



Abbildungen: © Robin Broadfoot, www.broadfoot-design.com

In früheren Zeiten wussten die Katzen noch wie das Gebären funktioniert, ist in einer Parabel der Hebamme Tricia Anderson zu lesen

Unbequem sein!

Wissen Hebammen und Geburtshelfer immer, was sie aus welchen Gründen tun? Oder brauchen sie heute auch die wissenschaftliche Erlaubnis zum Nichtstun? Welches tradierte Wissen hat sich bewährt? Wie wertvoll sind Leitlinien? Ein differenzierter Blick tut Not.

> **Christiane Schwarz**

Die wissenschaftliche Erlaubnis zum Nichtstun? Vielleicht hilft eine Parabel, zu erklären, was damit gemeint ist. Geschrieben und erstmals veröffentlicht wurde sie 2002 von der britischen Hebamme Tricia Anderson. In Deutschland hat die ehemalige Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes Magdalene Weiss die Geschichte in ihrer Eröffnungsrede auf dem Hebammenkongress 2004 in Karlsruhe vorgelesen. Dabei hat das Grafikatelier Broadfoot aus Tübingen Illustrationen dazu erstellt, die fast ebenso einfach und eindrucksvoll sind, wie die Geschichte selbst.

Eine Katzengeschichte

Wir wissen, dass Katzen zum Gebären ungestört sein müssen, an einem dunklen, einsamen Ort, vielleicht vorbereitet mit einer weich ausgeschlagenen Schachtel. Und alle, die Katzen kennen, wissen auch, dass man eine Katze beim Gebären nie stören darf, sonst hören die Wehen auf oder sie nimmt ihre Jungen nicht an.

Und jetzt stellen Sie sich vor, dass vor langer Zeit eine Gruppe von gut meinenden Wissenschaftlern sich vorgenommen hat, das Gebärverhalten von Katzen zu untersuchen. Sie haben angefangen, Katzen beim Gebären zu beobachten im hell erleuchteten, lauten, modernen Labor. Sie schlossen sie an viele Monitore und Sonden an, umgaben sie mit fremden Tech-

nikern, gingen ständig raus und rein, um alles zu dokumentieren. Die Studien an den gebärenden Katzen in den hell erleuchteten Kabinen gingen über viele Jahre. Es zeigte sich, dass die Geburtsarbeit unkoordiniert wurde, länger dauerte oder mittendrin aufhörte. Die Katzen waren zunehmend gestresst, ihr Stöhnen und ihre Schreie waren schrecklich. Die Jungen hatten Sauerstoffnot, kamen deprimiert zur Welt und brauchten Reanimation. Da kamen die Wissenschaftler zu dem Schluss: Es scheint, dass Katzen nicht gut gebären können.

Sie erfanden viele Maschinen, um das Gebären zu verbessern und den Sauerstoffgehalt im Blut der Jungen zu überwachen. Sie erfanden Schmerzmittel und Tranquilizer, Wehenmittel und Wehenhemmer und entwickelten Notfalloperationen. In wissenschaftlichen Papieren berichteten die Wissenschaftler über die Schwierigkeiten der Katzen beim Gebären und gleichzeitig über ihre eigene hoch entwickelte, effiziente Geburtstechnologie. Die Medien verbreiteten diese Erkenntnisse und bald brachten alle ihre Katzen zum Gebären ins Labor. Das musste für Katzen der sicherste Platz zum Gebären sein.

Jahre gingen ins Land, die Arbeit in den Labors nahm zu, immer neues Personal wurde eingestellt, langsam wurden die ersten alt und gingen in Ruhestand. Leider wusste die zweite Generation



Wissenschaftliche Expertise bringt es an den Tag: Gebären ist ein gefährliches Geschehen

nichts mehr vom ursprünglichen Experiment. Sie wussten nicht einmal, dass das Ganze ein Versuch war.

Sie hatten noch nie erlebt, wie Katzen an einem einsamen Platz in einer weich ausgeschlagenen Schachtel ihre Jungen gebären – wieso auch, was für eine gefährliche Idee! Sie waren absolut überzeugt, dass Katzen ohne die Hilfe von viel Technologie nicht gebären könnten. Sie dachten an die vielen wissenschaftlichen Ergebnisse, die sie in den letzten Jahren gesammelt hatten, und waren sehr zufrieden mit sich selbst, ihrer klugen und guten Arbeit und den vielen Katzen und Jungen, die sie gerettet hatten (Anderson 2002).

Verkehrte Welt

Unsere Welt ist verkehrt, die Geburtshilfe steht auf dem Kopf. Wir haben tatsächlich vergessen, dass Frauen gebären können, und haben uns an unzählige Interventionen gewöhnt, die wir täglich an den gebärenden Frauen ausüben. Manche registrieren wir als fragwürdig oder sogar schädlich – und tun sie trotzdem. Andere bemerken wir nicht einmal mehr oder wir sind einfach noch nie auf die Idee gekommen, sie infrage zu stellen. So kann es dazu kommen, dass wir von der Notwendigkeit bestimmter Eingriffe und Maßnahmen überzeugt sind, obwohl wir in Wirklichkeit nur die Folgen unserer Intervention bekämpfen. So sollte immer das Motto gelten: „If it ain't broke, don't fix it“ – Man soll nicht reparieren, was nicht kaputt ist!

Leitlinien

Leitlinien sind Empfehlungen, die von ExpertInnen erstellt werden. Sie sollen Fachleuten eine Orientierung im Dschungel der möglichen klinischen Entscheidungen bieten. Idealerweise werden sie erstellt, indem systematisch alle Forschungsergebnisse zu einer bestimmten Fragestellung gefiltert werden. Dann wird ihre Qualität bewertet und die Ergebnisse werden zusammengefasst. In den Prozess werden verschiedene Berufsgruppen einbezogen. Auch werden die Sichtweisen der KlientInnen erfragt und berücksichtigt. Eine solche Leitlinie würde in Deutschland bei der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit dem Prädikat „S3“ ausgezeichnet.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die sich mit geburtshilflichen Fragestellungen auseinandersetzen, sind allerdings fast ausschließlich in der Entwicklungsstufe „S1“ erstellt worden – hier fehlen die systematische Recherche und die Einbindung von anderen



Heute kommen die Katzenbabys in der Klinik zur Welt. Alles nach dem neuesten Standard überwacht und kontrolliert.

Berufsgruppen sowie (schwangeren) Frauen. Diese fehlenden Elemente werden durch „Konsensus“ ersetzt, das heißt, die ExpertInnen geben hier ihre Meinung wieder. ExpertInnenmeinungen sind sehr wertvoll. Allerdings sind sie auch störanfällig, denn sie können unter Umständen einen Fehler der „verkehrten Welt“ widerspiegeln.

Einige Beispiele für Tun oder Lassen

Die **vaginale Untersuchung** wird in Deutschland noch immer in vielen Arztpraxen routinemäßig oder großzügig bei Schwangeren durchgeführt. Häufig wird diese Intervention damit begründet, dass eine – drohende – Frühgeburt ausgeschlossen werden solle. Dies lässt sich durch Forschung zum Thema jedoch klar widerlegen (Boulvain et al. 2010). Die potenziellen Nebenwirkungen der Untersuchung werden wenig bedacht, wie Infektionen, Wehen, Schmerz, Scham oder die potenzielle Re-Traumatisierung von Frauen mit schlechten Vorerfahrungen. Wenn die vaginale Untersuchung häufig während der Geburt durchgeführt wird, trägt das zur vermehrten Diagnosestellung eines „protrahierten Verlaufes“ bei. Dabei muss die Geburt de facto nicht unbedingt protrahiert sein. Sie fühlt sich aber subjektiv für die Geburtshelfer und für die Frauen umso eher so an, je häufiger untersucht wird, und führt dann zu Interventionen, die die Geburt beschleunigen sollen. In Deutschland wurde im Jahr 2011 die Diagnose übrigens 63.592-mal gestellt. Das ist jede zehnte schwangere Frau (wenn man die Frauen mit geplanten Kaiserschnitten herausrechnet, ist es sogar jede achte).

Es gibt keine zuverlässige Empfehlung zu einem sinnvollen Intervall von routinemäßigen Untersuchungen sub partu. Weniger als vier Stunden Abstand verursachen aber mit großer Wahrscheinlichkeit mehr Schaden als Nutzen (NICE 2007). Als Alternative zur vaginalen Untersuchung dient die Beobachtung der Gebärenden: Atmung und Körperhaltung geben Hinweise auf den Geburtsfortschritt (Lemay 2005). Auch das Entstehen und die Veränderung mit fortschreitender Muttermündungsöffnung einer „lila Linie“ („purple line“) in der Analfurche der Gebärenden wurde von Hebammen aus dem englischsprachigen Raum beobachtet (Hobbs 2007).

Die **Anwendung des CTG** wird in den S1-Leitlinien der DGGG in Deutschland auch in der aktuellen Fassung von 2012 bei allen Schwangeren und Gebärenden weiter empfohlen, und zwar spätestens ab der „späten Eröffnungsperiode“ (die nicht genauer definiert wird) kontinuierlich. Die AutorInnen der Leitlinie thematisieren zwar, dass es keine Evidenz dafür gebe, ob die

routinemäßige Anwendung des CTG zu einer Verbesserung der perinatalen Daten führt; jedoch empfehlen sie den Einsatz trotzdem (DGGG 2012). Auch die Erkenntnis, dass durch eine falsch positive Interpretation des CTGs die Kaiserschnitttrate ansteigt – ohne gleichzeitig günstig auf die Gesundheit des Kindes zu wirken, führt nicht zu einer Veränderung der Empfehlung. Die traurige Begründung: „Bei Verzicht auf die CTG-Überwachung wäre die Auskultation jedoch zeit- und personalintensiv [...]“, müsste eigentlich dazu führen, dass wir den Frauen wahrheitsgemäß sagen: „Wir machen jetzt ein CTG. Das hilft Ihrem Kind zwar nicht, und es erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie einen (unnötigen) Kaiserschnitt bekommen um 20 Prozent, aber wir haben nicht genügend Hebammen, um die Herztöne des Babys richtig abzuhören.“ Richtig wäre in diesem Fall – nach aktueller Evidenz – das Auskultieren der kindlichen Herztöne alle 15 Minuten in der Eröffnungsphase oder alle fünf Minuten in der Geburtsphase für jeweils eine Minute durch eine Hebamme (NICE 2007, Alfrevic 2006).

Es scheint, als ob Frauenkörper doch nur mäßig gut funktionierten, wenn sie schwanger sind. Die **Wehen**, die sie produzieren, sind sehr häufig zu früh, zu spät, zu unwirksam, zu wirksam, zu stark, zu schwach, zu häufig, zu selten oder einfach zu unkoordiniert. Zumindest scheint es so, wenn man sich die Statistik ansieht: Im Jahre 2011 erhielten in Deutschland 60.185 Frauen (9,4 Prozent) ein Wehen hemmendes Medikament während der Geburt; 185.062 bekamen Wehen fördernde Mittel (29 Prozent). Die Evidenz dazu legt allerdings die Vermutung nahe, dass mit diesen (nebenwirkungsreichen) Interventionen den Kindern und Müttern nicht unbedingt geholfen wird. Die intravenöse Tokolyse als „intrauterine Reanimation“ oder „Akuttokolyse“ verbessert das perinatale Outcome nicht (Hofmeyr & Kulier 2009, Kulier & Hofmeyr 1998). Es erhöht nur die kindliche Herzfrequenz und beruhigt die Geburtshelfer.

Ebenso ist es mit dem **Wehentropf**: Die Gabe von Wehenmitteln verbessert weder das kindliche Outcome, noch senkt es die Sectiorate (Bugg et al. 2011). Der gesunde Menschenverstand legt nahe, dass die Geburtsdauer ebenso individuell ist wie die Charaktere der Frauen – und ihrer Gebärmütter – und dass die Qualität eines psychischen und hormonellen Prozesses, der der sexuellen Erregungsentwicklung sehr ähnlich ist,

nicht nach Geschwindigkeit als Gütekriterium beurteilt werden müsste.

Zur **Technik des Dammschutzes** gibt es viele ExpertInnenmeinungen und viele Varianten in der Praxis. Alle haben im weitesten Sinne mit Bremsen, Senken, Drücken und Korrigieren zu tun. Dass das irgendeinen Sinn macht, ist nicht erwiesen; aber ist zweifellos ein schönes Gefühl – für die Hebamme: sie kontrolliert, sie ist wichtig, sie hat das Gefühl, etwas Gutes zu tun. Jedenfalls, wenn der Damm heil bleibt. Das hat aber in Wirklichkeit vermutlich nur wenig mit der Dammschutztechnik zu tun, sondern eher mit der Zeit, die der Frau gegeben wird; und mit der Position, in der sie sich befindet (Aasheim et al. 2011, Lindgren et al. 2011, Mayerhofer 2002, De Souza Caroci da Costa & Gonzalez Riesco 2006). Unbeantwortet ist die Frage, ob (unkomplizierte) Dammverletzungen überhaupt pathologisch sind, oder eine Art „Sollbruchstelle“ der Natur, die vor überdehnten Beckenböden schützt. Und bisher nur selten gestellt sind die Fragen, wer eigentlich das Recht hat, eine fremde Frau im Intimbereich anzufassen und ein Kind zum ersten Mal zu berühren (Schwarz 2009, Schwarz 2011a, Schwarz 2011b).

Beim Thema **Abnabeln** wird eine der großen Absurditäten der menschlichen Geburtshilfepraxis deutlich: Das Abnabeln eines Neugeborenen als Routinemaßnahme insbesondere vor dem Aupsulieren der Nabelschnur durchzuführen, ist eine der unphysiologischsten Interventionen überhaupt. Das Trennen des Kindes vom blutgebenden, sauerstoffspendenden plazentaren Kreislauf führt nicht nur zu keinem Vorteil, sondern schadet immens. Gut erforscht sind dabei die Argumente für das „Nichtstun“: Kinder, die nicht vorzeitig abgenabelt werden, haben

- höhere Eisenspeicher, weniger Anämien
- eine niedrigere Morbidität und Mortalität wegen Respiratory Distress Syndrome (RDS) – besonders bei Frühgeborenen
- ein geringeres Risiko für Hirnschäden durch Sauerstoffmangel
- einen höheren Blutdruck
- eine höhere Konzentration mütterlicher Antikörper
- weniger Bluttransfusionen (nur bei Frühgeborenen)
- weniger ischämische Organschäden (nur bei Frühgeborenen)
- eine höhere Stillrate
- eine bessere Nierenfunktion
- höhere Konzentrationen von Nährstoff-

fen, Hormonen und Stammzellen.

Außerdem löst sich die Plazenta besser. Die Haltung der gebärenden Frau und ihres Kindes zueinander spielen dabei übrigens keine Rolle – zumindest gibt es keine brauchbaren wissenschaftlichen Hinweise, geschweige denn solide Evidenz dafür. Kinder müssen also nicht „unter Plazentaniveau“ liegen, und die Blutgruppenkonstellation von Mutter und Kind ist auch kein Grund, einem Kind seine Versorgung wegzunehmen (Palethorpe et al. 2010, Rabe et al. 2012, McDonald & Middleton 2008).

Die richtigen Fragen stellen

All das wissen Frauen und Hebammen schon immer – die Ironie unserer Zeit ist es, dass wir beweisen müssen, dass es besser ist, „nichts“ zu tun, als in den fragilen Geburtsprozess einzugreifen und ihn nachhaltig zu (zer-)stören. Dazu müssen wir unbequem sein und die richtigen Fragen stellen – auch und besonders – in der Forschung: Der Goldstandard der Geburtshilfe ist die (gekonnte) Nichtintervention, und nicht die Entscheidung zwischen zwei (schädlichen) Interventionen. Die Frau und ihr Kind stehen im Mittelpunkt der Forschung; sie definieren, was eine gute Geburt ist. Dazu gehört mehr als ein guter Apgar- oder pH-Wert beim Kind. Bei den Forschungsfragen aus dem geburtshilflichen Spektrum müssen wir ebenfalls aufmerksam sein: Interessenkonflikte der Forschenden müssen vermieden oder zumindest offen gelegt werden. Und die subjektive Wahrheit und die Werte der Frau müssen respektiert werden. ○

Hinweis

Der Artikel basiert auf einem **Vortrag**, den Christiane Schwarz am 7. September 2012 auf dem 1. DHZCongress unter dem Titel „**Die wissenschaftliche Erlaubnis zum Nichtstun**“ hielt.

Die Autorin

Christiane Schwarz ist Hebamme und machte 2004 ihren Bachelor of Science in Angewandten Gesundheitswissenschaften. Nach einem Masterstudium in Public Health arbeitete sie ein Jahr lang in Neuseeland. Sie war bis Anfang 2010 Bundesfortbildungsbeauftragte des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) und bis Anfang 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum tätig. Zurzeit ist sie als Dozentin an der Hebammenschule Hannover beschäftigt und arbeitet an ihrer Dissertation.

Kontakt:
Christiane-Schwarz@gmx.de

Literatur

- Anderson, T.: Katzen. Eine Parabel. Out of the laboratory: back to the darkened room. *Midirs*. 12:1 65–69 (2002)
- Alexander, S.; Boulvain, M.; Ceyssens, G.; Haelterman, E.; Zhang, W. H.: Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6 (2010)
- The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Intrapartum Care. London : s.n. Clinical Guideline. 55 (2007)
- Lemay, G.: To push or not? 74 p 7. *Midwifery Today*. 7:74 (2005)
- Hobbs, L.: Assessing Cervical Dilatation without VEs: watching the purple line revisited. *The Practising Midwife*. 10 (1) 26: 27 (2007)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.: Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. s.l.: DGGG (2012)
- Alfirevic, Z.; Devane, D.; Gyte, G. M. L.: Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 3 (2006)
- Hofmeyr, G. J.; Kulier, R.: Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 3 (2009)
- Kulier, R.; Hofmeyr, G. J.: Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2 (1998)
- Bugg, G. J.; Siddiqui, F.; Thornton, J. G.: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7 (2011)
- Aasheim, V.; Nilsen, A. B. V.; Lukasse, M.; Reinar, L. M.: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12 (2011)
- Lindgren, H.; Brink, A.; Klinberg-Allvin, M.: Fear causes tears – Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. (11): 6, Bde. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/6> (2011)
- Mayerhofer, K.: Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med*. 47: 477–482 (2002)
- De Souza Caroci da Costa, A.; Gonzalez Riesco, M. L.: A comparison of »hands off« versus »hands on« techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwif Womens Health*. 51: 106–111 (2006)
- Schwarz, C.: Dammschutz zwischen Tun und Lassen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. (8) 6 (2011a)
- Schwarz, C.: Den Damm schützen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 8 (2011b)
- Schwarz, C.: Halten oder nicht halten? *Hebammenforum*. 4 (2009)
- Palethorpe, R. J.; Farrar, D.; Duley, L.: Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10 (2010)
- Rabe, H.; Diaz-Rossello, J. L.; Duley, L.; Dowswell, T.: Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8 (2012)
- McDonald, S. J.; Middleton, P.: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2 (2008)
- Eason, E.: Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 95: 464–471 (2000)