

## STELLUNGNAHME

der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Sektion Schwangerenvorsorge zur S1 Leitlinie **Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung** der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin (AGMFM), erstellt 02/2010.

Die Aufnahme der S1-Leitlinie **Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung** in das AWMF-Leitlinien-Register ist für klinisch und außerklinisch tätige Hebammen gleichermaßen mit Konsequenzen in der Betreuung von Schwangeren nach Überschreitung des Termins verbunden. Aus diesem Grund wird die genannte Leitlinie im Folgenden durch die Sektion Schwangerenvorsorge der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) kritisch gewürdigt. Die kritische Würdigung bezieht sich dabei im Wesentlichen auf das methodische Vorgehen.

Die Auswahl der zur Erstellung der Leitlinie herangezogenen Literatur kann durch die fehlende Darstellung der Auswahlkriterien nicht nachvollzogen werden und lässt eine dezidierte kritische Auseinandersetzung mit der derzeitigen Studienlage vermissen. So konnte der zitierte Review von Crowley (2003) in der Cochrane Library nicht gefunden werden. Der in Pubmed gelistete gleichnamige Review von Crowley hatte seinen Ursprung im Jahr 2000 mit einem Update im Jahr 2006. Im Jahr 2007 wurde er jedoch von der Cochrane Library zurückgezogen.

Die in der Leitlinie formulierten Empfehlungen zum Zeitpunkt der Einleitung beziehen sich im Wesentlichen auf ein Review von Gülmezoglu et al. (2006), der als Reprint erneut im Jahr 2009, Issue 4, erschien. Die in diesem Review einbezogenen 19 Studien stammen aus den Jahren 1969 bis 2005. Wennerholm et al. (2009) bewerten in ihrem Review zur Fragestellung nach einer ausreichenden Evidenz für die gegenwärtige Einleitungspraxis die methodische Qualität von 10 der von Gülmezoglu et al. (2006) einbezogenen Studien als nicht ausreichend („*poor*“). Zwei weitere erhielten das Prädikat ausreichend („*fair*“). Sieben Studien aus den Jahren 1969 bis 2000 wurden von Wennerholm et al. nicht bewertet, dafür aber neue Studien in den Review aufgenommen.

Die jüngste der von den Autoren bewerteten Studien stammt aus dem Jahr 2007. Wennerholm et al. thematisieren unter anderem die unterschiedlichen Definitionen einer Terminüberschreitung, die als Basis der einzelnen Studien diente (287 bis 294 Tage) und kommen zu dem Schluss, dass eine Totgeburt gemessen an den Stichprobengrößen der einzelnen Studien ein zu seltenes Ereignis

darstellt, um Schlüsse für eine adäquate Betreuung jenseits der 41. SSW zu ziehen (Wennerholm et al. 2009). Der Review von Wennerholm et al. wurde in der vorliegenden Leitlinie nicht berücksichtigt. Ergänzend zu Wennerholms Kritik muss angemerkt werden, dass **Publikationen zur Übertragung in ungenügendem Maße Angaben zur exakten Schwangerschaftsdauer beinhalten.** In den Darstellungen beschränken sich die unterschiedlichen Autorinnen und Autoren in der Regel auf die Nennung von kompletten Schwangerschaftswochen.

Neben dem Review von Gülmezoglu et al. wurden retrospektive Kohortenstudien für die Erstellung der Leitlinie herangezogen, in denen die Berechnung des Risikos einer Totgeburt auf der Basis unterschiedlicher statistischer Verfahren erfolgte. Olesen et al. (2003) berechnen die „Chance“ („odd“) auf eine Totgeburt, indem sie den Quotienten aus der Anzahl der Totgeburten (Zähler) bezogen auf die Anzahl der Lebendgeburten (Nenner) in der jeweiligen Schwangerschaftswoche in der Übertragungsgruppe (42. SSW und später) und der Gruppe der Termingeburten (37. - 41. SSW) berechnen (Olesen et al. 2003). Im statistischen Sinne wird eine Chance berechnet, indem die Anzahl der Ereignisse (Zähler) durch die Anzahl der Nichtereignisse (Nenner) dividiert wird. Nichtereignisse sind jedoch nicht nur Lebendgeburten, sondern auch intakte Schwangerschaften. Unter Einbezug der intakten Schwangerschaften würde sich ein jeweils kleinerer Quotient in den beiden Gruppen ergeben, was zwangsläufig auch zu einem veränderten Ergebnis in der Gegenüberstellung dieser beiden Quotienten (odds ratio) führen würde. Aus Sicht der DGHWi bilden demnach die Ergebnisse von Olesen et al. (2003) nicht die korrekten „Chancen“ ab. **Hinzu kommt, dass die Forscherinnen und Forscher eine Übertragung bereits ab der 42. SSW beziffert haben, was per definitionem noch keine Übertragung darstellt.**

Hilder et al. (1998) berechnen hingegen Risiken. Der Quotient, den sie hierfür bilden, besteht aus der Anzahl Totgeburten innerhalb einer Schwangerschaftswoche (Zähler) und der Anzahl der intakten Schwangerschaften zu Beginn einer Schwangerschaftswoche (Nenner) („ongoing pregnancies“). Das relative Risiko (risk ratio) wird durch die Gegenüberstellung der Risiken in der Übertragungs- und Termingruppe berechnet (Hilder et al. 1998). Dieses Vorgehen scheint zunächst das korrekte Vorgehen zu sein. Das gewählte Forschungsdesign an sich ist hier jedoch als großer Schwachpunkt zu sehen. Gewählt wurde eine retrospektive Kohortenanalyse ohne weiterführende multivariate Analysen, was dazu führt, dass ein möglicher Einfluss von Schwangerschaftskomplikationen, Einleitungen, Geburtsmodi, Analgesien, Parität, Alter etc. nicht berücksichtigt werden konnte.

Ähnlich gehen Olesen et al. (2003) vor, wenngleich hier das Forscherteam eine Adjustierung seiner Daten nach mütterlichem Alter, kindlichem Geschlecht und Parität als aus der Literatur bezüglich der Schwangerschaftsdauer bekannte Einflussgrößen vornahm. Insgesamt wurden die Daten, auf die sich Olesen und Hilder beziehen, vor 17 bis 32 Jahren erhoben.

**Der S1-Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* ist eine kritische Bewertung der Studien unter Berücksichtigung des jeweiligen Forschungsdesigns nicht zu entnehmen. Dieses wird von der DGHWi im Umgang mit den Forschungsergebnisse bzw. den Konsequenzen, die hieraus gezogen werden, jedoch als essenziell angesehen.**

Eine multidisziplinäre Diskussion zum Vorgehen in der statistischen Berechnung und Darstellung von Sterblichkeitsraten wäre äußerst wünschenswert. Grundsätzlich muss im Zusammenhang mit den

zitierten Kohortenstudien hinterfragt werden, inwiefern Studienergebnisse, die auf Berechnungen mit unterschiedlichen Bezugsgrößen beruhen, in eine einheitliche Bewertung des Risikos der perinatalen Mortalität (siehe Seite 3 Punkt 5 der Leitlinie) weitestgehend unkommentiert übernommen werden können und im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit der Leitlinie übernommen werden sollen.

An einigen Stellen der S1-Leitlinie **Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung** werden Sachverhalte als dokumentiert bzw. gut belegt dargestellt, ohne dass jedoch eine Quelle genannt wird. So wird beispielsweise in der Darstellung einer **verminderten Fruchtwassermenge** als Indiz für eine beginnende Plazentainsuffizienz (Seite 3 der Leitlinie) **gänzlich auf die Angaben von Quellen verzichtet**. Andere Quellen werden nur reduziert ausgewertet. So lassen sich die zitierten Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS 2007) durch Daten des gleichen Berichtes berichtigen und ergänzen. 7.048 von 669.298 Geborenen wurden nach Vollendung der 42. SSW geboren, was einer Rate von 1,05% entspricht. Diese Zahl wird offenbar retrospektiv anhand der klinischen Reifezeichen des Neugeborenen berechnet, die in der klinischen Perinatalerhebung grob in Schwangerschaftswochen ausgedrückt werden. Bei einem „gesicherten“ Entbindungstermin beträgt die Rate der Kinder, die nach Vollendung der 42. SSW geboren werden, lediglich 0,55% (3.526 von 638.212 Geborenen). **Insgesamt beläuft sich die Einleitungsrate bis einschließlich 14. Tag nach einem „gesicherten“ errechneten Entbindungstermin auf nahezu 20 Prozent (19,96%) und die Rate der primären Sectiones jenseits der 37. SSW auf nahezu 15 Prozent (14,98%)** (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008). Die Rate von Kindern, die bei „gesichertem“ Termin nach Vollendung der 42.SSW geboren werden, sowie die Inzidenzrate von tot geborenen Kindern in dieser Zeit im Promillebereich erschweren zum einen tatsächlich die Herleitung kausaler Zusammenhänge; zum anderen lässt sich die von Lack (2004) zur Diskussion gestellte Frage, ob angesichts der im Hinblick auf die perinatale Mortalität im zeitlichen Verlauf stagnierenden Zahlen im Promillebereich nicht „[...] auch eine maximal erreichbare Untergrenze erreicht [wurde]“ (Lack 2004: 1049), gut nachvollziehen.

**Neben der fehlenden kritischen Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur haben sich bei der Erstellung der Leitlinie Übertragungsfehler in Bezug auf internationale Forschungsergebnisse ergeben.** So werden in Tabelle 1 (Seite 3) die Ergebnisse von Olesen et al. (2003) zwar dargestellt, jedoch wurde die in der Originalquelle formulierte Komplikation „*peripheral nerve paralysis*“ als „*peripherer Nierenschaden*“ in die Tabelle der Leitlinie übertragen (www.awmf.org, 12.10.2010, letzter Zugriff 09.02.2011).

Insgesamt mangelt es der Leitlinie in der Auswertung der Studienergebnisse an der einheitlichen, präzisen Darstellung der Schwangerschaftsdauer sowie an der **Thematisierung der generellen Schwierigkeit, die tatsächliche Dauer einer menschlichen Schwangerschaft und damit im Zusammenhang den korrekten Geburtstermin zu benennen.** Auf die differenzierte Darstellung der im Hinblick auf die Schwangerschaftsdauer oder die Inzidenzrate von Totgeburten beeinflussenden Faktoren wurde verzichtet und fehlt deshalb auch in den abschließenden Empfehlungen. Ähnliches gilt in Bezug auf das Wohlbefinden und die Sichtweise der Frauen, die Aufbereitung der Literatur zu möglichen alternativen Verfahren wie auch die Diskussion zu den gesundheitlichen Folgen von einleitenden Maßnahmen.

Schließlich wirkt es irritierend, dass den Schluss der Leitlinie die Empfehlung einer prophylaktischen wöchentlichen Eipollösung ab der 38. SSW bildet, ohne dass hierfür externe Evidenzen angeführt werden. Die Empfehlung einer derartigen die Frauen belastenden, oftmals schmerzhaften Prozedur innerhalb einer S1-Leitlinie sollte aus Sicht der DGHWi gut belegt sein.

Nicht zuletzt im Hinblick auf den eingangs in der Leitlinie formulierten Anspruch, zum Konzept des „informed choice“ beizutragen, wird durch die DGHWi aufgrund der fehlenden Aspekte ein Nachbesserungsbedarf der Leitlinie konstatiert.

In der geburtshilflichen Praxis hat die Leitlinie **Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung** für Verunsicherung gesorgt. Vielerorts wird nun ab dem 8. Tag nach dem errechneten Termin ohne vorliegende Risikofaktoren mit Bezug auf die Leitlinie eingeleitet, wenngleich die Empfehlung zur Einleitung ab 41+0 SSW in der Leitlinie selbst keineswegs fordernd formuliert ist. Auch dem ausdrücklichen Hinweis am Ende einer jeden durch die AWMF publizierten S1-Leitlinie, dass die Leitlinien für Ärztinnen/Ärzte nicht rechtlich bindend sind und daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung haben, scheint man in der Praxis mancherorts wenig Beachtung zu schenken.

In Bezug auf die Leitlinienentwicklung in Deutschland hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) Folgendes ausgeführt: „Der Begriff der Multidisziplinarität wird von vielen Leitlinienentwicklern zu eng gefasst und auf innerärztliche Interdisziplinarität reduziert. Multidisziplinarität in der Leitlinienentwicklung reicht aber weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasst auch die Beteiligung von Repräsentanten nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 165f) Um eine Verunsicherung von Frauen und Paaren durch unterschiedliche, berufsgruppenspezifische Empfehlungen zu vermeiden, sollte den Ausführungen des SVR Rechnung getragen und eine Zusammenarbeit der geburtshilflich relevanten Berufsgruppen unter Beteiligung der Nutzerinnen in der Leitlinienentwicklung angestrebt werden.

### **Abschließende Empfehlung**

Die S1-Leitlinie **Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung** sollte aufgrund bestehender Mängel ausgesetzt und zum baldmöglichsten Zeitpunkt in einer mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der tangierenden Fachgesellschaften, einschließlich der DGHWi, besetzten Arbeitsgruppe im Sinne einer S3-Leitlinie neu formuliert werden.

Osnabrück, 24.02.2011

Sektion Schwangerenvorsorge der DGHWi,  
Sektionssprecherin: Rainhild Schäfers

## Literatur

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2010: Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-065\\_S1\\_Vorgehen\\_bei\\_Terminueberschreitung\\_und\\_Uebertragung\\_02-2010\\_12-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-065_S1_Vorgehen_bei_Terminueberschreitung_und_Uebertragung_02-2010_12-2012.pdf) (Zugriff 9.2.2011)

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Eigenverlag, Düsseldorf 2008

Hilder L, Costeloe K, Thzilaganathan B: Prolonged pregnancy: Evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *BJOG* 1998; 2: 169-173

Lack N: Epidemiologie der perinatalen Mortalität. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.): *Die Geburtshilfe*. Springer, 3. Aufl., Heidelberg 2004; 1043-1055

Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J: Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 1: 222-227

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn 2007

Wennerholm U, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C: Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 1: 6-17