

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

zu den Entwürfen für die Gesundheitsinformationen, IQWiG:

- 1. Mehr Wissen. Beckenendlage – Welche Möglichkeiten gibt es?**
- 2. Entscheidungshilfe: Beckenendlage – Äußere Wendung**
- 3. Entscheidungshilfe: Beckenendlage: Vaginale Geburt oder Kaiserschnitt?**

Autorinnen: Siegrun Baldes M.A., Sèverine Wayand, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA,

Datum: 05.05.2026

Vorbemerkung


Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft begrüßt die Entwicklung von Informationsblättern und Entscheidungshilfen zum Thema Beckenendlage.

Umgang mit Begrifflichkeiten

Aus Perspektive der Hebammenwissenschaft sollte grundsätzlich die aktive Haltung der Frau beim Gebären deutlich werden, auch bei einer Beckenendlagegeburt. Die DGHWi empfiehlt die Begriffe „Entbindung“/entbinden durch „Geburt“/gebären zu ersetzen.

Zudem sollte der Begriff „Risiko“, wann immer es geht, durch „Wahrscheinlichkeit“ oder „Möglichkeit“ ersetzt werden.

1. Anmerkungen zur Broschüre: Mehr Wissen. Beckenendlage – Welche Möglichkeiten gibt es?

S.2, 4. Absatz	<p>Aktueller Text: Absatz unter: Welche Ursachen gibt es für eine Beckenendlage?</p> <p>Änderung/ Ergänzung: Eine Beckenendlage kommt außerdem manchmal in einzelnen Familien gehäuft vor. Die Ursache hierfür ist unbekannt.</p>
S.4, 1. Abschnitt, 4. Satz	<p>Aktueller Text: Kinder in Beckenendlage können per Kaiserschnitt, aber oft auch mit einer vaginalen Geburt auf die Welt kommen.</p> <p>Änderung: Kinder in Beckenendlage können mit einer vaginalen Geburt, aber auch per Kaiserschnitt auf die Welt kommen.</p> <p>Begründung: Die DGHWi begrüßt es, physiologische Verläufe in den Vordergrund zu stellen.</p>
S.4, 3. Abschnitt, 2. Satz	<p>Aktueller Text: Bei einer vaginalen Geburt ist jedoch das Risiko für Komplikationen etwas erhöht – etwa für einen Sauerstoffmangel des Kindes, weil die Nabelschnur zwischen seinem Kopf und dem Geburtsweg eingeklemmt werden könnte.</p> <p>Änderung: Bei einer vaginalen Geburt ist jedoch die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen etwas erhöht – etwa durch eine vorübergehende geringere Blutversorgung, weil die Nabelschnur zwischen dem Kopf und dem Geburtsweg zusammengedrückt wird. Das trifft allerdings vor allem auf ungünstige Gebärpositionen wie die Rückenlage zu. In anderen Geburtspositionen wie z.B. dem Vierfüßlerstand oder aufrechten Gebärhaltungen wird dieses Risiko minimiert.</p> <p>Begründung: Die Möglichkeit der Nabelschnurkompression wird durch die Geburtsleitung im Vierfüßlerstand und aus anderen aufrechten Gebärhaltungen minimiert.</p>  <p>Harder et. al. [3]</p>

S.4, 5. Abschnitt, letzter Satz	<p>Aktueller Text: In Deutschland kommen pro Jahr rund 35.000 Kinder in Beckenendlage zur Welt.</p> <p>Änderung: In Deutschland kommen pro Jahr rund 35.000 Kinder aus Beckenendlage zur Welt.</p>
S.5, Abbildungen	<p>Aktueller Text: Reihenfolge im Text entspricht nicht der Reihenfolge der Bilder, Abkürzung BU ist unklar (Bildunterschrift?)</p> <p>Änderung: Reihenfolge anpassen, Abkürzung klären</p>
S.5, unten, Sätze 1 und 2	<p>Aktueller Text: Schwangere haben die Wahl: Sie können die Ärztin oder den Arzt bitten, eine äußere Wendung zu versuchen. Oder sie probieren eine andere Methode aus, wie Moxibustion, Akupunktur oder bestimmte Übungen.</p> <p>Änderung: Schwangere haben die Wahl: Sie probieren eine der folgenden Methoden aus: Moxibustion, Akupunktur oder bestimmte Übungen. Wenn das nicht funktioniert, können Sie die Ärztin oder den Arzt bitten, eine äußere Wendung zu versuchen</p> <p>Begründung: Die DGHWi begrüßt es, möglichst wenig belastende Methoden in den Vordergrund zu stellen.</p>
S.6, Abschnitt Hüftdysplasie	<p>Aktueller Text: Bei Kindern, die in Beckenendlage zur Welt kommen, sind etwas häufiger die Hüftgelenke nicht ganz ausgereift</p> <p>Änderung: Bei Kindern, die bis zum Ende der Schwangerschaft in Beckenendlage liegen, sind etwas häufiger die Hüftgelenke nicht ganz ausgereift. Das ist unabhängig vom Modus der Geburt (vaginal oder durch Kaiserschnitt) der Fall.</p> <p>Begründung: Es könnte der Eindruck entstehen, dass die Ausreifung der Hüftgelenke durch den Modus der Geburt beeinflusst werden kann.</p>
S. 6, Abschnitt Hüftdysplasie	<p>Aktueller Text: Oft lässt sich eine Hüftdysplasie mit einer speziellen Hose oder Schiene behandeln, die das Baby über einige Wochen oder Monate tragen muss. Diese spreizt die Oberschenkel auseinander, damit die Hüftgelenke nachreifen können. Ist die Hüftdysplasie stärker ausgeprägt, können ein Gips oder selten auch eine Operation nötig sein.</p> <p>Änderung: Eine Hüftdysplasie kann durch eine routinemäßige Ultraschalluntersuchung bei einer der ersten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder erkannt werden und ist gut behandelbar.</p> <p>Begründung: Die Ausführungen zur Hüftdysplasie tragen nichts zur Wahl des Geburtsmodus bei.</p>
S. 6, Abschnitt Moxibustion	<p>Aktueller Text: Bei der Moxibustion werden Kräuter (Beifuß) in der Nähe der Haut verbrannt, um bestimmte Akupunktur-Punkte zu erwärmen.</p> <p>Änderung: Bei der Moxibustion wird eine „Zigarre“ aus Beifuß an bestimmte Akupunktur-Punkte gehalten und diese werden erwärmt.</p> <p>Begründung: Die aktuelle Formulierung klingt, als ob ein Feuer gemacht würde.</p>

S. 6, Abschnitt Moxibustion, vorletzter Satz	<p>Aktueller Text: Mögliche Nebenwirkungen der Moxibustion sind Übelkeit, Kopfschmerzen und Hautverletzungen.</p> <p>Änderung: Seltene Nebenwirkungen der Moxibustion sind Übelkeit, Kopfschmerzen und Hautverletzungen.</p>
S. 7, 1. Abschnitt Yoga-Übungen	<p>Änderung: Die DGHWi empfiehlt, hier zur Veranschaulichung Bilder einzufügen.</p>
S. 7. unten	<p>Aktueller Text: Bei etwa der Hälfte der Frauen gelingt die Wendung und das Kind dreht sich.</p> <p>Änderung: Bei etwa der Hälfte der Frauen gelingt die Wendung und das Kind liegt mit dem Kopf unten.</p>
S. 8, 2. Abschnitt, letzter Satz	<p>Aktueller Text: In der Regel wird ein Zugang in die Armvene gelegt - zum Beispiel, um ein Medikament zu geben, das vorzeitige Wehen verhindert.</p> <p>Änderung: In der Regel wird ein Zugang in eine Armvene gelegt, um bei Bedarf Medikamente zu verabreichen.</p>
S.9, unten	<p>Aktueller Text: Bradykardie</p> <p>Änderung: Der Begriff ist hier unzutreffend. Es wird sich eine Dezeleration beschrieben. Daher ist Bradykardie durch Dezeleration ersetzen.</p>
S. 10, 3. Abschnitt	<p>Aktueller Text: Wichtig ist zum Beispiel, ob die Frau bereits eine vaginale Geburt hatte und wie breit das Becken ist.</p> <p>Änderung: Wichtig ist zum Beispiel, ob die Frau bereits eine vaginale Geburt hatte.</p> <p>Begründung: Die Breite des Beckens spielt keine Rolle.</p>
S. 10, 5. Abschnitt, 5. Satz	<p>Aktueller Text: Durch die Beckenendlage besteht die Gefahr, dass der Kopf die Nabelschnur abdrückt und das Kind nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird.</p> <p>Änderung: Die günstigste Gebärhaltung für eine Geburt aus BEL ist der Vierfüßlerstand, weil dann die Möglichkeit, dass der Kopf die Nabelschnur abdrückt und die Blutversorgung kurzfristig unterbrochen ist, geringer ist.</p> <p>Begründung: s. dazu [4]</p>
S. 11, 1. Satz	<p>Aktueller Text: Das Geburtshilfe-Team leitet die Schwangere an, wann sie pressen soll.</p> <p>Änderung: Das Geburtshilfe-Team leitet die Schwangere an, wann sie aktiv mitschieben soll.</p>

S. 11, 3. Satz	<p>Aktueller Text: Das Team kann auch die Geburt der Arme mit speziellen Handgriffen unterstützen, um Verletzungen des Kindes zu vermeiden.</p> <p>Änderung: Das Team kann auch die Geburt der Arme mit speziellen Handgriffen unterstützen. Der letzte Teilsatz zu den Verletzungen ist zu streichen.</p> <p>Begründung: In der vorliegenden Form ist der Bezug auf Verletzungen ungenau. Zuvor war auch nicht von spezifischen Verletzungen die Rede. Diese hier auszuführen würde erheblichen Umfang in Anspruch nehmen.</p>
S. 11. 3 Bullet-Point	<p>Aktueller Text: Kurz nach einer vaginalen Geburt sind Kinder häufiger in schlechter allgemeiner Verfassung. Dies zeigt der sogenannte Apgar-Wert an: 27 von 1000 Kindern haben nach der vaginalen Geburt einen niedrigen Apgar-Wert (unter 7), nach einem geplanten Kaiserschnitt sind es 8 von 1000 Kindern.</p> <p>Änderung/Ergänzung: Langfristig sind keine Unterschiede feststellbar.</p>
S.11, 4. Bullet-Point	<p>Aktueller Text: 8 von 1000 Kindern sterben.</p> <p>Änderung: Bitte diese Zahl überprüfen.</p> <p>Begründung: Der DGHWi liegen andere Sterblichkeitszahlen vor: Berhan (SR 2016) [1]: 3/1000 versterben Fernandez (SR & Meta-Analysis 2022) [2]: 5/1000 Kindern versterben</p>
Literaturverzeichnis	<p>Aktueller Text: Im Literaturverzeichnis sind fehlerhafte Quellenangaben. Z. B. Quellen [1, 4, 6. 8. 9....].</p> <p>Änderung: Statt dem Link zu PubMed sollte stets der DOI angegeben werden.</p>

2. Anmerkungen zur Entscheidungshilfe: Beckenendlage – Äußere Wendung

S.1, 3. Abschnitt	<p>Aktueller Text: Daher kann man ab der 37. Schwangerschaftswoche versuchen, das Kind in der Gebärmutter zu drehen.</p> <p>Änderung: Daher kann man ab circa der 37. Schwangerschaftswoche versuchen, das Kind in der Gebärmutter zu drehen.</p> <p>Begründung: Es gibt Kliniken, in denen vor der 37. Schwangerschaftswoche äußere Wendungen durchgeführt werden.</p>
-------------------	--

3. Anmerkungen zur Entscheidungshilfe: Beckenendlage: Vaginale Geburt oder Kaiserschnitt?

S.2, 2. Zeile	<p>Aktueller Text: Das Geburtshilfe-Team untersucht zum Beispiel, wie breit das Becken der Frau ist und wie das Kind in der Gebärmutter liegt.</p> <p>Änderung: Das Geburtshilfe-Team untersucht zum Beispiel wie das Kind in der Gebärmutter liegt.</p> <p>Begründung: die Breite des Beckens ist nicht relevant, s.o.</p>
S.2, 3. Zeile Mitte	<p>Aktueller Text: Die Frau kniet meist im Vierfüßlerstand oder liegt mit angewinkelten Beinen auf dem Rücken.</p> <p>Änderung: Die Frau kniet im Vierfüßlerstand oder befindet sich in seltenen Fällen mit halb aufgerichtetem Oberkörper und angewinkelten Beinen auf dem Rücken.</p> <p>Begründung: Die empfohlene Gebärhaltung für die Austrittsphase des Kindes ist der Vierfüßlerstand.</p>
S.2, 5. Zeile links	<p>Aktueller Text: Was sind Risiken für das Kind?</p> <p>Änderung: Was sind statistische Häufigkeiten für Komplikationen für das Kind?</p> <p>Begründung: Hier geht es ausschließlich um Häufigkeiten.</p>
S. 2 5. Zeile Mitte	<p>Aktueller Text: 8 von 1000 Kindern sterben.</p> <p>Änderung: Bitte diese Zahl überprüfen.</p> <p>Begründung: Der DGHWi liegen andere Sterblichkeitszahlen vor: Berhan (SR 2016) [1]: 3/1000 versterben Fernandez (SR & Meta-Analysis 2022) [2]: 5/1000 Kindern versterben</p>
S.5, 3. Tickbox	<p>Aktueller Text: ...achten Sie auf seriöse Quellen.</p> <p>Änderung: Hier müssten Beispiele oder Kriterien angegeben werden.</p>

4. Literatur

1. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG*. 2016;123:49-57. Medline:26234485 doi:10.1111/1471-0528.13524
2. Fernández-Carrasco FJ, Cristóbal-Cañadas D, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara JM, Rodríguez-Díaz L, Parrón-Carreño T. Maternal and fetal risks of planned vaginal breech delivery vs planned caesarean section for term breech birth: a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2022;12:04055. doi:10.7189/jogh.12.04055.
3. Harder U, Mack S. BEL-Geburt im Vierfüßler: interventionsarme Geburtshilfe. *Die Hebamme*. 2015;28(1):16–22. doi:10.1055/s-0034-1384315.
4. Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(2):151–61. doi:10.1002/ijgo.12033.