

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zur Gesundheitsinformation Geburtseinleitung des IQWiG

Autorinnen: Maria Häring, Dorothea Tegethoff

Datum: 18.2.2026

Die DGHWi begrüßt die Gesundheitsinformation zur Geburtseinleitung für Verbrauchende. werdende Familien können sich hier evidenzbasiert informieren und sich für Gespräche mit Fachpersonen vorbereiten. Im Folgenden wird die DGHWi zuerst allgemein und dann im Detail Stellung nehmen.

Stellungnahme der DGHWi allgemein:

Die DGHWi empfiehlt, dass beide Zählweisen der Schwangerschaftswochen überall mit in die Texte aufgenommen werden. Hintergrund ist, dass in der klinischen Praxis beide Zählweisen, also 42. SSW ebenso wie 41+0 bis 41+6 SSW verwendet werden. Der Transfer vom „Gut zu wissen“ Kasten hin zum Fließtext könnte für Laien durch die jeweils doppelte Nennung vereinfacht werden. Ein kontinuierliches synonymes Verwenden beider Zählweisen kann Missverständnissen vorbeugen und Klarheit schaffen.

Beispiel:

„Eine Schwangerschaft dauert im Schnitt 40 Wochen. Doch nur sehr wenige Kinder kommen genau am errechneten Termin (ET, 40+0 Schwangerschaftswochen/ SSW) zur Welt. Die meisten Babys werden innerhalb von 2 Wochen vor oder nach dem Termin geboren (38+0 bis 42+0 SSW). Wenn die Geburt zum errechneten Datum noch nicht begonnen hat, spricht man zunächst von einer Terminüberschreitung. Beginnt die 43.SSW (ab 42+0 SSW) – also die 3. Woche nach dem errechneten Termin – spricht man von einer Übertragung. Ist der errechnete Geburtstermin überschritten, werden alle paar Tage Kontrolluntersuchungen empfohlen, um sicherzugehen, dass es der Schwangeren und dem Kind gut geht.“

Stellungnahme der DGHWi im Detail zu dem Text „Mehr Wissen - Wenn das Baby auf sich warten lässt: Wann die Geburt einleiten?“

Einleitende Sätze:

Hier wird unterstellt, dass eine Terminüberschreitung eine Belastung sei und die Frage nach einer Geburtseinleitung von den werdenden Eltern ausgehe. Die DGHWi empfiehlt folgende Formulierung: „Werdende Eltern brauchen dann Geduld. Mit großer Wahrscheinlichkeit geht die Geburt von selbst los. Ein möglicher Weg sich vor wiederholten Nachfragen zu schützen ist, Freunden und Angehörigen nicht den genauen Geburtstermin mitzuteilen, da es nur eine Schätzung ist.“

Absatz: Warum kann sich der Geburtstermin verzögern?

Hier empfiehlt die DGHWi Ursachen der Terminüberschreitung zu nennen: Das ist vor allem eine falsche Terminbestimmung, insbesondere, wenn in der Frühschwangerschaft keine Terminbestimmung mit Ultraschall stattfand. Übergewicht der Schwangeren im ersten Schwangerschaftsdrittel (BMI > 30) oder familiär bedingte längere Schwangerschaftsdauer können ebenfalls Ursachen für eine Terminüberschreitung sein [11]. Die Terminbestimmung findet nach der Naegele-Regel statt, wonach eine Schwangerschaft 280 Tage dauert, beginnend mit dem ersten Tag der letzten Periode. Entscheidend für die Terminbestimmung ist jedoch der Zeitpunkt des Eisprungs. Insbesondere bei langen oder unregelmäßigen Zyklen kommt es daher teilweise zu falschen Berechnungen der voraussichtlichen Schwangerschaftsdauer. Es gibt eine Reihe an weiteren Faktoren, die Einfluss auf die Dauer einer Schwangerschaft haben können, dazu zählen ethnische Zugehörigkeit, Körpergröße und Parität. [7].

Absatz: „Wie werden Schwangere und Kind untersucht?“

In diesem Absatz wird informiert, dass nach dem ET bei den Kontrolluntersuchungen ein CTG durchgeführt werden soll. Die zitierte S2K Leitlinie Geburtseinleitung ist unter dem angegebenen Link im Literaturverzeichnis derzeit nicht verfügbar, daher war eine Einsicht in den exakten Text, bzw. die Begründung nicht möglich. Die Quelle ist damit aktuell für die Gesundheitsinformation ungeeignet. Laut Mutterschaftsrichtlinie des GBA (2023) ist ein CTG jedoch erst bei „Verdacht auf Übertragung“ indiziert [5]. Dies bedeutet ab 42+0 SSW. Die DGHWi empfiehlt, dies in die Information mit aufzunehmen.

Absatz: Was haben Studien zum Zeitpunkt der Einleitung gezeigt?

Hier wird das Review von Middleton et al. (2020) zitiert. Die DGHWi empfiehlt in der Tabelle (auf Seite 7) den Endpunkt „Kindliche Asphyxie“, bzw. „Kindliche Anpassungsstörung“ zu den vorhandenen Endpunkten zu ergänzen. Dieser Aspekt wurde in dem Review auf Seite 102 ausgewertet und betrug in der Gruppe der Geburtseinleitungen ab 41+0 SSW insgesamt 9 Kinder von 725 Geburten und in der abwartenden Gruppe 5 Kinder von 731 Geburten [8]. Dies sollte sowohl in dem Dokument „Mehr Wissen“, als auch in dem Dokument „Entscheidungshilfen“ (Tabelle) ergänzt werden.

Absatz: Welche Nebenwirkungen hat eine Einleitung?

Die DGHWi empfiehlt folgenden Aspekt mit aufzunehmen:

Es gibt einige Frauen, die eine Geburtseinleitung als emotional und körperlich anstrengend empfinden. Diese Gefühle können sich durch strukturelle Gegebenheiten wie z.B. eine volle Station im Krankenhaus und wenig Privatsphäre verstärken [1].

Absatz: Ist eine frühere Einleitung möglich?

Die DGHWi empfiehlt folgende Punkte zu ergänzen:

Es wurde beobachtet, dass die Geburtsdauer bei einer Geburtseinleitung länger ist, als wenn die Geburt von selbst beginnt [3]. Neugeborene mussten bei Geburtseinleitung zwischen 37+0 bis 40+6 SSW häufiger auf die neonatologische Intensivstation verlegt werden [10].

Literaturverzeichnis

Die Links in den Quellenangaben in diesem Dokument sind fast durchgehend fehlerhaft. Nur wenige Links führen tatsächlich zur Originalquelle. Wer bei den übrigen Quellen den angegebenen Links folgt, landet bei PubMed, wo das Abstract hinterlegt ist. Die Digital Object Identifiers (DOI), die das zuverlässige Auffinden der tatsächlichen Quelle ermöglichen, fehlen vollständig.

Stellungnahme der DGHWi im Detail zu dem Text „Mehr Wissen - Wie lässt sich die Geburt einleiten?“

Abschnitt: Was kann ich selbst versuchen, um die Geburt in Gang zu bringen?

Die DGHWi empfiehlt das Spaziergehen mit in den letzten Abschnitt zu schreiben.

„Manche Schwangere gehen spazieren, trinken Himbeerblätter-Tee, um den Muttermund weicher zu machen, andere probieren homöopathische Mittel, Nachtkerzenöl oder Hypnose. Es gibt aber keine wissenschaftlichen Belege, dass diese Maßnahmen wirken.“

Abschnitt: Warum wird eine Geburt medizinisch eingeleitet?

Die DGHWi empfiehlt folgenden Satz zu ändern. „Auch wenn das Baby überdurchschnittlich groß ist, kann die Geburt etwas früher eingeleitet werden, um sie für Mutter und Kind zu erleichtern.“ Stattdessen: „Auch wenn angenommen wird, dass das Baby überdurchschnittlich groß sein könnte, kann die Geburt etwas früher eingeleitet werden, um sie für Mutter und Kind zu erleichtern.“

Die vorgeburtliche Schätzung des Gewichtes wird im Verlauf der Schwangerschaft immer ungenauer, das Gewicht wird sehr oft überschätzt. Daher kann vorgeburtlich stets nur von einem Verdacht auf Makrosomie gesprochen werden [2].

Abschnitt: Wie fühlt sich eine Geburtseinleitung an und wie lange dauert sie?

Die DGHWi empfiehlt zwei Aspekte im Mittelteil des Abschnitts mit aufzunehmen.

Insgesamt erleben Frauen eine eingeleitete Geburt sehr unterschiedlich. Während sich die einen wieder für eine Einleitung entscheiden würden, würden andere sie bei einer weiteren Geburt lieber vermeiden. Die Einleitung einer Geburt bedeutet nicht unbedingt, dass danach alles ganz schnell geht. Viele Frauen sind überrascht, wie viele Stunden es nach der Einleitung noch dauern kann, bis überhaupt Wehen beginnen und schließlich das Baby auf der Welt ist. Eine Geburtseinleitung macht mehr vaginale Untersuchungen nötig als üblich. Oft führt die sehr frühe Aufnahme zur Geburt bei einer Geburtseinleitung, insbesondere bei Frauen, die ihr erstes Kind gebären, zu weiteren Interventionen, wie eine PDA, ein Oxytozintropf und eine operative Geburtsbeendigung (z.B. Kaiserschnitt) [9].

Es gibt einige Frauen, die eine Geburtseinleitung als emotional und körperlich anstrengend empfinden. Diese Gefühle können sich durch strukturelle Gegebenheiten wie z.B. eine volle Station im Krankenhaus und wenig Privatsphäre verstärken [1].

Es gibt einige Frauen, die eine Geburtseinleitung als emotional und körperlich anstrengend empfinden. Diese Gefühle können sich durch strukturelle Gegebenheiten wie z.B. eine volle Station im Krankenhaus und wenig Privatsphäre verstärken [4]. Unabhängig davon, das wievielte Kind von der Frau geboren wird, müssen Frauen mit einer deutlich längeren Wehenphase rechnen, als wenn die Geburt von selbst beginnt [3]. Dies trifft aber nicht auf alle Frauen zu.

„Oft ist es hilfreich, mit der Hebamme, der Ärztin oder dem Arzt darüber zu sprechen, welche Möglichkeiten der Geburtseinleitung im jeweiligen Krankenhaus angeboten werden und welche Vor- und Nachteile sie haben. Eine Geburtseinleitung ist kein Notfall – meist ist ausreichend Zeit, sich mit dem Gedanken daran vertraut zu machen und Antworten auf alle Fragen zu erhalten.“

Ergänzungen:

Die DGHWi empfiehlt einen Abschnitt „ambulante oder stationäre Geburtseinleitung“ zu ergänzen.

Eine ambulante Geburtseinleitung ist in ausgewählten Fällen möglich und kann individuell zu mehr Zufriedenheit führen. Das würde bedeuten, dass man während der Geburtseinleitung nochmal nach Hause gehen darf, anstatt stationär in der Klinik zu bleiben. Nicht alle Methoden der Geburtseinleitung sind gleich gut geeignet für das ambulante Setting. Frauen, die mit einem Ballonkatheter eingeleitet wurden und zuhause waren, berichten beispielsweise, dass sie weniger müde während der Geburt waren und weniger Schmerzen hatten, als Schwangere, die mit Prostaglandinen stationär eingeleitet wurden [4]. Die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Geburtseinleitung erfordert eine sorgfältige und individuelle Planung. Mechanische Methoden, wie der Ballonkatheter gelten als sicher für eine ambulante Geburtseinleitung [6].

Literaturverzeichnis:

Auch in dieser Gesundheitsinformation sind fast alle Quellenangaben fehlerhaft.

Stellungnahme der DGHWi im Detail zu dem Text „Entscheidungshilfe“:

Abschnitt Vor- und Nachteile der Möglichkeiten, S. 3:

Die DGHWi empfiehlt den Endpunkt „Kindliche Asphyxie“, bzw. „Kindliche Anpassungsstörung“ zu den vorhandenen Endpunkten zu ergänzen. Dieser Aspekt wurde in dem Review auf Seite 102 ausgewertet und betrug in der Gruppe der Geburtseinleitungen ab 41+0 SSW insgesamt 9 Kinder von 725 Geburten und in der abwartenden Gruppe 5 Kinder von 731 Geburten [8].

Abschnitt: Was ist Ihnen bei der Entscheidung wichtig?, S. 4

Die DGHWi empfiehlt folgende weitere Entscheidungshilfen mit aufzunehmen.

„Ich möchte einen stationären Aufenthalt vor der Geburt in der Klinik vermeiden.“ oder/und „Es macht mir nichts aus bereits einige Tage vor der Geburt im Krankenhaus zu sein.“

Literatur:

1. Abebe A, Setato TN, Bisetegn FS, Dake SK, Nane D. The lived experience of mothers who give birth after induction of labour in hospital settings in Southern Ethiopia: a phenomenological study. *Reprod Health*. 2025 Jul 10;22(1):126. doi: 10.1186/s12978-025-02054-6. PMID: 40640831; PMCID: PMC12247284.
2. Birene B, Ferreira A, Raimond E, Graesslin O, Ishaque U, Gabriel R. Improving the accuracy of screening for large-for-gestational-age fetuses: a multicenter observational study. *J Perinat Med*. 2025;53(7):835–52. doi:10.1515/jpm-2025-0015. Available from: <https://d-nb.info/1376233762/34>
3. Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi J. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Jul;66(4):459-469. doi: 10.1111/jmwh.13238. Epub 2021 May 13. PMID: 33984171; PMCID: PMC8363560.
4. Cronin RS, Wise MR, Thompson JM, Wilson J, Robertson E, Bradford BF. Maternal satisfaction with outpatient balloon catheter versus inpatient prostaglandin induction of labour: A randomised controlled trial in Aotearoa New Zealand. *Women Birth*. 2025 May;38(3):101914. doi: 10.1016/j.wombi.2025.101914. Epub 2025 Apr 27. PMID: 40294517.
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Mutterschafts-Richtlinien. Anlage 2. Berlin: G-BA; 2023. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3335/Mu-RL_2023-09-28_iK-2023-12-19.pdf
6. Kehl, S., Bader, S., Anetsberger, D., & Schneider, M. (2024). Ambulante Geburtseinleitung: Wann und wie? *Die Gynäkologie*, 57(4), 207–211. <https://doi.org/10.1007/s00129-024-05207-z>
7. Lawson GW. Naegele's rule and the length of pregnancy – A review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2021;61(2):177-182. doi:10.1111/ajo.13253.
8. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 15;7(7):CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub5. PMID: 32666584; PMCID: PMC7389871.
9. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM. Early versus Late Admission to Labor Affects Labor Progression and Risk of Cesarean Section in Nulliparous Women. *Front Med (Lausanne)*. 2016 Jun 27;3:26. doi: 10.3389/fmed.2016.00026. PMID: 27446924; PMCID: PMC4921453.
10. Na ED, Chang SW, Ahn EH, Jung SH, Kim YR, Jung I, Cho HY. Pregnancy outcomes of elective induction in low-risk term pregnancies: A propensity-score analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Feb;98(8):e14284. doi: 10.1097/MD.00000000000014284. PMID: 30813131; PMCID: PMC6408014.
11. Weiss E, Abele H, Schneider H. Terminüberschreitung und Übertragung der Schwangerschaft. In: von Kaisenberg C, Klaritsch P, Hösli-Krais I, editors. *Die Geburtshilfe*. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2024. Kapitel 33. doi:10.1007/978-3-662-44369-9_33. Available from: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-geburtshilfe/terminueberschreitung-und-uebertragung-der-schwangerschaft?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-44369-9_33