

Kommentar



Foto: Privates Archiv Dr. Sven Hildebrandt

Dr. Sven Hildebrandt: „Meine Vision: Wir rotten den Begriff ‚Geburtstermin‘ aus und ersetzen ihn durch ‚Geburtszeitraum‘.“

Respektvoller Umgang mit der biologischen Uhr!

Alles hat seine Zeit – so auch die Reifung der Plazenta. Eine Weisheit, die schwer zu akzeptieren ist von einer Generation, die am liebsten auch biologische Rhythmen steuern möchte. Doch was, wenn schon das Kind im Mutterleib nicht seine Zeit bekommt, die es braucht, um reif zu sein für das Leben außerhalb des Uterus? Solange die plazentaren Ressourcen ausreichen, ist eine Einleitung wegen Terminüberschreitung kritisch zu hinterfragen. Warum wird immer noch vom „errechneten Geburtstermin“ gesprochen und nicht vom „wahrscheinlichen Geburtszeitraum“?



Biologische Prozesse laufen höchst individuell ab. So gibt es keine genaue Voraussage, wann wir morgens im Spiegel unser erstes graues Haar entdecken werden. Dieser denkwürdige Moment hängt von vielen biologischen Faktoren ab, die von Mensch zu Mensch höchst unterschiedlich ausgeprägt sind. Somit hat jeder eine innere biologische Uhr – mancher altert schnell, mancher bleibt scheinbar ewig jung. Das trifft natürlich ebenso für einzelne Organe zu: Die Plazenta beispielsweise gehört zu den Organen mit einer sehr individuell ausgeprägten Reifung.

Aus irgendeinem Grund tun wir uns schwer, dieses allgemein bekannte und einleuchtende Prinzip der individuellen und zwischen den Menschen unterschiedlichen biologischen Abläufe auch auf die Dauer einer Schwangerschaft anzuwenden. Niemand würde auf die Idee kommen, die Früchte eines Apfelbaumes am 1. September zwangsweise zu schütteln, nur weil mit der Ernte normalerweise im August gerechnet werden kann. Warum merken wir nicht, dass schon unser Sprachgebrauch schlichtweg unsinnig ist, weil er ein biologisches Prinzip ignoriert? So reden wir vom Geburtstermin, obwohl gerade mal vier Prozent der Kinder an diesem Tag geboren werden. Das ist ungefähr so, als würden wir zu Beginn einer 600 Kilometer langen Autofahrt die im Navigationsgerät angezeigte Ankunftszeit als verbindlich durchsagen und bei einer staubedingten Verspätung eine Ehekrise auslösen.

Was hindert uns denn daran, der Frau zu Beginn der Schwangerschaft zu sagen, dass mit der Ankunft des Kindes im extrauterinen Leben irgendwann zwischen 38+0 und 42+0 Schwangerschaftswochen zu rechnen ist? Wir sollten statt vom Geburtstermin besser vom „wahrscheinlichen Geburtszeitraum“ sprechen. Warum können wir 40+0 Schwangerschaftswochen nicht statistisch korrekt benennen – als Medianwert, an dem die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind noch im Bauch ist, genauso groß ist wie die Wahrscheinlichkeit, dass es bereits geboren wurde? Und der Satz „Sie ist drei Tage drüber“, muss in seiner völligen Unsinnigkeit verstanden werden – denn „über was“ ist sie denn? In Wahrheit ist sie doch elf Tage drunter – unter dem Ablauf des „wahrscheinlichen Geburtszeitraumes“.

Viele Ärzte, Ärztinnen und Hebammen beklagen sicher oft zu Recht eine große Ungeduld der Frauen. Aber letztlich tragen wir mit unserer Wortwahl und unserer Haltung doch selbst dazu bei. Erfahrungsgemäß gibt es bei einer Wortwahl, die sich den biologischen Tatsachen anpasst, deutlich seltener Probleme mit den Eltern, wenn das Kind auf sich warten lässt.

Wortwahl und Suggestion

Leider geht es jedoch nicht nur um die Wortwahl, sondern auch um die Suggestion einer Gefahr. Gegenüber den Frauen wird oft behauptet, dass das Risiko eines intrauterinen Absterbens jenseits von 40+0 Schwangerschaftswochen kontinuierlich zunehme – und natürlich macht das Angst. Dabei ist diese Behauptung, auf die einzelne Schwangere angewendet, wissenschaftlich nicht korrekt. Die zu Grunde liegenden Untersuchungen, wie auch die AWMF-Leitlinie zur Übertragung, haben nämlich alle Schwangeren – die gesunden und

die mit nachlassenden placentaren Ressourcen – in einen Topf geworfen und damit das Ergebnis auch auf völlig gesunde Schwangere verallgemeinert. Methodisch richtig wäre eine getrennte Untersuchung beider Gruppen – und mit Sicherheit würde das Ergebnis in der Kohorte mit regelrechten Schwangerschaftsverläufen grundsätzlich anders aussehen.

Damit muss die weit verbreitete Praxis, Geburten nur mit Blick auf das Schwangerschaftsalter einzuleiten, aus mehreren Gründen kritisch hinterfragt werden:

1. weil das Schwangerschaftsalter in vielen Fällen nicht korrekt bestimmt wurde
2. weil innerhalb des wahrscheinlichen Geburtszeitraumes ohne einen Hinweis auf nachlassende placentare Ressourcen die Schwangerschaftsdauer nicht als potenziell pathologisch, sondern als für diese Schwangere regelrecht anzusehen ist
3. weil die Datenlage hinsichtlich einer Gefährdung bei Kindern ohne Hinweis auf nachlassende placentare Ressourcen schlichtweg nicht vorliegt
4. weil es ein Grundrecht des Kindes ist, seine intrauterine Lebenszeit bis zum Ende seiner individuellen Tragzeit auszukosten.

Es wäre aus diesen Gründen äußerst bedeutsam, Geburtseinleitungen ausschließlich bei Vorliegen einer vom Schwangerschaftsalter unabhängigen Indikation vorzunehmen. Und diese Indikation ist in erster Linie jeder Hinweis auf nachlassende placentare Ressourcen.

Hohe prognostische Sicherheit

Wenn das Kind eine normale Fruchtwassermenge hat, regelmäßig mit der Mutter in Kontakt tritt und sich immer wieder bewegt, dann spricht nach der gegenwärtigen Datenlage alles dafür, dass die Plazenta das Kind ausreichend versorgt – und zwar mit einer hohen prognostischen Sicherheit, so die Empfehlung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) und die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) zum Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. Allerdings können diese Kriterien nur in der Gesamtschau über den gesamten Geburtszeitraum beurteilt werden. Nur das akute Nachlassen von Fruchtwassermenge und Kindsbewegung gilt als hartes Kriterium für eine Plazentainsuffizienz. Weichere Kriterien sind die Beziehung des Köpfchens zum unteren Uterinsegment, mögliche emotionale Blockadegründe, die eine Frau unbewusst am Gebären hindern – und perspektivisch sicher auch die Beurteilung des Blutflusses in den kindlichen Gefäßen (beispielsweise Ductus venosus) mit Doppler-Ultraschall.

Wie könnte eine ideale Betreuung im Geburtszeitraum aussehen? Meine Vision:

- Wir rotten den Begriff „Geburtsstermin“ aus und ersetzen ihn durch „Geburtszeitraum“. Wenn wir vom „Termin“ sprechen, sagen wir künftig „40+0 Schwangerschaftswochen. „3 Tage drüber“ heißt dann „40+3“. Man braucht ein paar Wochen, um die neue Sprache zu erlernen – aber es funktioniert.

- Wir achten auf eine korrekte Bestimmung des Schwangerschaftsalters am Beginn der Schwangerschaft – und auf die nachvollziehbare Dokumentation im Mutterpass.
- Die Betreuung im gesamten Geburtszeitraum – also von 38+0 bis 42+0 SSW – erfolgt durch die Hebammen und Ärzte der Geburtseinrichtung – und zwar möglichst in den Geburtsräumen. Die Schwangere soll die Atmosphäre des künftigen Geburtsortes erspüren („erriechen“) und sich mit Personen und Inventar vertraut machen. Die Betreuungsintensität ist stark individualisiert. Ängstliche Frauen werden engmaschiger betreut, bei Frauen mit gutem Körpergefühl ist dies nicht notwendig. Als grobe Richtlinie könnte gelten: bis 40+0 SSW wöchentlich, bis 41+0 alle zwei Tage, ab dann täglich.
- Zu Beginn des Geburtszeitraumes (38+0 SSW) wird die Fruchtwassermenge bestimmt und dokumentiert (idealerweise mit Ultraschall, notfalls palpatorisch).
- Bei jedem Kontakt wird erfragt und dokumentiert: Körpergefühl, Kontakt zum Kind, Kindsbewegungen, Kontraktionshäufigkeit, Fruchtwassermenge (palpatorisch, ab 40+0 SSW bei jedem zweiten Kontakt sonografisch).
- Ab 41+0 SSW wird zusätzlich bei jedem Kontakt ein CTG geschrieben.
- In der 42. SSW sollte die Beziehung des Köpfchens zum unteren Uterinsegment beurteilt und denkbare Blockadegründe für den Geburtsbeginn erfragt werden.

Solange die heutige Leitlinie zum Umgang mit der „Übertragung“ nicht geändert wurde, müssen wir bei 41+0 SSW mit der Schwangeren die verschiedenen Sichtweisen auf das richtige Verhalten erörtern und einen informierten Konsens über das weitere Vorgehen erreichen und dokumentieren.



Der Autor

Dr. Sven Hildebrandt ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden. Er hat das Geburtshaus „Hebammenpraxis Bühlau“ in Dresden mitbegründet, eine der größten außerklinischen Geburtseinrichtungen in der Bundesrepublik mit bis zu 200 Geburten im Jahr (www.hebammenpraxis-buehlau.de). Er ist Gründer und Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (www.dafibg.de). Seit Oktober 2010 ist er Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM). Ab März 2013 unterrichtet er als Vertretungsprofessor im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule Fulda.

Im Elwin Staude Verlag hat er für hebala ein Gravidarium (Best.-Nr. 7268) entwickelt, bei dem der Geburtszeitraum benannt ist.

Kontakt:
info@dr-sven-hildebrandt.de
www.dr-sven-hildebrandt.de

Literatur

Deutscher Hebammen Verband (DHV): Empfehlungen zum Verhalten bei Terminüberschreitung. 1.11.2011 (mit ausführlicher Literaturliste)
DGHWi: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Sektion Schwangerenvorsorge zur S1 Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). http://www.dghwi.de/images/stories/Stellungnahmen/Stellungnahme-bertragung_110224.pdf (2011)