

Kindliche Notfälle – hausgemacht?

Interventionsarme Geburtshilfe als bedeutsame Ressource für das Kind – ein Plädoyer für mehr Zurückhaltung.

Von Sven Hildebrandt

Das biologische System Mutter-Plazenta-Kind ist während der Geburt mit einer erstaunlichen Kompensationsbreite auch auf widrige Umstände eingerichtet. Diese These klingt in der heutigen geburtshilflichen Situation fast weltfremd und gefährlich naiv. Dennoch lohnt es sich, eine solche Grundannahme unter dem Blickwinkel zu prüfen, wie groß der Anteil geburtshilflicher Interventionen an der kindlichen Morbidität und Mortalität tatsächlich ist. Dabei geht es nicht darum, verbreitete Routinen zu dämonisieren oder gar zu kriminalisieren – man darf allen in der Geburtshilfe tätigen Fachpersonen unterstellen, dass sie nach bestem Wissen und Gewissen ganz zum Wohl von Mutter und Kind handeln. Das befreit uns jedoch nicht von der grundsätzlichen Verpflichtung, jeden Eingriff in den naturgegebenen Verlauf einer Geburt kritisch hinsichtlich seines Nutzen-Risiko-Verhältnisses zu hinterfragen.

Natürliche Kompensationsmechanismen

Die menschliche Geburt wurde im Laufe der Stammesentwicklung über epigenetische Anpassungen optimiert, weil durch die größere Hirnmasse und das in Folge des aufrechten Ganges engere Becken geburtsmechanische Zwänge auftraten. Damit kam es zu einer deutlichen Vorverlegung des Geburtszeitpunktes, wodurch ein Menschenkind etwa ein Drittel seiner Schwangerschaft extrauterin in einem für Primaten untypisch hilflosen Zustand verlebt.

Die geburtsauslösenden hormonellen Prozesse sind ein feinabgestimmtes, komplexes System, das für eine individuelle Optimierung des Geburtszeitpunktes sorgt. Kinder mit eingeschränkter plazentarer Versorgung vermögen die Geburt früher in Gang

zu setzen, andere Kinder nutzen ihre intrauterine Lebenszeit maximal aus.

Damit ergibt sich eine sehr individuelle Spanne der Schwangerschaftsdauer, die sich an den Bedürfnissen des Kindes und an Zwängen der placentaren Ressourcen orientiert. Fast immer bestimmt das Kind den für sich optimalen Zeitpunkt der Geburt, der sich in den letzten Jahrzehnten deutlich nach hinten zu verlagern scheint (Schwarz 2015). Auf diesen biologischen Regulationsmechanismus darf man grundsätzlich vertrauen, weil es nur sehr selten zu Blockaden bei der Geburtsauslösung kommt. Derartige Störungen sind beispielsweise denkbar, wenn ein Myom den notwendigen Kontakt des Köpfchens mit dem unteren Uterinsegment und damit die Reifung des Prostaglandin-Systems verhindert.

Gestörte Reifung

Leider kommt es immer häufiger vor, dass diese Reifungsprozesse durch exogene Noxen blockiert werden. In erster Linie geschieht das durch Fehlernährung mit Kohlenhydraten (siehe Kasten zum Stoffwechsel, Seite 12), wodurch die Regulation des Prostaglandins gestört wird (Fowden 1994).

Die Kunst einer kompetenten Begleitung der späten Schwangerschaft besteht darin, solche pathologischen Blockaden zu erkennen und das Kind vor einer biologischen Übertragung – die völlig unabhängig vom Schwangerschaftsalter auftreten kann – zu schützen.

Ein weiterer biologischer Kompensationsmechanismus besteht in der Selbstregulation der Geburtsdynamik. Auf diese Weise passt sich die jeweilige Belastungssituation den vorhandenen Ressourcen bei Mutter und Kind an. Eine mütterliche Erschöpfung führt zu einer Abschwächung der Wehendynamik. Ebenso ist eine Beschleunigung denkbar, wenn beispielsweise bei einer Infektion eine baldige Geburt notwendig ist.

Ein dritter Kompensationsmechanismus besteht in der Aufrechterhaltung der placentaren Versorgung bis zur Entfaltung der Lunge und zur Umstellung der Atmung. Im Unterschied zu anderen Säugtieren, bei deren Geburt die Nabelschnur zerreißt, wird bei Primaten die Verbindung des Kindes mit seiner Plazenta nicht zerstört. Damit kann das Kind bei einer Anpassungsstörung so lange weiter über die Plazenta versorgt werden, bis die Atmung ausreichend funktioniert. Erst dann setzen die Mechanismen der Plazentalösung ein und koppeln Kind und Plazenta vom mütterlichen Kreislauf ab.

Jeder der drei genannten Mechanismen ist für die Optimierung des Geburtsprozesses von größter Relevanz und sollte respektiert und geschützt werden. Leider kommt es in der gegenwärtigen geburtsärztlichen Praxis immer wieder dazu, dass

in diese Regulationsvorgänge eingegriffen wird – mit nachteiligen Folgen für die Sicherheit der Geburt. Beispielhaft werden im Folgenden fünf Interventionen genannt.

Geburtseinleitung

Die künstliche Einleitung einer Geburt gehört heute zu den häufigsten Eingriffen in den naturgegebenen Schwangerschaftsverlauf. Die Rate medikamentöser Geburtseinleitungen hat in den vergangenen Jahren rasant zugenommen (Rath 2008) und liegt heute in Deutschland deutlich über 20 %. Nur in wenigen Fällen besteht für die Intervention eine tatsächliche Indikation, wie beispielsweise das Nachlassen placentarer Ressourcen mit offensichtlicher Blockade der natürlichen Geburtsauslösung oder andere mütterliche oder kindliche Gefahrensituationen.

Die meisten Einleitungen erfolgen, weil ein bestimmtes Schwangerschaftsalter erreicht ist, ohne Hinweis auf eine kindliche Gefährdung. Man beruft sich dabei auf eine S1-Leitlinie, die ganz offensichtliche wissenschaftliche Mängel aufweist (Peters 2015; Wennerholm 2009).

Jeder Eingriff in das fein abgestimmte endokrine System der Geburtsregulation zieht Störungen der geburtsdynamischen Steuerprozesse wie beispielsweise Wehen- oder Einstellungsanomalien nach sich und ist mit einer erhöhten Komplikationsrate verbunden. Dies gilt insbesondere für die Provokation des Geburtsbeginns bei noch nicht ausreichender Geburtsbereitschaft – die Zervix ist noch unreif (Holmes et al. 2008).

Wehenstimulation in der Latenzphase

Die Latenzphase gilt als besonders sensibler Abschnitt der Geburt, weil die Gebärmutter manchmal viele Stunden braucht, bis die selbstregulierenden Kontraktionsvorgänge optimal eingeschwungen sind (siehe Thema »protrahierte Geburt« 7/2017, Seite 16ff.). Auch hier gilt: Ein künstlicher Eingriff in die sensiblen Geburtsprozesse behindert die geburtsdynamische Aktivität der Gebärmutter und eine höhere Komplikationsrate und indirekt eine kindliche Gefährdung (Homes 2001; Homes 2008).

Vaginale Untersuchung

Die vaginale Untersuchung gilt als Hauptrisikofaktor aufsteigender Infektion und hat damit ein bedeutsames Gefährdungspotenzial für das Kind. Wie für jede Intervention gilt auch hier die Verpflichtung zu einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung, die insbesondere in der frühen Geburtsphase den Eingriff in der Regel nicht rechtfertigt. Nach wie vor ist es üblich, bei Aufnahme der Gebärmutter ungeachtet der damit verbundenen Risiken eine Art Ausgangsstatus zu erheben. Die Geburtseinrichtungen wie auch Hebammen sind dringlich angehalten, diese nicht evidenzbasierte Gewohnheit konsequent zu unterlassen. Künftig sollte auch in Deutschland folgende Faustregel für vaginale Untersuchungen ohne konkreten Verdacht aufliegen einer Geburtskomplikation gelten (nach Schwarz 2014): Die erste Untersuchung sollte nicht vor Beginn der aktiven Eröffnungsperiode stattfinden, die weiteren Untersuchungen dann alle vier Stunden (bei protrahierter Geburt mit Geburtsfortschritt unter 0,5 bis 1 cm pro Stunde alle zwei Stunden).

Kristellern

Der inzwischen vielfach modifizierte Kristellerhandgriff – also eine manuelle Druckwirkung auf den Fundus, die sich direkt auf den vorangehenden Teil überträgt – gehört zu den schwerwiegendsten Interventionen. Er wurde – auch in seiner abgeschwächten Form – wegen der negativen Auswirkungen auf die Sicherheit der Geburt – ausführlich im Schwerpunktthema Protrahierte Geburt besprochen (DHZ 7/2017, Seite 16ff.).

LEITBILD

Grundsatz einer verantwortungsvollen Geburtshilfe

Jeder Eingriff in den naturgegebenen Geburtsverlauf bedarf einer evidenzbasierten Begründung und einer strengen Risiko-Nutzen-Abwägung. Nichts sollte aus Gewohnheit geschehen, »weil wir es immer so gemacht haben«. Es gibt kein vermeintliches Recht und keine vermeintliche Pflicht zu irgendeiner Intervention. Ausschließlich das Wohl der uns anvertrauten Mutter und ihres Kindes dürfen unser Handeln bestimmen.

Jetzt

Unser
Mutter
für s

Mult
Zahr

Meh



Multi-
* nicht a

M

STOFFWECHSEL

Zucker als Geburtshemmer
und Schmerzauslöser

Hohe Insulinspitzen, wie sie beim Naschen von Süßigkeiten auftreten, beeinflussen über eine vermehrte Fettsäuresynthese den Prostaglandinhaushalt. Das hat zwei Folgen: Beim Geburtsbeginn ist die Prostaglandin-Rezeptordichte herabgesetzt, was zu einer verzögerten Reifung des Geburtssystems führt (Übertragung, protrahierte Geburt). Zum anderen kann sich das Prostaglandin nicht ausreichend binden. Freie Prostaglandine sind wichtige Schmerztransmitter (einige Schmerzmittel wie Aspirin und Paracetamol hemmen die Prostaglandine).

Fazit: Naschen (zwei bis vier Wochen) vor der Geburt führt zu verzögerten, verlängerten und schmerzhafteren Geburten.

Quelle: Fowden 1994

» Leider gibt es nach wie vor gewagte vaginal operative Geburten aus Beckenmitte, die das sowieso schon eingeschränkte Kind zusätzlich belasten. «

Operative Geburtsbeendigung

Die operative Geburtsbeendigung ist eine das Kind in besonders hohem Maße belastende Intervention und kann einen bereits kritischen Zustand des Kindes zusätzlich verschlechtern oder – bei falscher Indikationsstellung – erst herbeiführen. Die derzeitige klinische Praxis muss deshalb in drei Ebenen hinterfragt werden:

- *Auf der Ebene der Indikationsstellung:* Es gibt oft Unsicherheiten bei der Bewertung des CTGs in der Durchtrittsperiode, die nach wie vor häufig nach den gleichen Kriterien erfolgt wie in früheren Geburtsphasen oder gar in der Schwangerschaft. Dabei müssen an die Beurteilung der kindlichen Herzfrequenzmuster in der Durchtrittsperiode grundsätzlich andere Maßstäbe angelegt werden, weil die vegetative Regulation in dieser stark belasteten Geburtsperiode anderen Regeln folgt (Häuser 2018).
- *Auf der Ebene der Wahl des Geburtsweges:* Leider gibt es nach wie vor gewagte vaginal-operative Geburten aus Beckenmitte, die das sowieso schon eingeschränkte Kind zusätzlich belasten. Die Abwägung zwischen vaginalem und abdominalem Geburtsweg ist bei ungünstigem geburtshilflichem Befund eine große Herausforderung und muss mit Rücksicht auf die kindlichen Belastungen besonders sorgfältig erfolgen.

— *Auf der Ebene der Methodenwahl:* Immer weniger GeburtshelferInnen beherrschen beide Methoden der vaginal-operativen Geburtsbeendigung und müssen deshalb teilweise erhebliche physikalische Zugwirkungen über die Saugglocke umsetzen. Dabei ist gerade bei ungünstigen geburtshilflichen Befunden eine Druckverteilung der Zugkraft auf den ganzen Kopf, wie sie beim Forzeps möglich wird, dringend geboten.

Reanimation des
Neugeborenen

Besonders kritisch hinsichtlich der Nutzung natürlicher Kompensationsmechanismen sind die gegenwärtigen Gepflogenheiten bei der Reanimation anpassungsgestörter Neugeborener. Diese werden in aller Regel entsprechend den aktuellen Empfehlungen abgenabelt und am Reanimationstisch versorgt. Damit werden gleich zwei bedeutsame Ressourcen des Kindes geopfert:

- die bis zur erfolgreichen Kreislaufumstellung weiterhin intakte placentare Versorgung
- die in der Frühgeborenenversorgung bestens erforschte vital-stabilisierende Wirkung des Oxytocins beim direkten Hautkontakt mit der Mutter (Linderkamp 2005).

Die Neonatologie sollte dringend die derzeit gültigen Behandlungsstandards überarbeiten: Das Kind darf nicht aus dem (noch intakten) biologischen System Mut-

ter-Plazenta-Kind herausgerissen werden. Vielmehr müssen NeonatologInnen ihre Reanimationsmaßnahmen innerhalb des Systems durchführen.

Interventionsarme
Geburtshilfe als Leitstrategie

Die genannten Beispiele zeigen, w durchaus wohlgemeinte geburtshilfliche Interventionen das Potenzial haben, die Risiken der Geburt zu erhöhen. Deshalb sind alle geburtshilflich tätigen Professionen gehalten, die eigenen Gewohnheiten und Routinen streng zu hinterfragen und hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenz zu prüfen. So diskutieren wir über den optimalen Zeitpunkt des Abnabels obwohl das Abnabeln selbst ein von der Natur nicht vorgesehener Vorgang ist. In manche Routinen haben wir uns schon sehr gewöhnt, dass wir sie gar nicht mehr als solche wahrnehmen. Diese Gewohnheiten sind deutlich zu hinterfragen – und dem Grundprinzip des »nihil nocere« folgend auszuräumen.



Der Autor
Prof. Dr. Sven Hildebrandt ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden. Er hat das

Geburtshaus »Hebammenpraxis Bühlau« in Dresden mit aufgebaut und ist Gründer

Jet:

Uns
Mut
für

Mul
Zah

Mei

Multi-
* nicht

sowie Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (www.dafigb.de). Seit 2013 unterrichtet er im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule Fulda.
Kontakt: Sven.Hildebrandt@pg.hs-fulda.de

Literatur

Fowden AL et al.: Nutritional regulation of utero-placental prostaglandin production and metabolism in pregnant ewes and mares during late gestation. *ExpClinEndocrinol* 1994; 102(3): 212–21

Häuser M: Technische und methodische Sicherheit der CTG-Überwachung in der Durchtrittsphase. Bachelorthesis Hochschule, Fulda 2018

Holmes P et al.: The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG* Volume 108, Issue 11, November 2001, 1120–1124

Linderkamp O: Entwicklungsfördernde Pflege Frühgeborener. In: Frank C, Linderkamp O (Hrsg.): Frühgeborene optimal ernähren und pflegen. Kirchheim, Frankfurt a.M. 2005

Peters M für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V.: Stellungnahme zur überarbeiteten Fassung der S1-Leitlinie »Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung« 02/2010 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (19.10.2015). *Z Hebammenwiss* 2015; 3(2):51–7

Rath WH: Die medikamentöse Geburtseinleitung. *Frauenheilkunde* 2008; 6: 521–531

Schwarz C: Die Erlaubnis zum Nichtstun. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 2014; 9: 56–60

Schwarz C, Weiss E, Loytved C, Schäfers R, König T, Heusser P et al.: Fetale Mortalität bei Einlingen ab Termin – eine Analyse bundesdeutscher Perinataldaten 2004–2013. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2015; Georg Thieme Verlag KG. DOI 10.1055/s-0034-1398659

Wennerholm U et al.: Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta ObstetGynecolScand* 2009; 1: 6–17

STABILISIERUNG DER VITALFUNKTIONEN

Reanimation des Neugeborenen am Gebärbett

In der klinischen Praxis hat es sich eingebürgert, im Falle eines reanimationspflichtigen Kindes das Neugeborene abzunabeln, es von der Mutter zu trennen und am Reanimationstisch zu versorgen. Zweifelsfrei sind das die komfortabelsten Arbeitsbedingungen für NeonatologInnen. Dennoch muss diese Gewohnheit kritisch hinterfragt werden, weil sie für das Kind zwei wesentliche und das Outcome ungünstig beeinflussende Nachteile hat, die zwei von der Natur vorgesehene Anpassungsvorgänge ausschalten:

1. In der Natur wird das biologische System Mutter-Plazenta-Kind erst nach erfolgter Lungenentfaltung und Kreislaufumstellung getrennt. Bis dahin kann das Kind auf die placentare Versorgung als wesentliche Notfallressource zurückgreifen.
2. Aus der Forschung zu den besonderen Bedürfnissen von Frühgeborenen ist die Bedeutung des direkten Hautkontaktes und des Zuspruchs der Mutter bekannt: Das Oxytocin-System des Kindes wird aktiviert und führt zur Stabilisierung der Vitalfunktionen.

Bronchobini®

Erkältungshusten natürlich stoppen.

Mit Bronchobini.

Mit 3fach-Wirkung: entzündungshemmend,
antitussiv, expektorierend.



Bronchobini • Streukügelchen für Säuglinge ab 6 Monate, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Zul.-Nr.: 6152951.00.00, Zus.: In 10 g Streukügelchen sind verarbeitet: Wirkst.: Atropa bella-donna Dil. D5, Bryonia Dil. D3, Cetraria islandica Dil. D3, Drosera Dil. D3 jew. 5 mg, Psychotria ipecacuanha Dil. D3 10 mg. Sonst. Bestandt.: Sucrose. Anw.geb.: Sie entsprechen den homöopath. Arzneimittelbildern. Dazu gehört: Besserung der Beschw. bei Entzündg. der Atemwege. Gegenanz.: Keine bekannt. Nebenwirk.: Keine bekannt. Warnhinweise: Dieses Arzneimittel enth. Sucrose. Nicht über 25 °C lagern.

Biologische Heilmittel Heel GmbH, Dr.-Reckeweg-Straße 2–4, 76532 Baden-Baden, www.heel.de

-Heel