard-Gebärposition“ und von dem „angeleiteten“ Pressen verabschiedet.^{[16][17]} Ja, sie findet es sogar wichtig, den psychischen Zustand der Mutter unter und nach einer Geburt zu beurteilen.^[18]

All das sind Dinge, von denen ich unter der Geburt meines ersten Sohnes das genaue Gegenteil erfahren habe. Zu gut ist mir noch in Erinnerung, wie ich mich aus der von mir gewählten Gebärposition doch am Ende auf dem Rücken liegend auf dem Kreißbett wiederfand, wie sich die Assistenzärztin nahezu auf meinen Bauch geworfen hat, die Chefärztin mich unangekündigt und grob vaginal untersuchte und meinem Mann auf seine Nachfrage, ob ich überhaupt eine PDA haben wolle, in einem harschen Ton geantwortet wurde, dass das jetzt nicht mehr unsere Entscheidung sei. Für mich wirkte



das Handeln dabei so eingeschliffen und routiniert, dass ich mir nur schwer vorstellen kann, dass sich daran schnell etwas ändern kann, auch wenn ich die Empfehlungen, welche die deutsche Leitlinie (dank NICE) jetzt enthält, durchaus als revolutionär betrachte, wenn ich bedenke, wie schlecht es um die Geburtshilfe in Deutschland steht.

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^[19], enthält die deutsche Leitlinie diesen immer noch. Auch wenn seine Anwendung an eine strenge Indikationsstellung geknüpft sein soll.^[20]

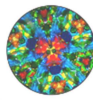
Und noch in einem weiteren Punkt geht die deutsche Leitlinie nicht so weit wie die englische: bei der Empfehlung zum Geburtsort. Ja, während die Engländer Gebärenden eine klare Empfehlung dafür aussprechen, auch einen außerklinischen Geburtsort in Erwägung zu ziehen, positioniert sich die DGGG eindeutig gegen die außerklinische Geburt.^{[21][22]}

Als Gründe führt die DGGG an, dass die Situation in England nicht mit der in Deutschland vergleichbar sei, bleibt aber eine genauere Erklärung dafür schuldig.^[23] Um eine Empfehlung zum Geburtsort machen zu können, würden außerdem vergleichbare Daten fehlen. Mit einem Verweis auf eine widersprüchliche Studienlage zur Beurteilung des kindlichen Wohlergehens und auf die Verlegungsraten der außerklinischen Geburtshilfe und darauf, dass in solchen Fällen Hilfe im klinischen Umfeld schneller zur Verfügung steht, „lehnt die DGGG die außerklinische Geburtshilfe ab“ und verweist auf ihr Positionspapier.^[24]

In ihrem Positionspapier behauptet die DGGG „die Autoren des QUAG-Berichts von 2016“ (QUAG = Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe) würden „aus inkompletten Daten die Schlussfolgerung“ ziehen, ihre Auswertung „unterstreiche“ die Ansicht, „dass die außerklinische Geburt sicher ist“, da für eine komplette Datenauswertung eine „vollständige Datenerfassung mit exakten Angaben zum weiteren Verlauf nach Verlegung“ notwendig sei. Doch was macht die DGGG in ihrem Positionspapier am Ende selbst: Sie kommt ohne den Vergleich zu klinischen Daten zu der Aussage, dass die außerklinische Geburt aufgrund des dreifach erhöhten gesundheitlichen Risikos und zweifach erhöhten Sterblichkeitsrisikos für Kinder, die unter der Geburt in eine Klinik verlegt werden mussten im Vergleich zu Kindern, die außerklinisch geboren wurden, „nicht akzeptabel“ sei. Eine Einordnung fehlt hier völlig. Hier hätte zumindest die Frage beantwortet werden müssen, mit welchen gesundheitlichen Auswirkungen und Sterblichkeiten im Vergleich dazu im klinischen Bereich zu rechnen ist, bevor die außerklinische Geburtshilfe als „nicht akzeptabel“ eingestuft wird.

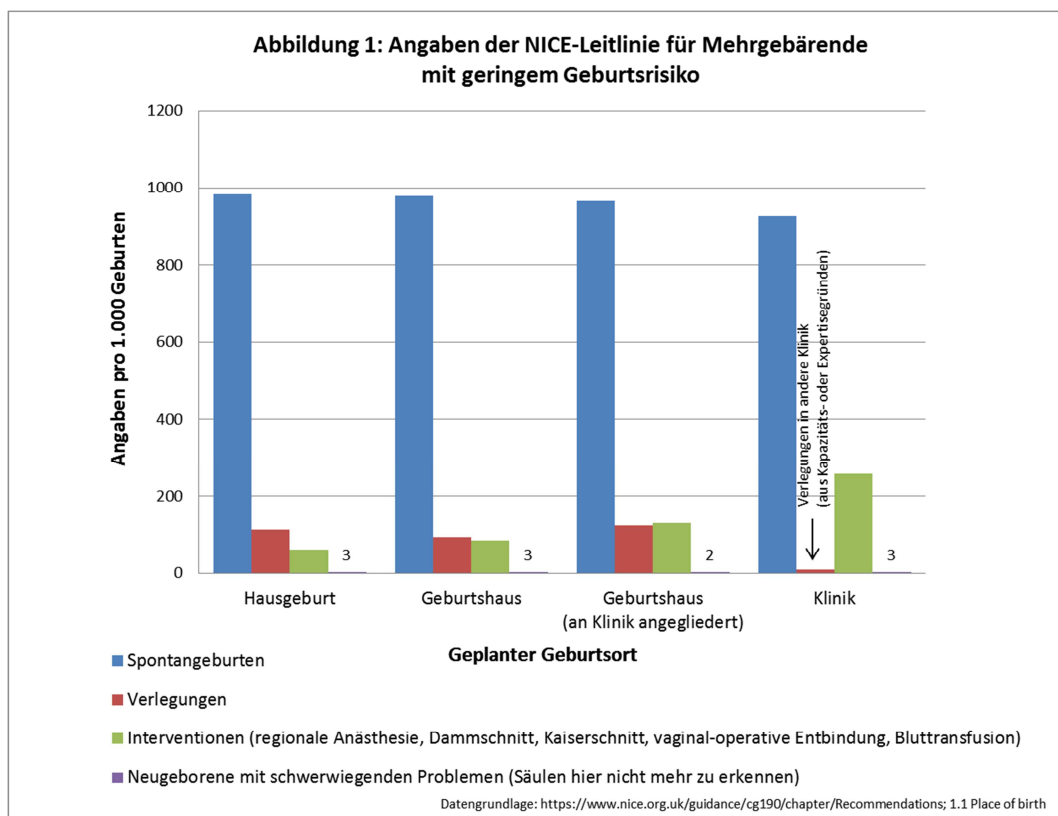
Bei einem Blick in den Bericht der QUAG von 2016, auf den sich das Positionspapier der DGGG bezieht, erhalte ich – so wie auch schon bei der Recherche zu meinem Buch – den Eindruck einer sehr umfassenden Berichterstattung, die eben auch den weiteren Verlauf bei Verlegung umfasst.^[25] Es ist für mich kaum vorstellbar, dass man aus diesen Daten nicht bereits einen ersten Vergleich zwischen klinischer und außerklinischer Geburt hätte ableiten können. Folgender Satz aus der deutschen Leitlinie macht die Verwirrung komplett:

„Sie [die QUAG; Anm. d. Verf.] dokumentiert die Qualität der außerklinisch betreuten Geburten deutschlandweit einheitlich. Die erfassten Items gleichen im Wesentlichen der klinischen Perinatalerhebung, zuzüglich der spezifischen Besonderheiten der außerklinischen Geburtshilfe und der Betracht-

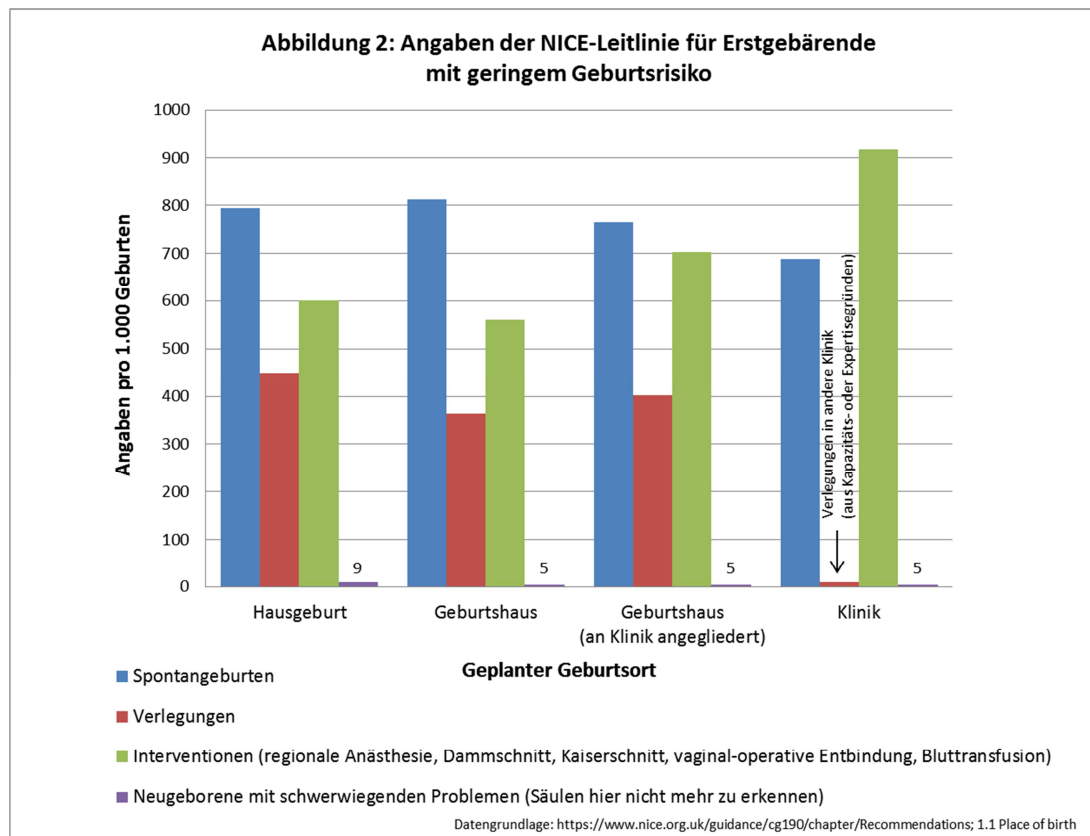
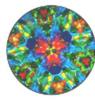


zung der Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Grundsätzlich bestünde somit die Möglichkeit, das Outcome von Geburten im stationären und ambulanten Sektor vergleichend darzustellen.“^[26]

Für mich war der Blick in die Datenlage der NICE-Leitlinie^[27] dagegen so erhellend, dass ich es geradezu als meine Pflicht empfinde, ihn zu teilen – mal ganz unabhängig davon, ob die Daten sich auf Deutschland übertragen lassen oder nicht. Für mich war es vorher unvorstellbar, dass es – neben den Holländern, die ja auf eine lange Hausgeburts-Tradition zurückblicken können – überhaupt ein anderes europäisches Land geben könnte, das eine außerklinische Geburt als Alternative zu einer Geburt im Krankenhaus ernsthaft in Betracht zieht. Für mich war das revolutionär und ich konnte es kaum glauben, so dass ich sehr gespannt auf den Blick in die NICE-Leitlinie war, die diese Empfehlung enthalten sollte. Und tatsächlich sah ich es in der NICE-Leitlinie bestätigt und die nachfolgenden Abbildungen zeigen, auf welche Daten die NICE-Leitlinie ihre Empfehlung für Schwangere mit einem geringen Geburtsrisiko, für die Geburt ihres Kindes auch einen außerklinischen Geburtsort zu erwägen, stützt.



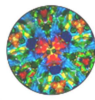
Dabei ist in Abbildung 1 (Mehrgebärende) und 2 (Erstgebärende) gut zu erkennen, dass im außerklinischen Bereich der Anteil an Spontangeburt höher und die Interventionsraten niedriger sind als in einer klinischen Umgebung. Eine Hausgeburt empfiehlt die NICE-Leitlinie für Erstgebärende nicht uneingeschränkt, da die Daten hier auf ein höheres Risiko für Komplikationen beim Kind hindeuten. Einen Blick auf die Verlegungsraten 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.^[28]



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.^[29] Dabei ist zu erwähnen, dass die Verlegungsdaten der Birthplace-Studie Frauen, die unmittelbar nach der Geburt verlegt werden mussten, mit einschließt.^[30] Die Angaben der QUAG sind *sub partu*, also während 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 Verlegungsdaten in der englischen und der deutschen außerklinischen Geburtshilfe vermutlich in einer ähnlichen Größenordnung liegen. Könnte das ein Hinweis darauf sein, dass wir bei den Ergebnissen der englischen Birthplace-Studie doch von einer Übertragbarkeit auf die deutsche Geburtshilfe sprechen können?

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 Verlegungsdaten von etwa 25 % bei Erstgebärenden und rund 6 % bei Mehrgebärenden ermittelt.^[31]

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 sollten. Folgende Sätze aus einem Artikel zur Birthplace-Studie lassen sich aus meiner Sicht auch auf das deutsche Geburtshilfesystem anwenden: „In England, planned birth outside an obstetric unit remains uncommon“, „Care is almost always provided by trained [...] midwives, although they have varying levels of experience of providing care in these settings“ und „There are clear referral pathways to obs-



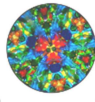
tetric units if complications occur, using a comprehensive ambulance network with trained staff^[32], deshalb fällt es mir schwer, den Schluss der fraglichen Übertragbarkeit der Birthplace-Ergebnisse, der in der DGGG-Leitlinie gezogen wird, nachzuvollziehen.

Ansonsten denke ich, dass man, um dem Anspruch einer freien Wahl des Geburtsorts zu erfüllen und um hierfür eine möglichst informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen, auf die bestmögliche Datengrundlage zurückgreifen muss, die zu dem jeweiligen Zeitpunkt gegeben ist. So fordert es im Prinzip auch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHi) innerhalb der Leitlinie.^[33] In ihrer Stellungnahme zur außerklinischen Geburt^[34] 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.^[35] In der DGGG-Leitlinie wird noch eine weitere Untersuchung zu dem schwer fassbaren Punkt „Komplikationen beim Kind“ aufgeführt. 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.^[36] All das ließe sich aus meiner Sicht kommunizieren und transparent darlegen, um Frauen auf einer möglichst neutralen Grundlage eine informierte Entscheidung bezüglich der Wahl ihres Geburtsortes zu ermöglichen.

Nicht nur der Großteil der Empfehlungen der deutschen Leitlinie entspricht im Wesentlichen den Empfehlungen der NICE-Leitlinie, auch an vielen anderen Stellen, die mir beim Lesen der DGGG-Leitlinie positiv aufgefallen sind, musste ich bei genauerem Hinsehen feststellen, dass ich sie eigentlich der NICE-Leitlinie zuschreiben muss. In der Einleitung der deutschen Leitlinie geht es schon los:

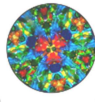
Einleitung der DGGG-Leitlinie:	Einleitung der NICE-Leitlinie:
<p><i>“Die Geburt bleibt ein wesentlicher Augenblick in unserem Leben und dies betrifft nicht nur das Kind, dessen Leben von seiner Geburt beeinflusst werden kann. Auch für die werdende Mutter, den werdenden Vater und deren Familien ist dieser Augenblick ein lebensverändernder Moment. Jeden Einfluss, den Hebammen und Ärzt*innen in dieser Phase als geburtshilfliche Akteur*innen nehmen, hat das Potenzial, kurz- oder langfristig auf die Gesundheit der Frau oder des Kindes, aber auch auf die Väter und gegebenenfalls auf die Familien und die Gesellschaft, Einfluss zu nehmen.”^[37]</i></p>	<p><i>“Giving birth is a life-changing event. The care that a woman receives during labour has the potential to affect her – both physically and emotionally, in the short and longer term – and the health of her baby. Good communication, support and compassion from staff, and having her wishes respected, can help her feel in control of what is happening and contribute to making birth a positive experience for the woman and her birth companion(s).”^[38]</i></p>



Zugunsten der DGGG hervorheben, möchte ich an dieser Stelle, dass die DGGG den Punkt hinzugefügt hat, dass Geburt auch auf die Gesellschaft als Ganzes Einfluss nimmt.

Auch bei der Formulierung der Forschungsfragen rund um das Thema „geplanter Geburtsort“ hat die NICE-Leitlinie offensichtlich Modell gestanden, auch wenn die Bemühungen der NICE-Leitlinie klar darauf ausgerichtet sind, die Beratung zugunsten des außerklinischen Geburtsortes zu forcieren.^[39] Da für die DGGG das englische Vorbild nicht übertragbar ist, steht für die DGGG im Rahmen ihrer Forschungsanstrengungen eine Erhebung, die eine Beurteilung des optimalen Geburtsortes zulässt, noch aus.^{[23][40]} Den Umstand, dass eine derartige Untersuchung seit Einführung der Klinikgeburt bis heute nicht stattgefunden hat, hat mir das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi), auf das ich innerhalb der DGGG-Leitlinie aufmerksam geworden bin, ins Bewusstsein gerufen.^[41] Was in mir wieder die Frage aufkommen ließ, warum der Großteil von uns wie selbstverständlich davon ausgeht, zu einer Geburt in einem Krankenhaus am besten aufgehoben zu sein. Der zweite Forschungsschwerpunkt der DGGG in diesem Bereich entspricht dann wieder dem der NICE-Leitlinie: wie die NICE-Leitlinie stellt die DGGG fest, dass die Langzeitauswirkungen in Relation zum jeweiligen Geburtsort bisher nicht gut verstanden werden.^{[42][43]} Insgesamt ist mir sehr positiv aufgefallen, dass endlich auch vermehrt psychologische Aspekte in derartige Betrachtungen miteingeschlossen werden. Nahezu begeistert war ich an dieser Stelle darüber, dass die NICE-Leitlinie auch die Auswirkungen auf die Partnerschaft und die Angst vor einer weiteren Geburt als mögliche zu betrachtende Punkte aufführt. Ein weiterer Forschungspunkt, den beide Leitlinien enthalten, ist: welche Informationswege es für Frauen zum Thema Geburt gibt und wie diese sie in der Wahl ihrer Art der Versorgung für eine Geburt beeinflussen.^{[44][45]} Das Ganze natürlich, um hier optimal Einfluss nehmen zu können. Ins Auge gesprungen ist mir dabei der in der DGGG-Leitlinie enthaltene Begriff des *mindset*. Ja, das „mindset“, das Bewusstseinsfeld – so wie ich es in meinem Buch nenne – halte ich für entscheidend dafür, wie wir Geburt erleben. Wobei ich in meinem Buch da sicherlich etwas über das hinausgehe, worauf die DGGG-Leitlinie mit ihrem „mindset“ wohl hinaus will.

Positiv aufgefallen ist mir auch, dass in beiden Leitlinien festgehalten ist, dass ein fehlender Einbezug der Frau und ihrer Begleitperson in Entscheidungsprozesse negative Auswirkungen haben kann.^{[46][47]} Darüber hinaus habe ich in der Leitlinie der DGGG den Hinweis gefunden, dass bei der Inanspruchnahme schmerzerleichternder Verfahren Gefühle des Versagens der Gebärenden ernst genommen werden müssen, was mich beeindruckt, denn so habe ich es selbst erfahren.^[48] Und auch die Nachbesprechung zur Geburt, die ich mir nach meiner Geburt auch gewünscht hätte, finde ich in der Leitlinie der DGGG festgehalten.^[49] Diese hätte aber keinesfalls unmittelbar nach der durchlebten Geburt erfolgen dürfen, denn da hätte ich vermutlich sowieso zu allem „Ja“ und „Amen“ gesagt. Auf der anderen Seite wäre es nach einem längeren Zeitraum für mich ein Ding der Unmöglichkeit gewesen, mich noch einmal mit den unter der Geburt beteiligten Personen konfrontiert zusehen. An dieser Stelle bin froh, dass ich endlich geschrieben und somit – zumindest auf dem Papier – anerkannt sehe, wie ich mich nach der Geburt meines ersten Kindes gefühlt habe: traumatisiert. Ja, Geburt bedeutet wohl in vielen Fällen nicht nur Glücksgefühl. Wir müssen endlich sehen, was viele Frauen unter den Geburten ihrer Kinder erleben und erlebt haben und es nicht einfach damit abtun, dass, sobald man sein Kind in den Händen hält, alles vergessen ist. Denn so ist es nicht. Die Nachwirkungen von traumatischen und verstörenden Geburtserlebnissen sind immens und nachhaltig. Eine psychotherapeutische Kurzzeitintervention nach Geburten, wie ich es ebenfalls in der DGGG-Leitlinie gefunden habe, müsste – vor dem Hintergrund wie Geburt heute allzu häufig abläuft – nach Geburten eigentlich zum Standard werden.



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

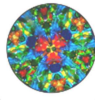
Die Leitlinie ist nicht verpflichtend^[8] und Papier ist geduldig. Viele Frauen und auch ich selbst haben unter den Geburten unserer Kinder das genaue Gegenteil von dem erlebt, was die Leitlinie fordert: wir wurden entmündigt und übergangen, ja, im Prinzip ist es nicht übertrieben, wenn ich von „misshandelt“ 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.^[50] Und wenn man bedenkt, wie es um den Betreuungsschlüssel „Gebärende/Hebamme“ im Moment steht, kann das noch lange dauern. Positiv zu beurteilen ist es aber sicher, dass man jetzt ein offizielles Papier in der Hand hat, um hierfür Forderungen zu stellen.

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. Innerhalb der Kurzfassung der Leitlinie heißt es zwar: „Fundusdruck soll möglichst nicht ausgeübt werden“^[51], 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.“^[52] Womit aus meiner Sicht dem Kristellern weiterhin alle Türen offenstehen, auch wenn Absprachen mit der Gebärenden stattfinden sollen und ihr ein „Veto-Recht“ zugestanden wird. Denn was mache ich als Gebärende, wenn das klinische Personal das Manöver für sinnvoll hält und mir klargemacht wird, dass die Zeit drängt?

Auch die Verabschiedung von der Rückenlage kann ich mir noch nicht so richtig vorstellen, spätestens, wenn ärztliches Personal dazu geholt werden muss, die es in vielen Fällen bisher wohl gar nicht anders gewohnt sind, dass ihnen die Frauen – wie wehrlose Käfer auf dem Rücken liegend – zu Untersuchungs Zwecken zur Verfügung stehen, gerät die schöne Idee hier an ihre Grenzen. Für einen Großteil des ärztlichen Personals wird das wohl eine große Umgewöhnung bedeuten. Es ist ja nicht nur die Rückenlage an sich, sondern die Positionen, die aus der Rückenlage heraus als mechanisch wirksam für eine Geburt angesehen werden. So musste ich in der Rückenlage meine Beine bis fast hinter die Ohren anziehen, den Rücken rund machen und das Kinn auf die Brust nehmen. Ich kann mir einfach nicht vorstellen, dass man sich von diesen, scheinbar wirksamen Geburtspositionen so schnell verabschiedet wird. Letztendlich ist mein Sohn ja so auf die Welt gekommen, auch wenn ich dabei bis zu meinem After aufgerissen bin. Außerdem kann ich es mir gut vorstellen, dass, wenn man die Gebärenden zu derart mündigen „Patienten“ macht, wie es die Leitlinie ja im Prinzip vorsieht, viele Ärzte in eine ziemliche Bedrängnis geraten werden. Was daraus und aus der Leitlinie insgesamt resultiert, bleibt für mich abzuwarten. Ein Blick nach England und auf die Entwicklung der Geburtshilfe seit der Einführung der Leitlinie dort wäre spannend.

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

Beim Lesen der Leitlinie fühlte ich mich – wie auch schon bei den Leitlinien-Recherchen zu meinem Buch – an vielen Stellen als Mensch, als Gebärende entwürdigt, in der Art und Weise wie über mich geschrieben wird und welche Maßnahmen und Torturen die konventionelle Geburtshilfe für mich vorsieht. Ich fühle mich, wie ich es auch schon in meinem Buch beschrieben habe: wie ein „Etwas“, bei dem es nur auf das „Outcome“ ankommt. Aber in dieser Leitlinie bin ich auf noch einen neuen Begriff gestoßen: hier wird das neugeborene Baby zum „Neonaten“.^[53] Bei all dem zieht sich bei mir alleine beim Lesen schon der Unterleib zusammen, was unter einer Geburt einen Geburtsstillstand bedeuten könnte.



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.*“^[52]

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?“ Das ist wohl einer der schlimmsten Geburtsmodi, den ich mir vorstellen kann. Aber auch das Legen einer Pudendusblockade zur Betäubung in der Austrittsphase bzw. vor der Durchführung eines Dammschnittes^[54] lässt es mir kalt den Rücken runterlaufen. Es kann doch nicht sein, dass mir ernsthaft unter einer Geburt mit einer Betäubungsspritze in der Vagina „herumgefurwerk“ werden soll?!

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.^[55] 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. An dieser Stelle möchte ich auch noch einmal auf die spanische Initiative *El Parto es Nuestro* verweisen, die sich mit ihrer Kampagne „STOP Kristeller: Cuestión de gravedad“ gegen die Anwendung des Kristellergriffs positioniert.^[56] In meinem Buch habe ich das Logo zu der Kampagne als Bild eingefügt, da es die Schiefelage in der Geburtshilfe aus meiner Sicht gut zum Ausdruck bringt. An dieser Stelle komme ich nicht darum herum einen kleinen Absatz aus meinem Buch wiederzugeben:

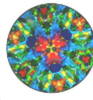
„*Das Bild zeigt, wie das Kind gewaltsam aus seiner schützenden Hülle auf die Welt gedrückt werden soll, als wolle man Zahnpasta gegen den verschlossenen Deckel aus einer Zahnpastatube drücken. Oder ist man etwa der Meinung, dass sich Becken und Scheide einer Frau aus der angespannten Situation, die einem Kristeller-Griff wohl im Allgemeinen vorausgeht, bei einem derartigen Manöver wie von Zauberhand wieder entspannen und öffnen? Aus dieser Sicht kommt einem das Ganze dann doch eher vor wie eine Art Verzweiflungstat^[21], ein letzter Versuch, die Kontrolle zu übernehmen, ohne Rücksicht auf den hochsensiblen Ablauf einer Geburt zu nehmen. Der Mensch greift hier grob und potentiell gewalttätig auf ein Prinzip zurück, was er irgendwann einmal gelernt hat: Man drückt irgendwo drauf und es kommt etwas raus – ist das nicht irgendwie primitiv, wo wir doch der Meinung sind, uns schon so weit von unseren Vorfahren fortentwickelt zu haben? Vergessen wird dabei – und daran erinnert die Initiative ebenfalls – dass es sich bei dem weiblichen Becken und der Vagina nicht um einen Drehverschluss handelt, der – wenn er einmal geöffnet wurde – offenbleibt, sondern um ein sensibles Körperteil und Gewebe, dessen Reaktionen komplexer und einzigartiger sind, als dass ich sie hier je beschreiben könnte.*“^[57]

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.*“^[58] 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 wieder-



geben, welcher in der Leitlinie zur nachgeburtlichen Bonding-Phase gegeben wird: „Um Auskühlung zu vermeiden, sollen Mutter und Neugeborenes durch ein warmes Tuch bedeckt sein.“^[59]

Für solche aus meiner Sicht unnötigen Evidenzen gibt es in der Leitlinie noch mehr Beispiele. So brauche ich zum Beispiel keine Evidenz dafür, dass die Geburtsumgebung den Geburtsverlauf beeinflusst und keine Studien dafür, dass Frauen sich „bei freier Wahl von Essen und Trinken unter der Geburt“ „gesund und wohl“ fühlen. Ich brauche auch keine Evidenz dafür, dass warmes Wasser und Entspannungstechniken entspannend wirken, dass Betäubungen bei schmerzvollen Prozeduren Sinn machen oder dafür, dass regelmäßiges Training die Reaktion in Notfallsituationen verbessert.^[60]

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

Über die nachfolgenden Sätze aus der Leitlinie war ich schockiert, da ich trotz meiner traumatischen ersten Geburtserfahrung nicht damit gerechnet hatte, dass es um die Evidenzlage der Geburtshilfe in Deutschland derart schlecht steht. Ich meine, wir leben im 21. Jahrhundert, sprechen über Digitalisierung und künstliche Intelligenz, aber wir verfügen über keine vernünftige Grundlage, auf der unsere Geburtshilfe aufbaut?

„In den gemeinsamen Studienrecherchen zur vorliegenden Leitlinie wurde bereits frühzeitig ersichtlich, 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.“^[37]

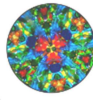
Und weiter:

„In der inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit innerhalb dieser Leitlinie ist unter anderem deutlich geworden, dass mitunter tradierte Maßnahmen unreflektiert und unter Verzicht einer wissenschaftlichen Grundlage über Generationen weitergegeben wurden. Gleichzeitig wurde deutlich, dass nur ausgesprochen wenige Erkenntnisse zu mittel- und langfristigen Folgen einzelner geburtshilflicher Prozeduren für Mutter und Kind [...] existieren. Es scheint deshalb dringend geboten, diese Themen wissenschaftlich stärker zu fokussieren.“^[61]

Vielleicht ist es aber auch dieser irreführende Satz aus der Pressemitteilung der DGGG zur Veröffentlichung der Leitlinie zu verdanken, dass ich größere Hoffnungen in unsere Geburtshilfe gesetzt hatte:

„Um Gebärende flächendeckend auf hohem Niveau, sprich auf Basis wissenschaftlicher Empfehlungen und möglichst fraubezogen betreuen zu können, wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) nun die erste S3-Leitlinie zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum veröffentlicht.“^[8]

Dabei halte ich es vor dem Hintergrund der schlechten Evidenzlage der Leitlinie für fahrlässig hier von „auf Basis wissenschaftlicher Empfehlungen“ zu sprechen. 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! Dabei war 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



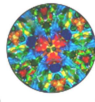
werden sollen und sie möglichst nicht alleine gelassen wird, dass auf Handeln aus der Routine heraus verzichtet werden soll, dass die Nachgeburtsphase für die Bindung zwischen Mutter und Kind wichtig ist etc. Für die eher technischen Empfehlungen ist eine möglichst gute wissenschaftliche Grundlage aus meiner Sicht wünschenswert und wichtig. Bei meiner Abschätzung hat sich dabei ergeben, dass sich auch rund 67 % der eher „technischen“ Empfehlungen einer guten wissenschaftlichen Grundlage entziehen, da sie auf einem Expertenkonsens oder einer unzureichenden Studienlage beruhen. Für mich ein Skandal!^[62]

Als ein Beispiel für eine technische Empfehlung, für die ich einen besseren Evidenzgrad erwartete hätte, ist zum Beispiel die Anwendung des Dammschnitts bei einer kritischen Situation für das Kind. Ein Dammschnitt kann – genauso wie ein Dammriss – sehr schwerwiegende und langfristige Folgen für die betroffenen Frauen auf vielerlei Ebenen haben. Das sagt mir neben der eigenen Erfahrung eines schweren Dammrisses, auch mein Instinkt. Deshalb wundert es mich, dass in der Leitlinie – zwar mit dem Hinweis auf einen dringenden Forschungsbedarf, aber trotz einer schlechten Evidenzlage – festgehalten ist, dass die Empfehlung einer Episiotomie bei einer kritischen Situation für das Kind „plausibel erscheint“.^[63] Obwohl nicht nachgewiesen ist, dass diese Intervention im Falle einer kritischen Situation tatsächlich einen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand des Kindes nach der Geburt hat, ist die Empfehlung zudem mit einem hohen Empfehlungsgrad versehen.

Im Gegensatz zu der mangelnden Evidenzlage, die die Leitliniengruppe zu diesem Punkt konstatiert, führen der Motherhood e. V. und der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (kurz: AKF) e. V. in einer Stellungnahme zu diesem Thema eine Studie hoher Qualität an, die keinen Vorteil für den gesundheitlichen Zustand von Mutter und Kind durch einem Dammschnitt in einer kritischen Situation ausmachen konnte.^[64] Warum diese Studie in der Leitlinie an dieser Stelle keine Berücksichtigung findet, ist für mich nicht nachvollziehbar. Und noch viel weniger ist für mich nachzuvollziehen, dass auf dieser Grundlage Frauen gezielt eine schwere körperliche Verletzung zugefügt wird. Ist das mit dem in unserem Grundgesetz verankerten Recht auf Unversehrtheit vereinbar?

Für irreführend halte ich auch die Bezeichnung der Leitlinie als evidenzbasiert. Denn im Sinne eines erbrachten Nachweises, so wie es wohl der Großteil der Menschen versteht, kann er hier nicht verstanden werden. Die Einordnung der Leitlinie als evidenzbasiert, kann nur daraus resultieren, dass es sich bei dem Verständnis von Evidenz hier um einen zusammengetragenen „Stand der Dinge“ handelt. Und so zeigt es sich auch bei einem Blick in das Regelwerk zur Klassifikation der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).^[65] Dass eine Leitlinie evidenzbasiert ist, sagt also noch nichts über die Qualität dieser Evidenz aus. Zugutehalten muss ich der Leitlinie an dieser Stelle – mal abgesehen von dem irreführenden Gebrauch des Wortes „evidenzbasiert“ –, dass sie im Prinzip nichts verheimlicht, man muss nur genauer hinschauen. Die Übersichten mit der Zuordnung der Evidenzklassen, Empfehlungsgraden und Konsensstärken hätte ich mir allerdings schon jeweils am Anfang von Lang- und Kurzfassung gewünscht. Auf diese stößt man erst bei einem Blick in den Leitlinienreport.^[66] In diesem ist das methodische Vorgehen detailliert dargestellt, was wieder zur Transparenz beiträgt. Auch mögliche Interessenskonflikte werden hier übersichtlich dargestellt.^[67]

Dennoch: Mir ist es wichtig, dass das mit der schlechten Evidenzlage unserer Geburtsmedizin klargestellt wird und dass es auch das öffentliche Bewusstsein erreicht, damit wir Frauen wissen, auf was wir uns einlassen, wenn wir uns zur Geburt eines Kindes in ein Krankenhaus begeben. 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?^[68]



Das Dilemma der konventionellen Geburtshilfe und der Ausweg daraus

Die klassische Geburtshilfe scheint für mich in einer Zwickmühle zu sein und im Prinzip hat sie das auch schon selbst erkannt. So heißt es zur Begründung der Leitlinie: „*Gleichzeitig mehren sich die Hinweise, dass sowohl die Rate der Wehenmittelgaben als auch die Rate der Kaiserschnittgeburten mit maternaler und neonataler Morbidität korrelieren.*“^[69]

An dieser Stelle ist es erfreulich zu sehen, dass auch die Wehenmittelgabe nun in Verbindung mit der Zunahme von gesundheitlichen Problemen nach einer Geburt betrachtet wird. Zum Zeitpunkt der Recherche zu meinem Buch war die Aussage lediglich auf Kaiserschnitte begrenzt.^[70]

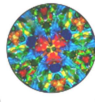
Bei den Recherchen zu meinem Buch war ich in einem Beipackzettel zu dem Wehenmittel Oxytocin darüber gestolpert, dass eine zu starke Wehentätigkeit eine sehr häufige (1 von 10 Behandelten) Nebenwirkungen dieses Mittels ist.^[71] Bei der Geburt meines ersten Kindes wurde zudem mit einer Dosierung gearbeitet, die nach der DGGG-Leitlinie in den Bereich der „High-Dose“ fällt.^[72] Eine Beschreibung einer derartigen Anwendung konnte ich dem Beipackzettel nicht finden. Des Weiteren wurde die Geschwindigkeit für die Erhöhung der Dosis, sowohl nach dem Beipackzettel (mindestens 15 Minuten) als auch nach der Leitlinie (mindestens 20 Minuten), unterschritten. Genaueres hierzu habe ich in dem angehängten *Exkurs zur Oxytocin-Dosierung* aufgeführt. Dass eine „überaktive“ Gebärmutter so häufig mit der Anwendung dieses Mittels assoziiert ist, hatte mich – vor dem Hintergrund des großzügigen Einsatzes unter der Geburt meines Sohnes – geradezu schockiert. In mir kam die Vermutung auf, dass die Verabreichung dieses Mittels für einen Großteil komplizierter Geburtsverläufe verantwortlich sein könnte. Ein weiterer Hinweis in dem Beipackzettel bestätigte mich hierin:

„Fetaler Distress und Fetaltod: Bei einer Überdosierung von Oxytocin kann es zu einer Uterusüberstimulation kommen, die zu einer plazentaren Mangelversorgung (fetaler Distress), einem akuten schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind (fetale Asphyxie) und zum Tod des Kindes führen kann, oder es kann zu übermäßigen (hypertonen) Wehen, einer Dauerkontraktion der Gebärmutter (Tetanus uteri) oder einem Riss der Gebärmutter (Uterusruptur) kommen. Eine sorgfältige Überwachung der fetalen Herzfrequenz und der Uterusaktivität (Frequenz, Stärke und Dauer der Kontraktionen) ist erforderlich, um die Dosis an das jeweilige Ansprechen der Patientin anzupassen.“

Außerdem finden sich gegen Ende der Leitlinie ein paar interessante Grafiken, welche die Entwicklung von Kaiserschnitttrate, Anteil an Spontangeburt und der Rate an vaginal-operativen Entbindungen zeigen. Es zeigt sich ein interessanter Effekt, nachdem die Kaiserschnitttrate seit 2014 wieder leicht rückläufig war, den die Leitlinie selbst auf den Punkt bringt: „*Parallel dazu nahm der Anteil der Spontangeburt ab dem Jahr 2014 wieder leicht zu [...]. Gleichzeitig stieg aber der Anteil der vaginal-operativen Geburten stetig*“^[73]

Die Zwickmühle, in der die konventionelle Geburtshilfe steckt, ist also wie folgt: Kaiserschnitt und Wehenmittel scheinen an ihre Grenzen zu stoßen, doch der Weg „weg vom Kaiserschnitt“ verschiebt die Kurve hin zu komplizierteren Vaginalgeburten. Diesen Effekt hat schon Michel Odent in seinem Buch beschrieben: „*Wenn in Krankenhäusern die Parole ausgegeben wird, die Kaiserschnitttrate zu senken, hat das in der Regel zur Folge, dass die Zahl der schwierigen Vaginalentbindungen und der gefährlichen Notoperationen in letzter Minute zunimmt.*“^[55]

Die Kaiserschnitttrate alleine ist – wenn man über Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser diskutiert, so wie es die Leitlinie anschließend macht^[74] – als ein Indikator für die Qualität der Geburtshilfe eines Krankenhauses also völlig ungeeignet. Da passt es schon eher, wenn man zusätzlich den Anteil an Dammverletzungen betrachtet, um zu sehen, ob eine niedrige Kaiserschnitttrate in komplizierten vaginalen Entbindungen resultiert. Doch auch diese beiden Indikatoren sagen noch nichts darüber aus, wie



es unter der Geburt ausgesehen hat. Hier müssten aus meiner Sicht dringend die kurz- und langfristige psychische Gesundheit von Mutter und Kind(!) mit in Betracht gezogen werden.

Ja, insgesamt empfinde ich es so, dass sich die aufgeführten Empfehlungen fast ausschließlich auf eine Betrachtung der physischen „Ergebnisse“ stützen. Womit ich nicht meine, dass die Leitlinie die psychischen Auswirkungen von Geburt gar nicht enthält, denn so ist es nicht – auch wenn das Kind dabei bisher außer Acht gelassen wird. Was mir fehlt, ist bei der Aufführung der Evidenzlage zu den einzelnen Empfehlungen eine Abwägung mit den psychischen Auswirkungen. Auf mich wirkt es fast so, als würden diese nicht diskutiert, da sie als Kollateralschaden von bestimmten Maßnahmen, die die konventionelle Geburtsmedizin vorsieht, eben akzeptiert werden müssen. Dennoch bin ich der Meinung, dass es eine Grundvoraussetzung für die Anwendung von geburtshilflichen Interventionen sein muss, dass ich dies auch im vollen Bewusstsein der möglichen psychischen Auswirkungen tue. Denn: Was bedeutet es für eine Frau, wenn das medizinische Personal zwischen ihren Beinen die Schere zum Dammschnitt zückt oder wenn ihr unter der Geburt ihres Kindes mit einer Zange in die Vagina gefahren wird? Wie erlebt sie einen Wehensturm infolge (zu) hochdosierter Medikamente? Welche existenzielle Angst macht sie durch? Wie fühlt sich das an? Was hinterlässt das? Und was heißt es für ein Kind, wenn eine noch nicht ausgesprochene Nabelschnur durchtrennt wird? Und wenn jetzt jemand entgegnet, für all das hätten wir keine Evidenz, dann möchte ich an dieser Stelle antworten: „Für all das haben wir die beste Evidenz, die es gibt: unser Gefühl!“ Nur an einer Stelle der Leitlinie habe ich einen Punkt gefunden, wo unser Gefühl als evident genug für die Einschätzung einer Situation anerkannt wurde. An der Stelle geht es darum, dass es „keine guten Parameter für die Früherkennung“ einer Sepsis bei Neugeborenen gibt. An dieser Stelle heißt es: *„Jedoch hat sich das Gefühl der Betreuungspersonen für Auffälligkeiten in der klinischen Praxis als sensitiv erwiesen.“*^[75]

Wenn wir es uns erlauben, uns dem Thema Geburt einmal von unserer Gefühlsseite zu nähern, könnte es sein, dass sich unser Verständnis davon auch noch viel grundlegender ändert. Denn dann würden wir vielleicht anfangen zu begreifen, was es bedeutet zu gebären, in welcher Weise dabei Öffnung stattfinden muss und welche Rahmenbedingungen es eigentlich braucht. Und dann stellen wir vielleicht fest, dass wir ganz andere Fähigkeiten und Instrumente benötigen, um eine Frau bei der Geburt ihres Kindes zu begleiten. Dass wir einen Weg finden müssen, um die Frau in ihrer Entspannung zu unterstützen, ihr über Unsicherheiten hinweg, beim Loslassen und sich öffnen zu helfen.

Und damit komme ich zu dem Punkt, der mich beim Lesen der Leitlinie fortwährend begleitet hat: Wir leben zwar im 21. Jahrhundert und haben jetzt endlich auch eine Leitlinie zur „normalen“ Geburt am Termin, aber verstehen die eigentliche Geburtsphysiologie noch nicht! Für viele klingt das jetzt wahrscheinlich sehr provokant oder sogar beleidigend, aber ich bleibe dabei: Wir verstehen den Geburtsablauf noch nicht! Und auch das sagt schon Odent.^[76] Ich nehme es der Leitlinie ja ab, dass sie Geburt „in ihrer Natürlichkeit begleiten“ möchte, doch muss dabei doch als erstes einmal gefragt werden, was unter Natürlichkeit von Geburt zu verstehen ist? Gerade zwischen der klinischen und der außerklinischen Geburtshilfe gibt es da große Unterschiede, was vermutlich dazu beigetragen hat, dass der Konsensfindungsprozess an der einen oder anderen Stelle so erschwert wurde, dass die Leitlinie „als kleinster gemeinsamer Nenner“ angesehen werden kann.^[61]

Ein Schlüsselerlebnis war es dabei für mich, als ich in einem Buch von Ina May Gaskin auf das *Schließmuskelprinzip* gestoßen bin^[77], seitdem war für mich zum Thema Geburt alles ganz klar: denn Geburt funktioniert wie Stuhlgang! Und wenn man sich das einmal vor Augen führt, wird einem vieles klar. Die ganzen Maßnahmen aus der konventionellen Medizin kommen einem geradezu absurd vor, denn dann muss man sich doch einfach mal die Frage stellen: Könnte ich bei dem Wissen, dass hinter der Toilettentür bei einem „Geburtsstillstand“ derartige Maßnahmen auf mich warten, mein großes Geschäft verrichten? Das ist alles, was ich rundum das Thema Geburt wissen muss. Vor diesem Hin-



tergrund ist es 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.

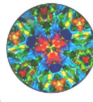
Ich habe bei den Geburten meiner beiden Kinder zwei derart unterschiedliche Geburten erlebt, dass ich behaupten kann, zu wissen, wovon ich rede. Wenn wir bei dem Dilemma, in dem die konventionelle Geburtshilfe steckt, wirklich weiterkommen wollen, müssen wir eigentlich noch einmal ganz von vorne anfangen und uns fragen, ob unser Verständnis, was wir von Geburt haben, wirklich das richtige ist. Das ist doch keine Schande, sondern genau das, was Forschung eigentlich ausmacht, sich immer wieder neu zu hinterfragen. Ja, für die Forschung wäre es doch geradezu fatal, sich irgendwo als feststehend anzusehen. Und als allererstes müsste man wohl dem Hinweis nachgehen, dass es tatsächlich zwei unterschiedliche Arten von erlebten Geburten gibt und bei den Menschen nachfragen, die diese beiden Arten erfahren haben. Und da liegt es doch nahe, einmal bei den Frauen nachzufragen, die sich bei einer zweiten Geburt für einen alternativen Weg entschieden haben und bei den Hebammen, die sich aus irgendwelchen Gründen aus dem Klinikalltag zurückgezogen haben. Bei den letzten freiberuflichen Geburtshaus- und Hausgeburtshebammen, die es noch gibt, bevor uns dieses Wissen abhanden kommt.

Die Analogie von Geburt zur Verrichtung des großen Geschäfts wird für mich insbesondere beim Thema Pressen deutlich. Bewusstes Pressen gilt ja schon beim Stuhlgang als schädlich und ist – wenn die Situation passt und die Umgebung geeignet ist – auch überhaupt nicht erforderlich. Der Körper entledigt sich seiner Notdurft doch eigentlich ganz wie von selbst. Und das Prinzip funktioniert bei einer Geburt auch! In meinem Buch gehe ich sehr detailliert auf dieses Thema ein, worüber ich jetzt wieder sehr froh bin. Den Effekt, den ich hier meine, beschreibt Michel Odent in seinem Buch als „echten“ *Fötusejektionsreflex*, dessen Zeuge er bei der Begleitung von Hausgeburten werden durfte. Zu der Häufigkeit, in der ein solch echter Ejektionsreflex beobachtet werden konnte und zu den Bedingungen, die es für diesen braucht, sagt er weiter: „*In der Regel stellt er sich überhaupt nicht ein, weil eine Grundvoraussetzung völlige Ungestörtheit ist.*“^[78] Odent arbeitet schon an anderer Stelle in seinem Buch heraus, dass ein Einfluss des Gefühls, beobachtet zu werden, auf den Geburtsverlauf besteht.^[79] Womit man sich aus meiner Sicht ernsthaft die Frage stellen kann, ob es überhaupt möglich ist, Geburt in ihrer ursprünglichen Form zu erleben, solange sie beobachtet wird.

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)^[80] noch eine dritte gibt, nämlich die Meinung, dass Schmerz ursprünglich nicht zu einer Geburt dazugehörte. Dass der Geburtsschmerz, und damit komme ich wieder zu dem interessanten Thema des *mindsets*, im Prinzip das *mindset*, das Bewusstsein unserer Gesellschaft widerspiegelt. Das, was wir mit Geburt verbinden. Auf dieser Grundlage beruht auch die Idee des *HypnoBirthing* von Marie F. Mongan.^[81] An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass es auch Frauen gibt, die die Geburten ihrer Kinder geradezu als lustvoll, ja, als orgasmisch erlebt haben.^[82] Ja, auch das Thema Sexualität spielt bei einer Geburt mit rein.

Zu unserem *mindset* zum Thema Geburt gehört für uns auch die von mir schon angesprochene Angst vor Geburten. Dabei ist die Angst, die wir vor und bei Geburten haben, für mich gleichzusetzen mit der Angst, die wir vor dem Leben haben. Denn Geburt bedeutet in erster Linie Los- und Zulassen und so sehe ich es auch für das Leben. Doch das haben wir verlernt, die DGGG-Geburtsleitlinie ist hierfür das beste Beispiel. Für alles brauchen wir Evidenzen, wollen möglichst alles unter Kontrolle haben. Aber was machen wir, wenn wir mit der Geburt eine Grenze zu etwas überschreiten, das sich unserer Kontrolle entzieht? An dieser Stelle kann man sich aus meiner Sicht, so wie Odent es am Ende seines

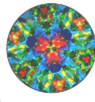


Buches tut, einmal die Frage stellen: „Wird die Menschheit durch Exzesse der Rationalität bedroht?“^[83] Wenn wir bei einer Geburt die Grenze zu etwas überschreiten, das sich uns mit unseren wissenschaftlichen Methoden (zumindest so wie wir Wissenschaft bisher verstehen) nicht mehr erschließt? Ist es dann richtig, zu versuchen, diese Methoden hierauf anzuwenden? Bedarf es hier nicht eigentlich ganz anderer Fähigkeiten?

Wie ich es unter meinen Geburten erlebt habe, ist für mich das beste Beispiel: mein Empfinden war währenddessen eigentlich völlig zeitlos, obwohl ich mir nebenbei versucht habe, Wehenabstände zu notieren, was ich als sehr störend empfunden habe. Ich war da „woanders“, wo ich unter meiner ersten Geburt nicht bleiben durfte. Unter meiner zweiten Geburt wurde es mir so jedoch möglich, einen Zugang zu meinen inneren Bildern zu erhalten, die mir auf diesem Weg geholfen haben. Doch wenn das Empfinden unter Geburt eigentlich zeitlos ist, wie geht es dann, Geburt nur eine bestimmte Zeit geben zu wollen? Wir versuchen Geburt zu begreifen, sie einzuteilen, in ein Korsett zu pressen. Aber was ist, wenn jede Geburt wirklich so einzigartig und individuell ist, dass jeder Versuch in diese Richtung zum Scheitern verurteilt ist? Das es eben nicht geht, Geburt in einer Statistik zu erfassen. Was ist, wenn wir hier den Bereich des Unkontrollierbaren betreten müssen, die Kontrolle abgeben müssen und in diesem Moment 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.^[84] Was mich total erstaunt hat, da ich lange Zeit davon ausgegangen war, dass ein CTG bei einer Geburt obligatorisch ist: Geburt und dieser Wehenschreiber das gehört doch zusammen, oder nicht? So war zumindest mein Eindruck, denn zu gut sind mir noch die häufigen Blicke auf das CTG und die auf dieser Grundlage getroffenen Entscheidungen unter der Geburt meines ersten Sohnes in Erinnerung. Ja, bisher hatte es den Anschein für mich, dass mit einem CTG anhand valider Frequenzbereiche und den Abweichungen davon, präzise auf gesundheitliche Probleme beim ungeborenen Kind geschlossen werden könnte. Doch dem scheint nicht so zu sein, wenn bei risikolosen Schwangeren darauf verzichtet und stattdessen ein intermittierendes Abhören (Auskultieren) stattfinden kann. 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 ergeben.^{[85][86]} Stattdessen haben sich bei der Anwendung eines kontinuierlichen CTGs gegenüber dem intermittierenden Abhören erhöhte Interventionsraten, Kaiserschnitte und vaginal-operative Entbindungen, mit den damit verbunden gesundheitlichen Problemen für Mutter und Kind gezeigt. Die augenscheinliche Präzision eines CTG scheint – laut NICE – in einer falschen Sicherheit zu wiegen, die die Evidenzlage so nicht widerspiegelt und bei Auffälligkeiten häufiger zu frühe Interventionen nach sich zu ziehen. Zudem kann der kindliche Herzschlag nur ein Indikator für mögliche Probleme beim Kind sein und ist dabei vermutlich noch nicht einmal ein besonders guter, so heißt es in der Grundlagenarbeit zur NICE-Leitlinie. Der kindliche Herzschlag kann von vielen anderen Faktoren beeinflusst sein. So ist es also viel mehr ein Mangel an anderen Möglichkeiten, der das CTG zu dem ständigen Geburtsbegleiter gemacht hat, der es heute ist. Aus meiner Sicht weist die Evidenzlage bezüglich des CTGs auf die Möglichkeit von sehr individuellen – gesunden – Herzfrequenzverläufe unter einer Geburt hin und unterstreicht aus meiner Sicht, dass Geburt eine Angelegenheit ist, der wir uns nur hingeben und in uns hineinspüren müssen, was es gerade braucht. Was aus meiner Sicht der wahre Schlüssel für eine gelungene Geburtshilfe ist. Zum Abschluss lasse ich die NICE-Leitlinie noch 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.*“^[87]

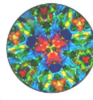
Vor diesem Hintergrund und mit unserem bisherigen Verständnis von Wissenschaft, sehe ich die scheinbar angestrebte Verwissenschaftlichung des Hebammenberufsstandes, für den es ja jetzt einen



eigens eingeführten Studiengang gibt^[88], und durch die Bestrebungen, dass auch die außerklinische Geburtshilfe mit in der DGGG-Leitlinie erfasst werden soll^[89], sehr kritisch.

Doch können wir das noch: Fühlen?

Können wir noch mitfühlen, mit einer Frau, die sich gerade für eine Geburt in einer Weise öffnen und sich dem Leben anvertrauen muss, wie es heute scheinbar von uns nur noch selten abverlangt wird? Können wir das noch, mitfühlen, mit einem Kind, das sich gerade auf den Weg ins Ungewisse macht? Können wir noch fühlen, was das bedeutet, halten wir das noch aus? Wissen wir noch was es erfordert, einen solchen Weg zu gehen?



Exkurs zur Oxytocin-Dosierung:

In Empfehlung 7.46 äußert sich die Leitlinie zur Oxytocingabe bei einer verzögerten (aktiven) Eröffnungsphase wie folgt: *„Wenn Oxytocin gegeben wird, sollen die Zeitabstände zwischen den einzelnen Dosissteigerungen nicht kürzer als alle 30 Minuten sein. Die Oxytocin-Dosis sollte so lange erhöht werden, bis 4–5 Kontraktionen pro 10 Minuten auftreten.“* Eine Angabe zur genauen Dosis ist in der Empfehlung an dieser Stelle nicht enthalten. In einem Text, der nach der Empfehlung folgt, führt die Leitlinie Studien auf, in denen mit einer so genannten „High-Dose“ von 4,5–7 mU/Min. und einer „Low-Dose“ von 1,5–2 mU/Min. gearbeitet wurde. Weiter heißt es: *„Die NICE-Leitlinien-Gruppe konstatierte, dass eine Erhöhung der Oxytocin-Dosierung häufiger als alle 20 Minuten mit einer höheren Rate an uterinen Überstimulationen und pathologischem CTG assoziiert sein kann [1].“*^[90]

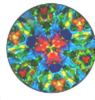
Unterhalb der Empfehlung 8.17 äußert sich die Leitlinie zur Oxytocingabe bei einer verzögerten Austrittsphase wie folgt: *„Es konnte keine Studie identifiziert werden, die explizit die Wirksamkeit von Oxytocingaben bei einer protrahierten Austrittsphase untersuchte. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass auch in der Austrittsphase die nachgewiesene wehenfördernde Wirkung von Oxytocin Bestand hat.“*^[91]

Empfehlung 8.20 lautet dann (allerdings mit einem schwachen Empfehlungsgrad): *„Deshalb ist bei einem Entschluss zur Oxytocin-Unterstützung ein High-Dose-Protokoll vertretbar (z. B. Startdosis 4 mU / Minute, Steigerung um 4 mU / Minute alle 20 Minuten).“* Dabei sollen wieder maximal 4 Wehen pro 10 Minuten induziert werden. Eine weitere Aussage zu den unterschiedlichen Dosierungen findet man darunter: *„Die in verschiedenen Zentren zur Behandlung einer Wehenschwäche angewendeten Oxytocin-Dosierungen schwanken stark. Traditionell wird zwischen einer ‚Low-Dose-‘ und ‚High-Dose-Oxytocin-Unterstützung‘ unterschieden. Die Low-Dose-Dosierungen liegen dabei (zumeist deutlich) unter 4 mU / Minute als Start- und Steigerungsdosis, bei High-Dose-Dosierungen darüber.“*^[92]

Anhand dieser Angaben wollte ich einmal nachprüfen, wo ich die Oxytocin-Dosierung, die mir unter der Geburt meines ersten Sohnes verabreicht worden war, einordnen muss: Ich denke, die Situation bei mir und meinem Sohn wäre als protrahierte Austrittsphase eingeordnet worden. Bei der Oxytocingabe wurde mit einem Wert von 40 ml/h gestartet. Ich orientiere mich zunächst einmal an dem High-Dose-Wert von 7 mU/Min. Für die Infusion wird eine Lösung mit einer Konzentration von einer Internationalen Einheit (I.E. = U) pro 100 ml hergestellt.^[71] Das bedeutet:

$$7 \text{ mU/Min.} = 7 \cdot 10^{-3} \cdot 100 \text{ ml} \cdot 60 \text{ Min.} / (\text{h} \cdot \text{Min.}) = 42 \text{ ml/h}$$

Mit meiner Anfangsdosis von 40 ml/h liege ich also voll im Hochdosis-Bereich. Doch wo meine Steigerungsgeschwindigkeit zu verorten ist, bleibt für mich offen. In meinem Fall wurde die Dosierung in zwei Schritten innerhalb von nur 12 Minuten um weitere 40 ml/h erhöht (nach 5 Min. von 40 auf 60 ml/h, nach weiteren 7 Min. auf 80 ml/h). Die DGGG-Leitlinie sieht hier einen Zeitraum von nicht weniger als 20 Minuten vor (siehe oben unter Empfehlung 8.20). In dem Beipackzettel, den ich auch schon für die Recherchen zu meinem Buch herangezogen hatte, wird ein Zeitraum von mindestens 15 Minuten vorgegeben. In dem Beipackzettel heißt es auch, dass mit einer Dosierung von 12 ml/h ($2 \cdot 10^{-3}$ I.E./Min. bzw. 0,2 ml/Min.) gestartet und in Schritten von ebenfalls 12 ml/h, in nicht weniger als 15 Minuten gesteigert werden soll. Die maximale Dosierung wird dabei mit 180 ml/h ($30 \cdot 10^{-3}$ I.E./Min. bzw. 3 ml/Min.) angegeben.^[71] Mit den 12 ml/h liegt man dabei im Low-Dose-Bereich ($12 \text{ ml/h} = 12 \text{ ml} / (100 \cdot 60 \text{ Min.}) \cdot 10^{-3} = 2 \text{ mU/Min.}$). Von einer High-Dosis-Anwendung mit einer Anfangsdosis von 40 ml/h lese ich in dem Beipackzettel nichts. Wie kann es dann überhaupt sein, dass in der Leitlinie über eine High-Dose-Anwendung diskutiert wird?



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.

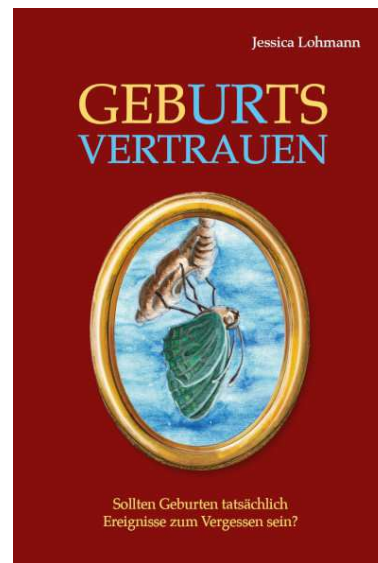
Mein Buch GEBURTSVERTRAUEN ist bei *trdition* erschienen und überall erhältlich, wo es Bücher gibt!

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

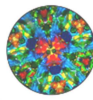


Quellen und Anmerkungen

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

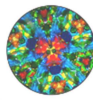
- [1] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): *Die vaginale Geburt am Termin*.
URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/015-083.html>,
Stand: 28.09.2017, ist nicht mehr verfügbar
- [2] Quasdorf, A.: *Mehr Schutz im Kreißsaal*. In: Neue Westfälische, Ausgabe vom 16.03.2021, Seite 5
- [3] S. 11
- [4] Internetplattform des National Institute for Health and Care Excellence:
URL: <https://www.nice.org.uk/>, abgerufen am: 11.04.2021
- [5] National Institute for Health and Care Excellence (NICE): *Update information*.
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Update-information>, abgerufen am: 28.03.2021
- [6] S. 5
- [7] 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, Decemeber 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.
- [8] 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
- [9] 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, Decemeber 2014, updated February 2017, S. 17
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021
- [10] 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
- [11] S. 8, 9
- [12] Empfehlungen 4.1, 10.1
- [13] Empfehlungen 5.1, 5.5, 5.9–5.11, 5.13 und 6.13
- [14] Empfehlungen 7.2, 7.3 und 7.23
- [15] Empfehlungen 7.32, 7.34, 7.36, 7.37 und 8.13
- [16] Empfehlung 8.7
- [17] Empfehlung 8.9
- [18] Empfehlungen 7.38, 9.18
- [19] 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.elpartoesnuestro.es/blog/2014/07/01/el-parto-es-nuestro-birth-ours-presents-final-report-campaign-stop-kristeller-matter-gravity>, zuletzt aufgerufen: 18.04.2021
- [20] Empfehlung 8.21
- [21] 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.



- [22] S. 14, 244, 245
- [23] S. 10, 13
- [24] Abou-Dakn, M. et al.: *Position der DGGG zur außerklinischen Geburtshilfe*. In: FRAUENARZT. Jahrgang 59 (2018), Nr. 7, S. 575, 576
URL: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2020/0575-0576_DGGG_Positionspapier_03.pdf, abgerufen am: 02.04.2021
- [25] Loytved, C.: *Qualitätsbericht 2016 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), 1. Aufl., Auerbach/V., Verlag Wissenschaftliche Scripten, 2017
URL: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>, abgerufen am: 11.04.2021
- [26] S. 209
- [27] 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
- [28] 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
- [29] Loytved, C.: *Qualitätsbericht 2019 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), 1. Aufl., Auerbach/V., Verlag Wissenschaftliche Scripten, 2019, S. 8
URL: <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>, abgerufen am: 11.04.2021
- [30] Brocklehurst, P.: *The Birthplace in England Research Programme*. Folie 23, 24
URL: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace/results>, abgerufen am: 18.04.2021
- [31] 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
- [32] 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, S. 4
URL: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400.full.print>, abgerufen am: 02.04.2021
- [33] S. 13
- [34] 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
URL: <https://www.dghwi.de/zhwi/>, abgerufen am: 04.05.2021
- [35] 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, S. 4, 5
URL: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400.full.print>, abgerufen am: 02.04.2021
- [36] 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, S. 6
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
- [37] S. 7
- [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, Dezember 2014, updated February 2017, S. 16, 17
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, Dezember 2014, updated February 2017, S. 184, 185
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
abgerufen am: 11.04.2021
- [40] S. 21
- [41] 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/>, abgerufen am: 04.05.2021
- [42] S. 22
- [43] 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, Dezember 2014, updated February 2017, S. 185
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>, abgerufen am: 11.04.2021



- [44] 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. 184, 185
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
abgerufen am: 11.04.2021
- [45] S. 22, 23
- [46] S. 25
- [47] 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. 222, 228
URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
abgerufen am: 11.04.2021
- [48] S. 74
- [49] S. 163, 181
- [50] S. 40
- [51] 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/ll/015-083.html>, abgerufen am: 27.02.2021
- [52] S. 154
- [53] S. 92
- [54] S. 136, 137, 150
- [55] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 115
- [56] El Parto es Nuestro: *STOP Kristeller*.
URL: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>,
abgerufen am: 03.04.2021
- [57] Lohmann, J: *GebURtsVERTRAUEN. Sollten Geburten tatsächlich Ereignisse zum Vergessen sein?* Hamburg, tredition GmbH, 2021, S. 70, 71
- [58] S. 139, 140
- [59] S. 198
- [60] S. 34; 38, 39; 111, 112; 150, 180 und 193
- [61] S. 8
- [62] Basiert auf einer eigenen Abschätzung: Leider sind in der mir vorliegenden DGGG-Leitlinie (siehe oben) für die Empfehlungen in Kapitel 5 keine Evidenzgrade angegeben und es ist 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.
- [63] S. 149
- [64] S. 146, 147
- [65] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): *AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation nach Systematik*.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation.html>, abgerufen am: 03.04.2021.
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.
- [66] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) [Hrsg.]: *Vaginale Geburt am Termin*. Leitlinienreport der S3-Leitlinie, Version: 1.0, Berlin, AWMF online, Stand 22.12.2020, S. 10, 11, 13
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html>, abgerufen am: 27.02.2021
- [67] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) [Hrsg.]: *Vaginale Geburt am Termin*. Leitlinienreport der S3-Leitlinie, Version: 1.0, Berlin, AWMF online, Stand 22.12.2020, S. 19–23



- URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html>, abgerufen am: 27.02.2021
- [68] S. 244, 245
- [69] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): *Leitlinien Detailansicht – Die vaginale Geburt am Termin*.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html>, 11.04.2021
- [70] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): *Leitlinien Detailansicht. Angemeldetes Leitlinienvorhaben – Die vaginale Geburt am Termin*.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/015-083.html>, Stand vom: 26.03.2020
- [71] Zum Beispiel: HEXAL: *Oxytocin 3 I.E./ml Injektionslösung bzw. Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung*. Gebrauchsinformation, zuletzt überarbeitet im Mai 2018
URL: https://www.hexal.biz/praeparate/dokumente/gi/50076717_148x_594_if_it.pdf, zuletzt abgerufen am: 13.03.2020
- [72] S. 121, 152
- [73] S. 210–212
- [74] S. 212–216
- [75] S. 208
- [76] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 27
- [77] Gaskin, I. M.: *Die selbstbestimmte Geburt*. 9. Aufl., München, Kösel-Verlag, 2014, S. 166
- [78] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 111
- [79] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 30
- [80] S. 70
- [81] Mongan, M. F.: *HypnoBirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt*. 5. Aufl., Murnau a. Staffelsee, Mankau Verlag, 2014, S. 61–69
- [82] Gaskin, I. M.: *Die selbstbestimmte Geburt*. 9. Aufl., München, Kösel-Verlag, 2014, S. 166, S. 154–159
- [83] Odent, M.: *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt*. 2. Aufl., Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2015, S. 153
- [84] S. 40–43
- [85] 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
- [86] 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
- [87] 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
- [88] Deutscher Hebammenverband: *Das Studium*.
URL: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/studium/>, abgerufen am: 06.04.2021
- [89] S. 9, 14
- [90] S. 121–122
- [91] S. 150
- [92] S. 152, 153