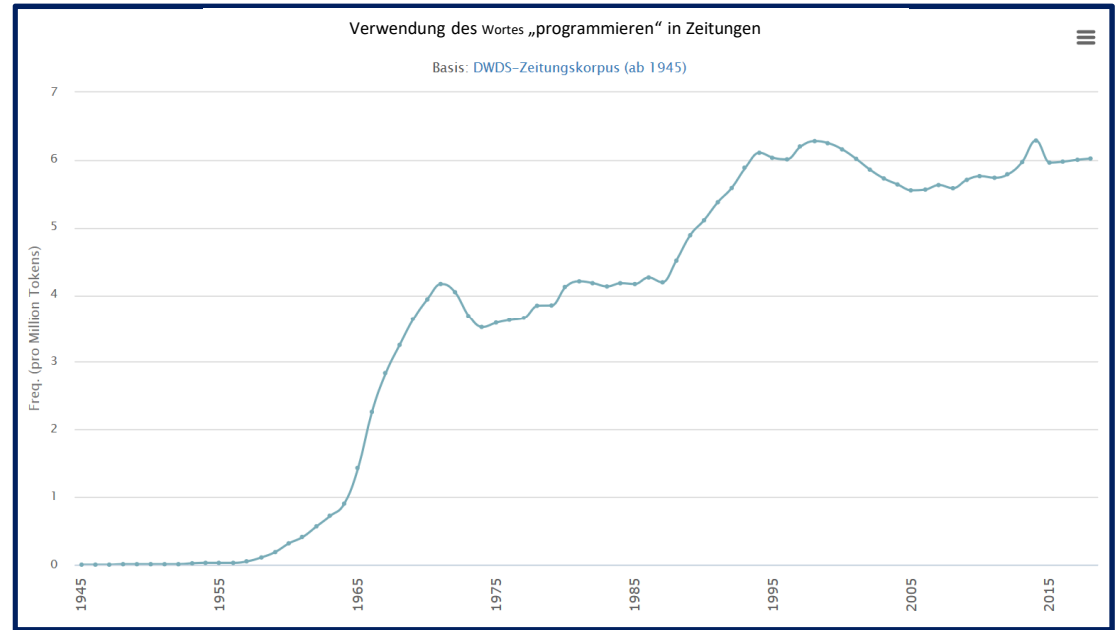




Valentina Tereshkova (\*1937); 1. Raumflug einer Frau, Start am 16.6.1963 (tschechisches Plakat von 1963)



*Vor 50 Jahren :  
Die programmierte Geburt zur  
Verhinderung des „weekend effects“ ?!*

Prof. Dr. med. Matthias David, Klinik für Gynäkologie, Charité, Campus Virchow-Klinikum



## Die programmierte Beendigung der Schwangerschaft und die terminierte Geburt

Hans Guido Mutke

Die bei uns 1982 einsetzende Beschäftigung mit gynäkologischen Problemen in der Luftfahrt war eine Vielzahl von Fragen auf, wie unter anderem:

- ▶ Menstruationsstörungen bei weiträumigen Flügen mit befristeter Zählverschiebung
- ▶ Belastbarkeit der Frau als Besatzungsmitglied in Luftfahrzeugen
- ▶ Körperliche Arbeit von Stewardessen in Unterdruckkabinen von Verkehrsflugzeugen
- ▶ Tauglichkeitsfragen für die Frau als Besatzungsmitglied (z. B. Zureichendende Maße auch in der Flugzeugführung)
- ▶ Probleme des Fliegens bei bestehender Schwangerschaft

Ab 1980 wird die bemannte Raumfahrt unter weitgehender Beteiligung der europäischen Staaten mit einer gemeinsamen Organisation geplant. Es steht bereits

Hat das Kind eine optimale Reife erreicht, was heute bei der Nutzung der technischen- und Labor-Hilfsmittel zu bestimmen gut möglich ist, sollte die Geburt programmiert werden. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Mutter zu diesem Zeitpunkt noch keine Geburtsreife zeigt. Timing-Schwierigkeiten zwischen Mutter und Kind sind sehr häufig, was wissen, die spontane Geburt bei noch lange nicht reifem Kind — beim richtigen Einleiten bei reifem Kind sind Schwierigkeiten meistens der Mutter, nicht zu betrachten. Die Geburt ist ein komplexes und hier bei gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen richtig gesteuert und kontrolliert. Die Entscheidung zur extraktiven Beendigung, was wir dann „terminierte Geburt“ nennen.

Mütter zu einem für das Kind und die Mutter optimalen Zeitpunkt der Reife verbinden unabhängig davon, ob die Voraussetzungen zum Geburtsbeginn bei der Mutter erfüllt sind oder nicht.

Am 16. Juli 1987 entschlossen wir uns, die Ergebnisse der ersten 127 „programmierten Geburten“ zu veröffentlichen. Es geht um die Zeichen der Geburtseigenheiten, die während der

von uns seinerzeit beobachteten Vorteile des aktiven geburtsärztlichen Vorgehens konnten von mehreren Autoren bestätigt werden.

G. Martius war einer der ersten, der die Methode auf breiter Basis anwendete. Er konnte inzwischen über 2000 Schwangerschaften durch programmierte Geburt beenden und dabei nachweisen, daß sich die perinatale Sterblichkeit erheblich herabsetzen läßt.

Für die Beendigung des Geburtsablaufes hatten wir nach den ersten Erfahrungen in den Jahren 1967 bereits die routinemäßige Anwendung der Vakuumextraktion zur Beendigung der Geburt erleichtert. Wir sind der Meinung, daß

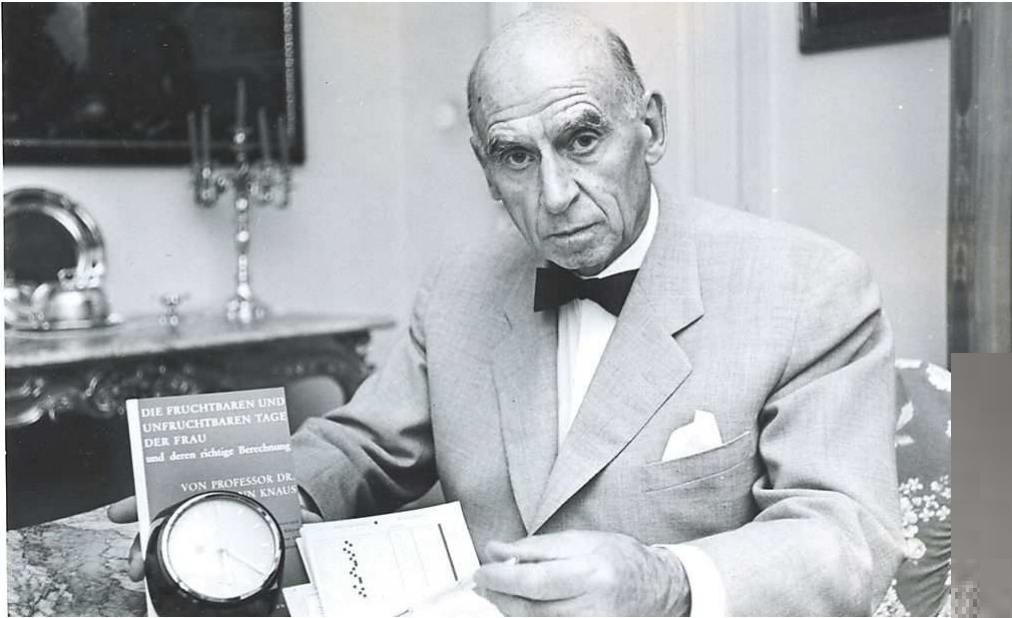
Die Ergebnisse über die ersten 127 „programmierten Geburten“ wurden bereits 1971 mit Herrn Prof. Stoll, Mannheim, und Herrn Prof. Graul, Marburg, diskutiert.

Wir verstehen heute unter „programmierter Geburt“ nur noch die geplante Geburtseinleitung zum optimalen Termin für das Kind

Unter „terminierter Geburt“ verstehen wir darüber hinaus den gesteuerten Ablauf und die Beendigung der eingeleiteten Geburt durch Vakuumextraktion.

Literatur beim Verfasser

**Anschritt des Verfassers:**  
Dr. med. Hans Guido Mutke  
Arzt für Frauenkrankheiten  
und Geburtshilfe  
„Die Frau in der Luft- und Raumfahrt“ in der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrt-Medizin  
Leiter der Fliegerärztlichen Untersuchungsstelle München  
Drygalskiallee 117  
8000 München 71



Hermann Knaus  
(1892-1970)



---

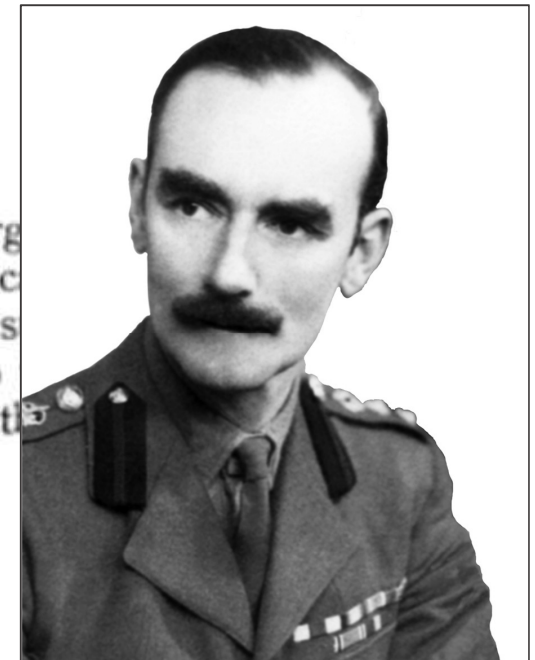
# SURGICAL INDUCTION OF LABOUR

BY

H. J. DREW SMYTHE, M.D., F.R.C.O.G.  
*Department of Obstetrics, University of Bristol.*

IN 1931 the Section of Obstetrics of the Royal Society of Medicine discussed the value of induction of labour in cases of disproportion, its use and value were acknowledged by the majority of speakers. In 1936 this

24 hours, a purulent discharge in a large proportion of these cases that if a coloured substance, such as indigo blue, was inserted into the vagina, it was carried up the side of the



Henry James Drew Smythe  
(1891–1983)

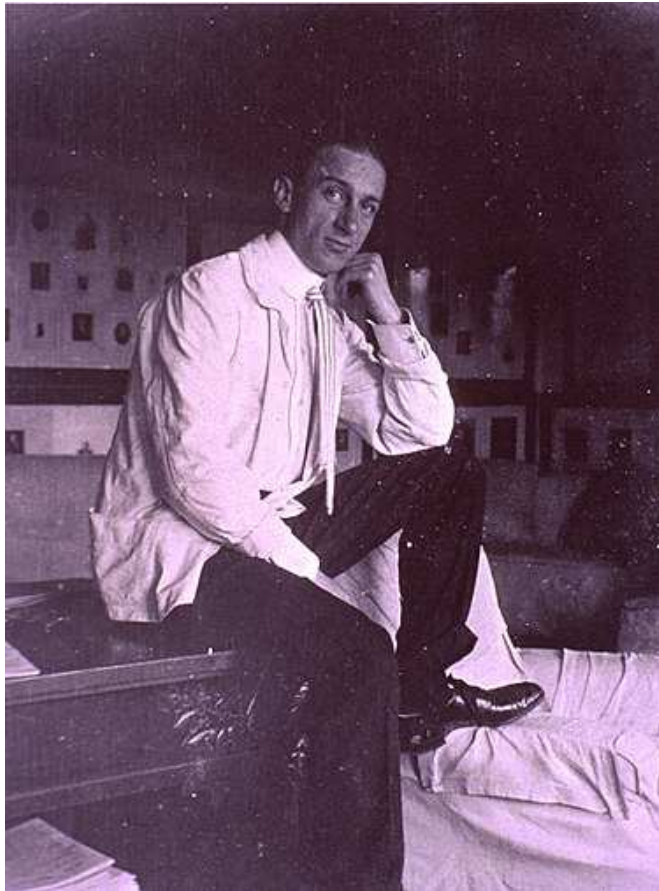


## SURGICAL INDUCTION OF LABOUR

H. J. Drew Smythe M.D., F.R.C.O.G.

---





Josiah Morris Slemons (1879 – 1948)

### THE INDUCTION OF LABOR AT TERM\*

By CHARLES B. REED, M.D., F.A.C.S., CHICAGO, ILL.

FROM the time of Van Deventer (1701) to the present, our best obstetric thought has been devoted to the study of contracted pelves and the dangers and difficulties which these anomalies develop in the course of pregnancy and labor. This work has been pursued with an engrossing interest and has brought about additions and technical accessions to our knowledge of wide and far reaching importance, so essential and vital indeed as to constitute the very

### THE INDUCTION OF LABOR AT TERM\*

By J. MORRIS SLEMONS, M.D., LOS ANGELES, CALIF.

*(From The Hospital of the Good Samaritan)*

THE title I have chosen is more comprehensive than my report deserves. Nothing will be said of packs, bags, bougies, or of any other method of induction than the one I have employed successfully during the past four years. This method consists in the rupture of the membranes and the intranasal application of pituitary extract after the preliminary administration of castor oil and quinine. Each of these steps is a familiar procedure, used independently to bring on labor. Each proves quite satisfactory, when effective; but one cannot predict when it will be so. On the other hand the three procedures employed in succession may confidently be relied upon. This combination has not failed in my experience, but to attain success in two cases the treatment was repeated within twenty-four hours.

en paid to the cor-  
and the postmature  
r postmature, must  
serious a complica-  
it competes for an

## Discussion

DR. ALAN F. GUTTMACHER, New York, N. Y.—It is peculiarly appropriate that I should discuss “the elective induction of labor,” a field in which I first began to work 29 years ago. Those who are golf enthusiasts will be proud to learn that the modern technique of induction through artificial rupture of the membranes owes much to the Scottish pastime. In September, 1928, during my obstetrical residency at The Johns Hopkins, I was walking down the corridor with my great teacher, Dr. J. Whitridge Williams, when he suddenly drew from his pocket a closely written page and tendered it to me saying, “Read this, what do you think of it?” It was a letter from his favorite pupil, Josiah Slemmons, at one period Professor at Yale, later Professor at the University of California and at the time the letter was written, a successful practitioner in Los Angeles. In the letter to Williams, Slemmons stated he was an enthusiastic golfer and had discovered that by rupturing membranes on Monday and Thursday, golf on Tuesday and Friday was much less disturbed. He had successfully induced labor in 50 term patients and suggested that “The Professor” assign one of his young men the “arbeit” of induction by rupture of membranes. I readily accepted the assignment and an even younger man was selected as co-worker, currently the Professor of Obstetrics and Gynecology at Cornell Medical School, R. Gordon Douglas. In 1931, Douglas and I published observations on the “Induction of Labor by Artificial Rupture of the Membranes” in 120 women.<sup>1</sup>



# Geburtseinleitung in Deutschland in den 1920er Jahren

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Breslau.  
(Direktor: Prof. L. Fraenkel.)

## **Vergleichsuntersuchungen über den Wert der medikamentösen Geburtseinleitung<sup>1)</sup>.**

Von Dr. Woldemar Reiprich, Assistent der Klinik.

Ueber den Wert der medikamentösen Geburtseinleitung sind die Ansichten noch geteilt.

Stein ist wohl der erste gewesen, der im Jahre 1917 in New York ein Verfahren bekanntgab, durch fortgesetzte kleinste Pituitrin-gaben bei wehenlosem Uterus am Ende der Schwangerschaft die Geburt einzuleiten. Im Jahre 1920 berichtete er auch in Deutschland im Zbl. f. Gynäk. über seine Methode, die in etwa 70% der Fälle zum Erfolg führte und darin bestand, daß morgens um 7 Uhr 2 Eßlöffel Rizinusöl, 2 Stunden später stündlich etwa 3mal 2—3 Tropfen Pituitrin (also 0,1—0,2 ccm) intramuskulär verabfolgt wurde. Bei Erfolglosigkeit Wiederholung am 2. oder 3. Tage. Stein bemerkte jedoch schon, daß der Erfolg nur dann eintritt, wenn die Frau sich wirklich am Ende der Schwangerschaft befindet.

Eine weitere heute sehr bedeutsame Rolle für die Einleitung der Geburt am errechneten Ende der Schwangerschaft spielen vielfach wichtige soziale Gründe. Wir erleben es immer wieder, daß Frauen vom Lande oder aus kleineren Orten der Umgebung zum errechneten Termin in die Klinik kommen, und dann hier oder bei Verwandten in der Nähe tage- oder gar wochenlang auf den Beginn der Geburt warten müssen, um eben nicht etwa bei weiter Reise unterwegs von der Entbindung überrascht zu werden. Es ist dann ein wohlberechtigtes und verständliches Bestreben, wenn wir diese Frauen von ihrem ungewissen Warten durch eine ungefährliche Methode der Weheneinleitung zu befreien suchen. Und diese Ungefährlichkeit ist sicherlich für die Schwangere durch medikamentöse Geburtseinleitung ohne jeglichen vaginalen Eingriff von vornherein gegeben.

(Reiprich et al. DMW 1930)

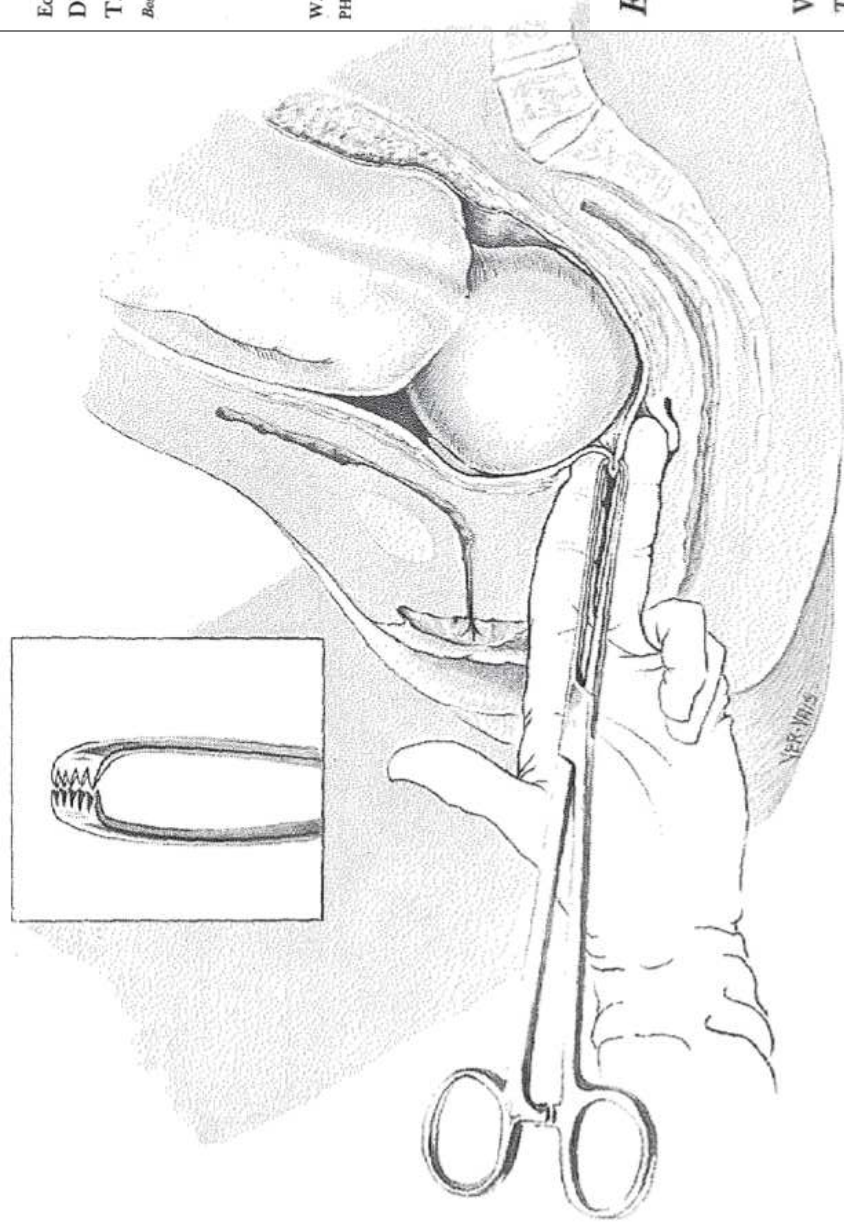
# Controversy in Obstetrics and Gynecology

Edited by  
DUNCAN E. REID, M.D.  
T. C. BARTON, M.D.  
*Boston Hospital for Women*

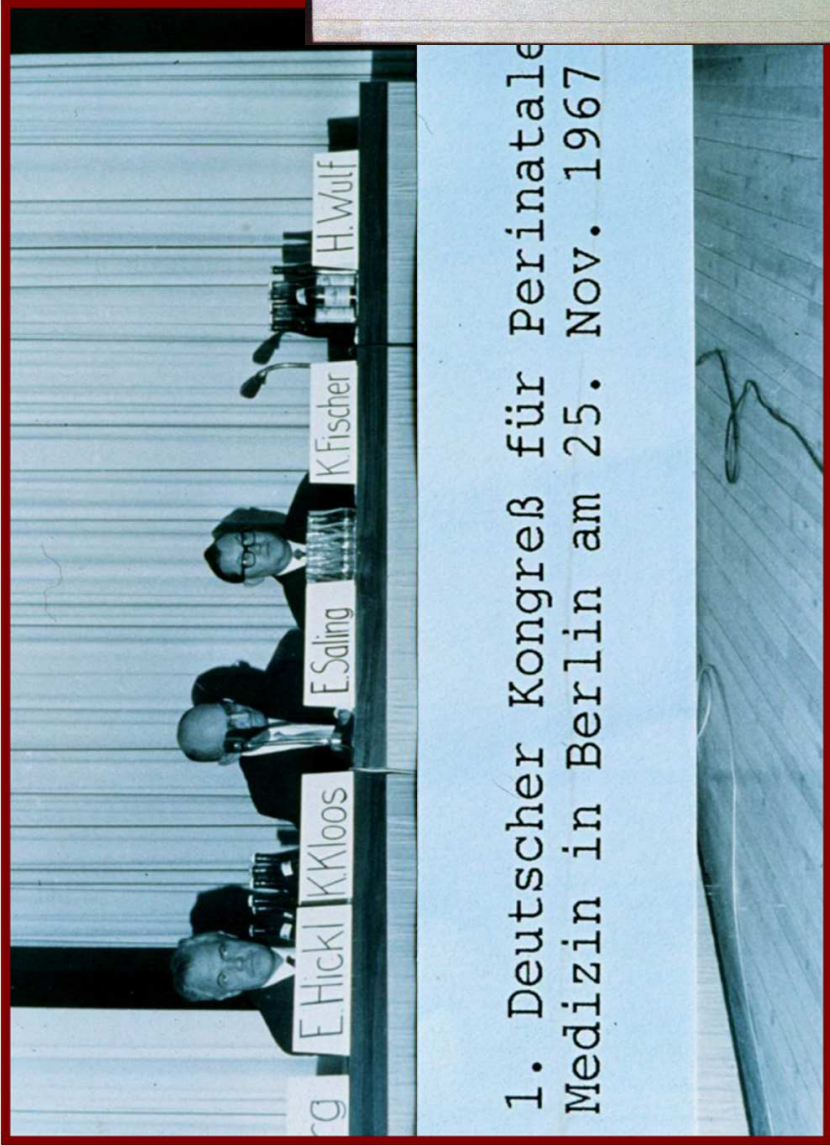
W. B. SAUNDERS COMPANY (1969)  
PHILADELPHIA · LONDON · TORONTO

*Elective Induction of Labor*

WILLIAM C. KEETTEL  
The University of Iowa College of Medicine







# Perinatale Medizin

Band VI 7. Deutscher Kongreß für  
Perinatale Medizin  
Berlin, 13. bis 17. November 1974

Herausgegeben von  
Joachim Wolfram Dudenhausen  
Erich Saling und Eberhard Schmidt

232 Abbildungen, 119 Tabellen



Georg Thieme Verlag Stuttgart

# Perinatale Medizin

Band III 4. Deutscher Kongreß  
für Perinatale Medizin  
Berlin, 4. - 6. November 1971

Herausgegeben von  
**Erich Saling**  
und  
**Joachim Wolfram Dudenhausen**

444 Abbildungen, 109 Tabellen

Georg Thieme Verlag Stuttgart



# Die programmierte Geburt

1. Freiburger Kolloquium

Herausgegeben von  
**H. G. Hillemanns und H. Steiner**

67 Abbildungen, 102 Tabellen

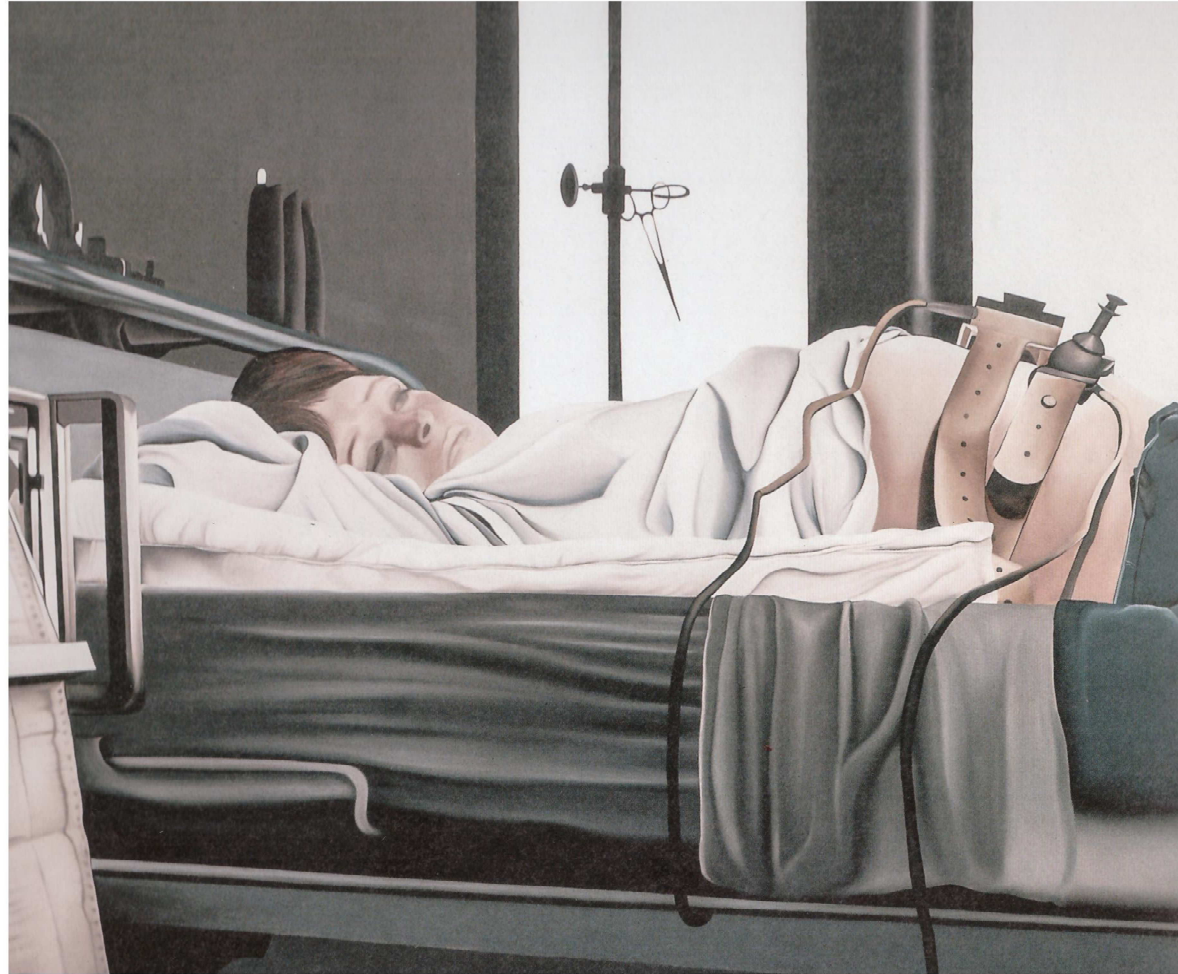
Mit Beiträgen von

K. Baumgarten  
A. Bolte  
H. H. Bräutigam  
M. Breckwoldt  
K. H. Breuker  
H. Fröhlich  
K. Goeschel  
W. Gruber

R. Hauskrecht  
H. G. Hillemanns  
R. Hofmann  
H. Jung  
W. Kattner  
H. Küch  
G. Lamberti

D. Langnickel  
G. Martins  
F. Mrof

H. G. Mutke  
D. Richter  
H. Schullinger  
K.-H. Schlemmer  
A. Seidl  
H. Steiner  
H. Tempfer  
B. Warkenfin  
P. Woldt  
H. P. Zahradnik



Maina-Miriam Munsky. RISIKO (1973)



<b>Vorteile der program</b>	<b>Nachteile mierten Geburt</b>
<u>Organisatorisch</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimale Möglichkeiten zur Vorbereitung für alle Beteiligten</li> <li>• Personal ausgeruht</li> <li>• Einsparung von Personal nachts und am Wochenende</li> <li>• Arzt ausgeruht, weniger Interferenz mit anderen Arbeiten.</li> </ul> <p>Freizeitregelung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktuelle Bereitschaft aller Beteiligten</li> <li>• weniger Notaufnahmen</li> <li>• gleichmäßige Ausnutzung der Kapazität</li> <li>• Überwachung des gesamten Geburtsverlaufes</li> <li>• Geburtshelfer kann in manchen Fällen vorher bestimmten, wann die Geburt erfolgen soll</li> <li>• Rechtzeitige Überwindung verkehrsreicher Anfahrtswege</li> </ul>	<div data-bbox="745 475 1538 630" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Wünsche von Arzt und Personal nach Reduzierung des eigenen Einsatzes spielen eine nicht untergeordnete Rolle, und deren Psyche scheint uns oft nicht minder mitbestimmende als die Psyche der Schwangeren (Bretscher 1979).</p> </div>
<u>Medizinisch-psychologisch</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter besser vorbereitet</li> <li>• Keine Überraschung durch Geburtsbeginn</li> <li>• Erspart psychische Belastung für Schwangere, zu Hause auf das Einsetzen der Geburtsvorgänge zu warten</li> <li>• Ehemann anwesend</li> <li>• Arzt ihrer Wahl anwesend</li> <li>• keine Ungewissheit des Beginns und des Ablaufs der Geburt = „positives Geburtserlebnis“</li> </ul>	<u>Psychisch</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Missmut und Depression der Mutter bei Versager oder negativem Auswahlentscheid</li> <li>• Betrogensein in Bezug auf physiologische Leistung</li> <li>• Entfernung von Natürlichkeit</li> <li>• Kausalitätsbedürfnis, wenn etwas „schief geht“</li> </ul>
<u>Medizinisch-geburtshilflich</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nüchternheit der Mutter</li> <li>• Keine Übertragungen</li> <li>• Weniger Plazentainsuffizienzen</li> <li>• Geburtsdauer verkürzt</li> <li>• Besserer Zustand der Kinder</li> <li>• Bedrohliche Situationen für das Kind werden vermieden</li> </ul>	<u>Medizinisch-geburtshilflich</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschätzen der Kindsgröße und -reife</li> <li>• Nichteinsetzen einer koordinierten Wehentätigkeit</li> <li>• Nabelschnurvorfall oder Amnioninfektionssyndrom</li> <li>• Protrahierter Geburtsverlauf und/oder Dystokien</li> <li>• Notwendigkeit von geburtsbeendenden Operationen</li> </ul>

nach Bretscher 1978,  
Gitsch et al. 1978;  
Wulf 1979



Maina-Miriam Munsky. ELEKTRODE (1973)

## Terminierung der Entbindung und perinatale Sterblichkeit

### Erfahrungen mit 1875 programmierten Geburten

G. Martius

Geburtschilflich-Gynäkologische Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses Berlin (Chefarzt: Prof. Dr. G. Martius)

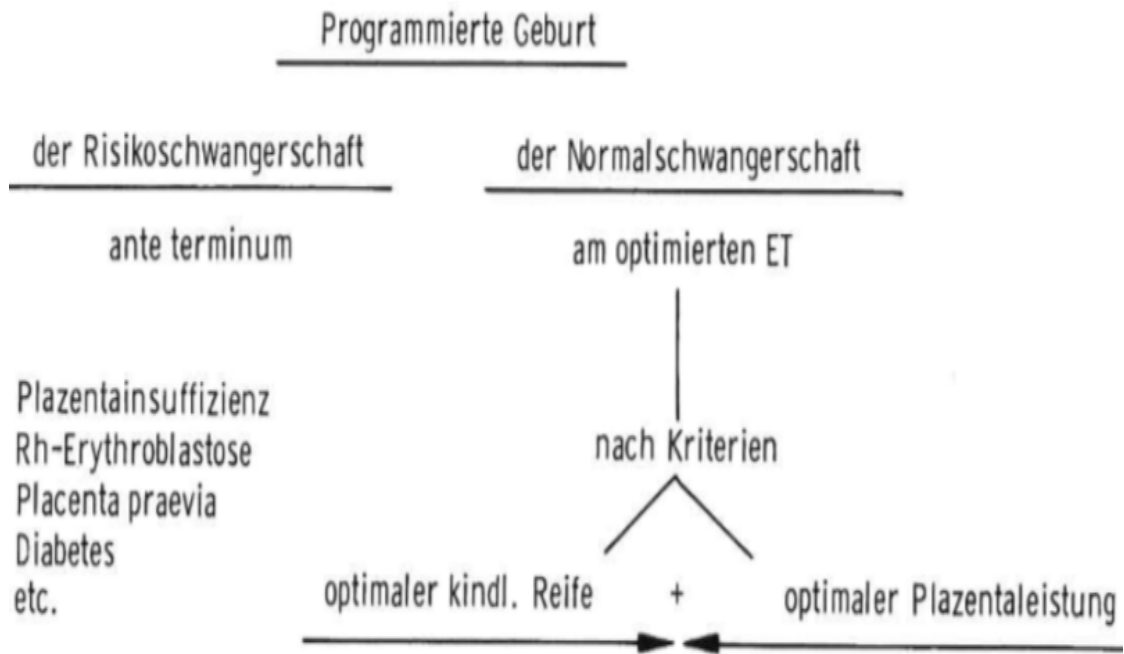
Eine Terminierung der Entbindung (programmierte Geburt) wurde bei 1875 (17,8%) von 10537 Entbindungen vorgenommen. Dabei ergab sich, daß die Geburtsdauer bei der programmierten Geburt eher verkürzt war. Hinweise auf eine Provokation von Weichteildystokien durch die Geburtseinleitung fanden sich nicht. Der Apgar-Index von 91,5% der nach programmierter Geburt geborenen Kinder lag bei 8-10. Der pH-Wert im Nabelarterienblut betrug bei 95,7% der Kinder nach programmierter Geburt als Ausdruck des ungestörten Säure-Basen-Haushaltes  $\geq 7,2$ . Bei den programmierten Geburten zeigte sich eine auffallende Häufung der hinteren Hinterhauptslage (2,7% der Fälle).

Tab. 4. Entbindende Operationen einschließlich Sectio-Indikationen bei programmierten Geburten und in der Gesamtgruppe

	programmierte Geburten (n = 1875)	Gesamtgruppe (n = 5598)
Vakuum- und Zangenextraktionen	22,5%	26,0%
Perfusion Toulousaine	1,9%	1,2%
Schnittentbindungen sekundäre Schnittentbindung	4,7%	11,5%
	4,7%	6,1%
Sectio-Indikationen:		
Asphyxie	1,7%	2,5%
Geburtsstillstand, Retraktionsstörung	3,0%	3,6%



H. Jung. Definition – Motivation – Entwicklung.  
In: Die programmierte Geburt. Freiburger Symposium 1976



Maina-Miriam Munsky. SONOGRAPHIE (1988)

# THE LANCET

## A Time To Be Born

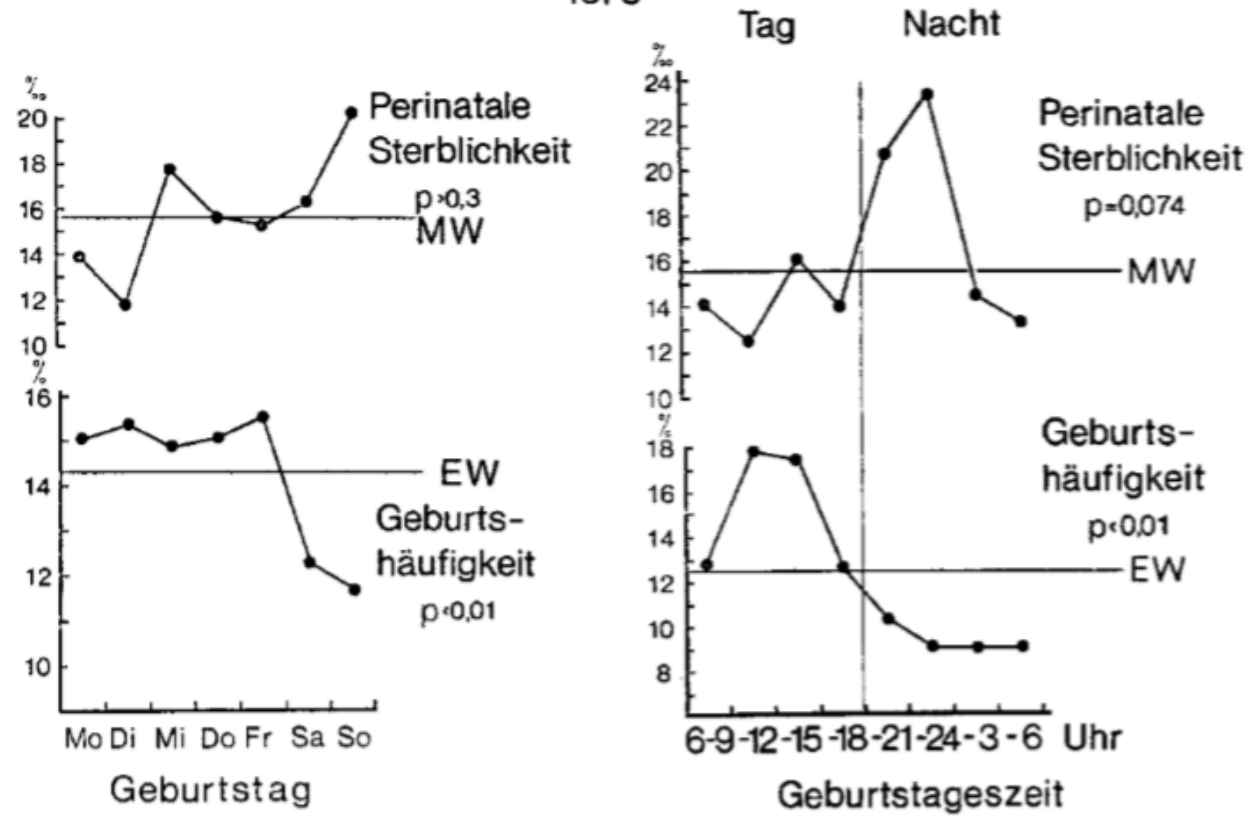
IN part because of the simplicity and efficiency with which it can be carried out, induction of labour has become very common. The point has now been reached, in some units, where half or more of all patients are not permitted to go into spontaneous labour, and the question must be asked: Is this sound clinical practice or meddling midwifery? The

techniques are not perfect. Furthermore, there is evidence that the process of induction may itself carry dangers for the child. Oxytocin administration, particularly at high doses, can lead to an increase in fetal morbidity during labour and after delivery.<sup>4,5</sup> The problems seem to be specific to the drug, and not to induction per se; well-controlled studies of the latter (amniotomy with or without low-dose oxytocin) indicate that fetal morbidity is not increased.<sup>6,7</sup> The side-effects are less surprising when it is appreciated that the use of oxytocin, albeit the synthetic analogue of a natural hormone, is pharmacological and not physiological.<sup>8</sup> Reports linking fetal problems with excessively frequent uterine contractions usually reflect misuse of the drug. If rates of infusion up to



Karl-Heinrich Wulf  
(1928 – 2016)

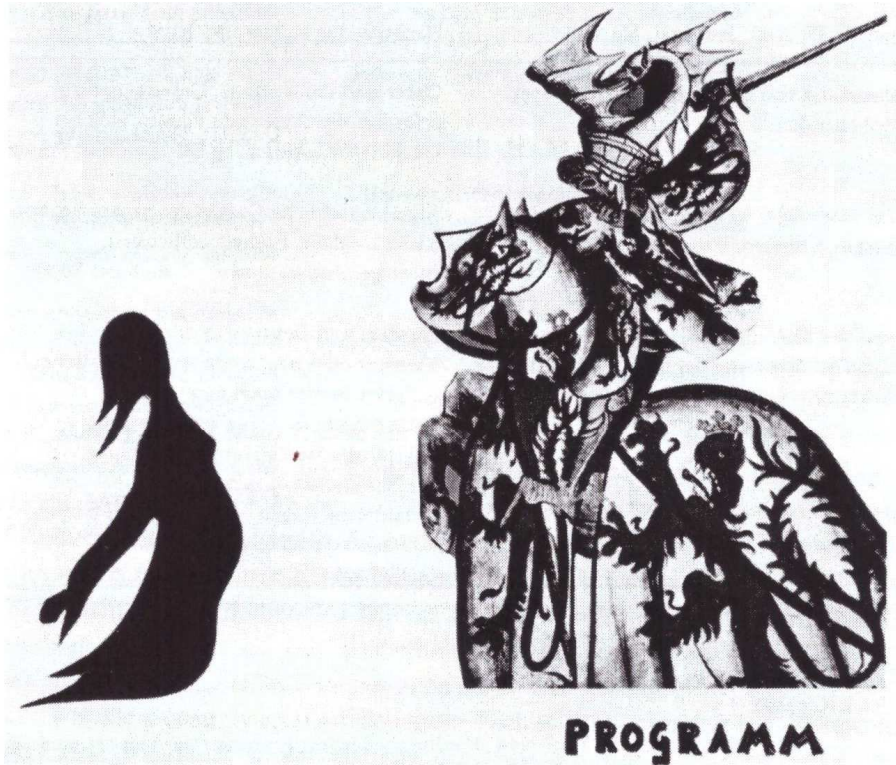
Perinatalstudie München  
1975



➔ Geburtshäufigkeit und perinatale Sterblichkeit in Abhängigkeit vom Geburtstag und der Geburtstageszeit. Beachte: Die erhöhte perinatale Sterblichkeit an Sonntagen und in den frühen Nachtstunden

aus: Wulf KH. Die programmierte Geburt. Archiv für Gynäkologie 1979





Symbolische Darstellung des ärztlichen Kampfes gegen die mütterliche Psyche (Suggestierung der Gefährlichkeit der Übertragung, also Zwangsprogrammierung).

aus: J Brettscher. Programmierte Geburt. Gynäk. Rdsch. 1979; 19 (Suppl. 2): 21-24

## „Programmierte Geburt“ – Der Spruch des OLG Hamm

Nach den Urteilen des Landgerichts Dortmund vom 15. August 1980 und der Berufungsinstanz – des Oberlandesgerichts Hamm/Westfalen – vom 27. April 1981 (Az.: 3 O – 353/79 bzw. 3 U 307/80 – Hamm), die sich mit einer bleibenden schweren Gehirnschädigung im Rahmen einer sogenannten „programmierten Geburt“ zu befassen hatten, wurde durch Presse, Rundfunk und Fernsehen in der Öffentlichkeit vielfach der Anschein erweckt, als ob beide Gerichte die „programmierte Geburt“ verurteilt hätten. Dies ist jedoch keineswegs der Fall.

Nachdem das Verfahren jetzt rechtskräftig abgeschlossen ist, ist angesichts der Verunsicherung auch breiter Kreise der Ärzteschaft und insbesondere der Frauenärzte eine Klarstellung angezeigt, damit die Ärzteschaft auch besorgte Fragen ihrer Patientinnen fachgerecht beantworten kann.

Nach Vorlage der schriftlichen Urteilsausfertigungen beider Gerichte ergibt sich folgender Sachverhalt:

► Die am 23. August 1978 geborene Klägerin verlangte Schadenersatz, da bei der „programmierten Geburt“ vermeidbare ärztliche Behandlungsfehler unterlaufen seien, aber auch deshalb, weil über die besonderen Risiken der „programmierten Geburt“ keine ausreichende Aufklärung erfolgt sei. Das Landgericht Dortmund hat angenommen, daß diese „programmierte Geburt“ mangels Aufklärung ohne Einwilligung

erfolgt ist und deshalb für die Gesundheitsschäden Ersatz zu leisten sei. Das Oberlandesgericht Hamm als nächste Instanz hat zur Aufklärungspflicht bei einer „programmierten Geburt“ keine Stellung genommen. Dieser Problemkreis ist also unentschieden geblieben. Nach vorliegenden Gutachten von Sachverständigen wurde jedoch ein Schadenersatzanspruch gegen den behandelnden Arzt wegen vermeidbar fehlerhafter Durchführung der „programmierten Geburt“ bejaht.

Die Frage der Aufklärungspflicht über erhöhte Gefahren einer „programmierten Geburt“ ist daher, soweit ersichtlich, gerichtlich noch nicht abschließend entschieden. Grundsätzlich ist jedoch zu bedenken, daß ein Arzt – wie bei jeder Behandlung, so auch bei einer Geburt – grundsätzlich den sichersten und ungefährlichsten Weg wählen muß.

Der Patient kann jedoch weitgehend über sich und seinen Körper verfügen, und insoweit kann der Arzt berechtigt sein, mit Einwilligung des Patienten auch von dem Grundsatz der sichersten Behandlung abzuweichen. Dies betrifft hier jedoch nur die für die Mutter entstehenden Gefahren. Soweit eine „programmierte Geburt“ zusätzliche Risiken für das Kind enthält, dürften diese weitgehend der Entscheidungsbefugnis der Mutter entzogen sein.

Die Übernahme von Risiken setzt im übrigen voraus, daß der Verfügungsberechtigte in

der Lage ist, das Für und Wider abzuwägen. Deshalb müssen ihm die Risiken so dargestellt werden, daß er sie erkennen kann. Ein vernünftiger Mensch sollte sich entscheiden können, ob er in eine solche Maßnahme einwilligen soll.

Dies gilt selbstverständlich auch für die über eine normale Geburt hinausgehenden Risiken – insbesondere für das Kind – bei einer „programmierten Geburt“. Denn es ist davon auszugehen, daß eine werdende Mutter nicht bereit ist, das Kind ohne zwingende Notwendigkeit Gefahren auszusetzen, die nur durch die „programmierte Geburt“ entstehen.

Im Hinblick auf dieses Verfahren wird von fachkompetenter Seite (Gynäkologie und Perinatalogie) zur ärztlichen Beurteilung der „programmierten Geburt“ demnächst eine ausführliche Stellungnahme im DEUTSCHEN ARZTEBLATT erfolgen.

► Zusammenfassend ist festzustellen, daß in diesem rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren nicht die „programmierte Geburt“ verurteilt, sondern ein ärztlicher Behandlungsfehler im Rahmen dieser Geburt festgestellt wurde.

Anschrift der Verfasser:  
Dr. jur. H. Kleinewefers  
Oberlandesgerichtspräsident  
a. D., Koblenz  
Prof. Dr. med. H.-J. Wagner  
Institut für Rechtsmedizin  
der Universität des Saarlandes  
6650 Homburg/Saar

## Eine unvollständige Liste von Irrwegen und Irrtümern in Geburtshilfe und Gynäkologie

- Aufrichtungsoperationen bei Retroflexio uteri
- Auswirkungen des Menstruationsgift Menotoxin
- Heilung von Hysterie, Nymphomanie, Kleptomanie, Epilepsie und Melancholie durch Ovarektomie
- Infusion von tierischem Keim- u. Zirbeldrüsensekret zur Verjüngung
- Komplette Perineotomie zur maximalen Erweiterung der Geburtswege
- Künstliche Frühgeburt
- „Laparoskopischer Wertheim“
- „Pawlowismus“
- **Programmierte Geburt**
- Prolaps und Retroflexio uteri als Trisomie 21-Ursache
- Prolapstherapie durch Kolpokleisis oder Interposition des Uterus
- Regelschmerzbehandlung über die nasogenitalen Reflexzone
- Röntgenbestrahlung von (symptomatischen) Myomen
- Schizophreniebehandlung mit Placentablut
- Symphyseotomie



*Unsere Prinzipien dauern gerade so lange, bis sie mit unsern Leidenschaften oder Eitelkeiten in Konflikt geraten, und ziehen dann jedesmal den Kürzeren."*

(Theodor Fontane in „Schach von Wuthenow“)






Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

# BJOG, Dezember 2019: *Primum non nocere* ?!

 **BJOG** An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

BJOG Debate

 **Induction of labour should be offered to all women at term**  
*FOR: Induction of labour should be offered at term*

**KATE LIGHTLY AND ANDREW D WEEKS**, SANYU RESEARCH UNIT, LIVERPOOL HEALTH PARTNERS, UNIVERSITY OF LIVERPOOL AND LIVERPOOL WOMEN'S HOSPITAL, LIVERPOOL, UK


There is now a large and growing body of literature that clearly shows that induction of labour at or beyond term is safer for mothers and babies, is well tolerated by patients, and has health economic benefits, when labour is well managed. There is an urgent need to translate these research findings into clinical practice and save the lives of more babies.

from 22.2 to 18.6% and perinatal adverse outcomes reduced by 23%. The move to induction is also supported by economic analysis: a cost-utility analysis from the 35/39 trial found a mean cost saving of £263 per birth in the induction group (Walker et al. BJOG 2017;124:929-34).

Although research clearly shows the medical benefits of induction, it is argued that induction medicalises labour and

induction of low-risk births. One example is outpatient induction, which has been shown to be safe and acceptable, and is already routine care in Scandinavia. In Liverpool, women at low risk who labour following prostaglandin cervical ripening alone receive the benefits of midwifery-led care.

Induction at term may not be for everyone, but it is a sensible and valid birth





 **BJOG** An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

BJOG Debate

 **Induction of labour should be offered to all women at term**  
*AGAINST: Induction of labour should not be offered to all women at term: first, do no harm*

**ANNA E SEIJMONSBERGEN-SCHERMERS**, AMSTERDAM UNIVERSITY MEDICAL CENTER, VU UNIVERSITY AMSTERDAM, MIDWIFERY SCIENCE, AVAG/AMSTERDAM PUBLIC HEALTH, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS **SICCO SCHERJON**, DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, UNIVERSITY MEDICAL CENTRE GRONINGEN, GRONINGEN, THE NETHERLANDS, AND **ANK DE JONGE**, AMSTERDAM UNIVERSITY MEDICAL CENTER, VU UNIVERSITY AMSTERDAM, MIDWIFERY SCIENCE, AVAG/AMSTERDAM PUBLIC HEALTH, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS

Induction of labour can improve maternal and neonatal outcomes. However, more and more women without medical risks or complications are being induced. Although induction at term could prevent rare cases of fetal death, all induced women will be exposed to potential disadvantages. Women whose labours are

study population in these RCTs is often rather different than the general population. Additionally, before a major intervention (induction) is offered to reduce another intervention (CS), effective non-medical physiological approaches should be implemented first.

not only an enormous increase of workload for the healthcare workers but also reduces access for women with acute risks or complications. As a consequence, the availability of staff to provide non-medical approaches such as continuous support and to focus on prevention will become even more restricted.





# programmieren - Verlaufskurve

Basis: DWDS-Zeitungskorpus (ab 1945)

