Thema Interventionen und Wehen

Warum beeinflussen wir Wehen?

christiane Schwarz Sie kommen zu früh oder zu spät, sie sind zu stark oder zu schwach: Kontrahiert die Gebärmuttermuskulatur, sind Interventionen seitens der Hebammen keine Seltenheit. Was aber bedeutet das für die Frau und ihr Kind?

Als Hebammen wissen wir: Eine Kontraktion bereitet weder der Frau noch dem Ungeborenen Schmerzen. In der Schwangerschaft trainiert sie die Muskulatur und fördert die Durchblutung; das Gewebe bleibt dadurch beweglich und geschmeidig. Sie sorgt auch dafür, dass sich Mutter und Kind an Wehen gewöhnen und keine Angst davor haben. Während des Gebärens sorgen die Kontraktionen für die Veränderung der Beschaffenheit und Form des Gebärmutterhalses und der Öffnung des Muttermunds. Sie

helfen schließlich dem Kind, zur Welt zu kommen.

Was wir nicht wissen: Vieles in diesem einfach klingenden Prozess ist noch unerforscht. Was die Wehen auslöst, stärker oder schwächer macht, ist ein komplexes Geschehen, an dem Hormone ebenso wie Emotionen beteiligt sind. Genau wie bei vielen anderen Aspekten der Sexualität weiß auch bei der Geburt niemand, was normal ist. Niemand kann sagen, wie viele Wehen wann, in welchen Abständen, mit welcher Dauer und

Intensität normal, gut oder richtig für eine bestimmte Frau oder ihr Kind sind. Ebenso wenig wissen wir, wie lange eine Schwangerschaft, eine Geburt oder eine der Geburtsphasen wie »Eröffnung«, »Austreibung« oder »Nachgeburtsphase« dauert. Wir kennen Durchschnittszahlen, die noch nicht einmal auf alle Bevölkerungsgruppen zutreffen, geschweige denn auf Familien oder gar individuelle Schwangere. 112

Was wir trotzdem tun: Obwohl wir wenig über Geburt wissen, ist es erschreckend, wie

häufig wir in diesen komplexen, meist komplikationslosen Geburtsverlauf intervenieren. Wehenmittel und Wehenhemmer sind absolut übliche Medikamente, die bei mehr als einem Drittel aller Schwangeren und Gebärenden eingesetzt werden; das sind nur die dokumentierten Fälle. Auch naturheilkundliche Interventionen – Homöopathika ebenso wie Öle und Massagen oder Akupunktur – benutzen wir häufig, um Geburten zu optimieren, oft bevor sie auch nur begonnen haben.

Welche Maßnahme dabei auch ergriffen wird – Partusisten, Cytotec oder pflanzliche Arzneimittel: Für die Frauen impliziert das: »Du kannst dein Kind nicht aus eigener Kraft gebären. « Ihre Wehen sind zu früh oder zu spät, sie sind unwirksam oder auch wirksam, zu stark, zu schwach, zu häufig, zu selten, zu unkoordiniert oder zu schmerzhaft.

Unser Eingreifen am individuellen Frauenkörper und seinen Funktionen richtet sich dabei nach dem Zeitpunkt der Wehentätigkeit und dem gewünschten Effekt. So kann eine regelmäßige Wehentätigkeit in der 36. SSW unerwünscht sein (häufige Maßnahmen: Magnesium, Ruhe, Toko-Öl), am »Termin« aber erwünscht (häufige Maßnahmen: Gelsemium; Pulsatilla oder Caulophyllum) — es sei denn, der Kreißsaal ist zu voll und es ist spätabends. Hier verabreichen wir eine halbe Tablette Partusisten und verordnen Bettruhe. Mit der Frau selbst hat all das nichts zu tun; den Bedürfnissen des Kindes entspricht unser Handeln ebenfalls nicht.

Bei einer absoluten Geburtenzahl von 663.000 wurden in Deutschland 2011 bei insgesamt 633.029 Schwangeren die im weiteren Artikel beschriebenen Medikamente zur Beeinflussung von Wehen eingesetzt und dokumentiert.

Wehenhemmung

Vor der Geburt

International hat die Langzeit-Tokolyse an Popularität verloren. Grund dafür ist, dass es keine gute Evidenz dafür gibt, dass Hemmen von Wehen Frühgeburten verhindern kann. Falls doch, ist es fraglich, ob es für das jeweilige Kind tatsächlich die beste Lösung ist. Außerdem weiß man retrospektiv nie, ob ein Kind, das nach einer Tokolyse noch in utero ist, wirklich zu früh gekommen wäre. Viele Frühgeburten passieren dagegen so unerwartet, dass eine Tokolyse nicht (mehr) möglich ist. Daher hat sich die Empfehlung durchgesetzt, die Geburt nur noch bis zur vollendeten 34. SSW hinauszuzögern, und zwar nur so lange, bis eine Lungenreisebekandlung abgeschlossen werden kann (in der Regel spätestens nach 48 Stunden).

Daten aus Deutschland für 2011:

- 3,3 Prozent aller Schwangeren bekamen eine orale und/oder i.v. Tokolyse.
- Die Dauer der Tokolyse lag zwischen einem und 240(!) Tagen (Mittelwert: 8,6 Tage).

Deutschland hat übrigens zusammen mit Österreich seit mehreren Jahren die höchste Frühgeburtenrate in Europa.

Während der Geburt

Eine intrapartale Tokolyse wurde bei knapp zehn Prozent aller Schwangeren dokumentiert.³ Der Nutzen von Partusisten zur »intrauterinen Reanimation« oder zur Stressreduktion beim ungeborenen Kind ist allerdings umstritten.

Klar ist, dass eine kindliche Dezeleration in eine reaktive Tachykardie umgewandelt werden kann – das ist eine (hier: erwünschte) Nebenwirkung von Betamimetika. Unklar ist, ob das dem Kind tatsächlich nützt: 4 Dezelerationen sind gesunde Kompensationsmechanismen von Feten, um mit vorübergehendem Sauerstoffmangel umzugehen, und lösen sich von selbst. Falls nicht, liegt ein ernsthaftes Problem vor, das mit anderen Mitteln als mit Partusisten behandelt werden muss. Im schlimmsten Fall liegt durch die Bolustokolyse bei einer Notsectio auch noch ein schlaff-atonischer, blutender Ute-

Wehenstimulation

Vor der Geburt

In Deutschland liegt die Rate an Geburtseinleitungen seit vielen Jahren immer um 20 Prozent. Seit im August 2010 eine Leitlinie von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) publiziert wurde, in der eine Einleitung ab 41+0 SSW vorgeschlagen wird, ist die Rate auf 22 Prozent leicht gestiegen. Hintergrund der Empfehlung: Totgeburten in der 40. bis 42. SSW zu verhindern. Die statistische Schätzung prognostizierte bei Erscheinen der Leitlinie, dass damit ein Kind zusätzlich gerettet werden könne. Der Preis dafür: weitere 500 eingeleitete Geburten. Daten aus mehreren Ländern scheinen dies zu bestätigen. In Deutschland hat sich allerdings die Rate der Totge-burten zwischen 40 und 42 Wochen von 2010 zu 2011 erhöht (vgl. Tab. unten). ³ Eine Erklärung gibt es dafür bislang

Während der Geburt

Bei 29 Prozent aller gebärenden Frauen wurde der Einsatz von Wehenmitteln während der Geburt dokumentiert. Nicht erfast in der klinischen Geburtshilfe wurden hingegen alle weiteren Maßnahmen zur Wehenstimulation (Amniotomie sub partu und/oder andere mechanische oder komplementärmedizinische Maßnahmen zur Wehenanregung). Wie viele Frauen allein mit eigenen Wehen ihre Kinder gebaren, lässt sich statistisch nicht nachvollziehen – es sind vermutlich nach Abzug aller primären Sectiones deutlich weniger als die Hälfte.

Zur Sinnhaftigkeit der Geburtsbeschleunigung durch Wehenmittel liegen gute Evidenzen vor: Die Verkürzung einer Geburt um durchschnittlich zwei Stunden ist bei großzügigem Einsatz von Oxytocin möglich. Eine Verbesserung des mütterlichen

Perinatale Mortalität	2010		2011	
Perinatale Mortalität gesamt	3013 n	0,45%	3081 n	0,47%
Totgeburten	2168 n	0,33%	2189 n	0,34%
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	845 n	0,13%	892 n	0,14%

n= Anzahl der Fälle

Bundesauswertung Geburtshilfe 2011, AQUA-Institut³

oder kindlichen Outcomes kann dadurch allerdings nicht erreicht werden. Wie es den betroffenen Frauen und Kindern mit der Intervention geht, wurde nicht erforscht.

Vergleich zwischen Klinik und Außerklinik

Im Jahresbericht der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) berichten die Autorinnen über ihre Pilotstudie in Hessen. Hier wurden die Daten aus außerklinischen Geburten (OUAG) und klinischen Geburten (Hessische Perinatalerhebung, HePe) bei Low-Risk-Gebärenden zwischen 2005 und 2009 verglichen. Bei der Beeinflussung der Wehen sub partu lassen sich – trotz des vergleichbaren Kollektivs - große Unterschiede feststellen: Zu Hause und im Geburtshaus (6.6 Prozent) werden signifikant weniger Maßnahmen zur Wehenregulierung eingesetzt als im Krankenhaus (19 Prozent). Medizinische Gründe lassen sich dafür nicht feststellen.

Gefahr durch Oxytocin

»Dass beim Einsatz von Oxytocin nicht noch viel häufiger etwas passiert, liegt eher an der Widerstandskraft gesunder Schwangerer und Feten, als an einer sorgfältigen evidenzbasierten Anwendung« - der amerikanische Geburtshelfer und Lehrbuchautor Steven Clark formuliert das Problem mit leiser Ironie. Weiter schreibt er, dass »[...] Oxytocin das Arzneimittel ist, das am häufigsten mit vermeidbaren unerwünschten geburtshilflichen Ereignissen im Zusammenhang steht. [...] Oxytocin wurde vor Kurzem vom Institute for Safe Medication Practices (ISMP) als eines der elf bei Fehlanwendung als ›extrem gefährlich geltenden Medikamente eingestuft. [...] Bei etwa der Hälfte aller geburtshilflichen Schadensfälle mit teuren gerichtlichen Auseinandersetzungen ist Wehenmittelmissbrauch im Spiel.«8

Der deutsche Gynäkologe und Lehrbuchautor Werner Rath schließt sich dieser Einschätzung an: »Die Empfehlungen zu Dosierungen und Applikationsmodi von Oxytocin sind in der Literatur uneinheitlich und letztlich nicht anhand definitiver Dosisfindungsstudien geklärt, sondern basieren auf vorwiegend empirischen Empfehlungen.«⁹

Warum Wehen beeinflussen?

Ein wesentlicher Grund für die Gabe von Wehenmitteln während der Geburt ist eine falsche Annahme über »normale Geburtsdauer«.

Dabei gibt es genau diese normale Geburtsdauer offensichtlich nicht, zumindest nicht in einer allgemeinen Gültigkeit. Eine Frau mit einem Kind mag durchaus eine individuelle, ideale Schwangerschafts- und Geburtsdauer haben – aber niemand kennt sie. Möglich, dass viele Frauen von ihrer idealen Zeit abweichen, weil sie durch (unnötige) Interventionen gestört werden; so oders odroht jedenfalls relativ häufig ein Wehenmittel als Korrektiv.

Die Diagnosen »protrahierte Geburt« oder »Geburtsstillstand« in jeder Phase der Geburt, waren in den letzten Jahren die häufigsten Verlegungsgründe außerklinisch begonnener Geburten. Außerdem waren diese Diagnosen 2011 in Deutschland Indikationen zur sekundären Sectio für 23.596 Frauen in der Eröffnungsperiode und weitere 11.993 Frauen mit vollständig eröffnetem Muttermund.³

Um dieses Dilemma zu ändern, müssten einige Voraussetzungen geschaffen und ein paar Regeln eingeführt werden, die alle umsetzbar sind:

- Eine breite Aufklärung in der Gesellschaft mit medialer Unterstützung muss das Bild, das junge Menschen von einer Geburt haben, verändern. Initiativen wie »Hebammen an Schulen«, aber auch TV-Soaps, wie sie in Großbritannien lanciert werden und in denen Frauen natürlich und außerklinisch gebären, gehören dazu.
- Gebären ist ein natürlicher, normaler Prozess, in den nicht eingegriffen werden darf, wenn es keinen zwingenden Grund dafür gibt.
- Frauen brauchen eine Eins-zu-eins-Betreuung.
- Frauen brauchen (genügend) Hebammen und Unterstützung bei der freien Wahl des Geburtsorts.
- Hebammen brauchen das Vertrauen in und das Wissen um die Fähigkeit der Frauen, zu gebären. Und sie brauchen Zeit und Geduld.

Literatur

- Friedman EA: Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. In: Obstetrics and Gynecology 1955; 6(6): 567–589
- Albers LL: The duration of labor in healthy women. In: Journal of Perinatology 1999; 19(2): 114–119
- 3 AQUA-Institut (Hrsg.): Bundesauswertung Geburtshilfe 2011. www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16N1-GEBH_ 2011.pdf [Zugriff 17.9.2012]
- 4 Kulier R, Hofmeyr GJ: Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2, Art. No. CD00003
- Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7, Art. No. CD007123
- 5 Gesellschaft f
 ür Qualit
 üt in der außerklinischen Geburtshiffe (QUAG) (Hrsg.): Qualit
 ütsbericht Außerklinische Geburtshiffe in Deutschland 2010. http://quag.de/downloads/QUAG_bericht2010. pdf [Zugriff 17.9.2012]
- 7 National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (Hrsg.): List of Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings 2012. http://www.cdc.gov/niosh/docs/2012-150/ pdfs/2012-150.pdf [Zugriff 17.9.2012]
- 8 Clark SL, Simpson KR, Knox GE et al.: Oxytocin: new perspectives on an old drug. In: American journal of obstetrics and gynecology 2009; 200(1): 35.
- 9 Rath W, Gogarten W: Oxytocin und Methylergometrin nach der Geburt – Vorsicht bei der Anwendung! In: Frauenarzt 2008; 49(6): 498–503
- 10 Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S: Effect of different partogram action lines on birth outcomes: a randomized controlled trial. In: Obstetrics & Gynecology 2006; 108(2): 295-302
- 11 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Hrsg.): Intrapartum care —care of healthy women and their babies during childbirth. RCOG Press 2007
- 12 Schwarz C, Stahl K: Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. Staude 2011

Dieser Artikel ist zuerst erschienen im Hebammenforum von Weleda, im Heft 4/2012, S. 14-18. Wir danken der Redaktion für die Abdruckgenehmigung.

Christiane Schwarz, Hebamme, Dozentin an der Hebammenschule in Hannover, Promotions-studentin an der Uni Witten/Herdecke.
Kontakt: christiane-schwarz@gmx.de
Schwarz C: Warum beeinflussen wir Wehen? Hebammenforum 2014: 15: 12-16