

Gebären im Wasser, Hebammenzeitung 6/99

Bericht nach 333, von den Hebammen "begleiteten", Wassergeburten im Krankenhaus Sterzing, von Dr. A. Thöni, Gynäkol. - geburtsh. Abteilung, KH Sterzing/Südtirol

Zusammenfassung

Infolge der vielfach berechtigten Kritik an bestimmten Auswüchsen der Geburtsmedizin, die die Geburt zu einem unpersönlichen, von Technik bestimmtem Ereignis degradiert haben, stehen die geburtshilflichen Abteilungen und die Geburtshilfe an sich, im Umbruch und Aufbruch. Visionen für eine Geburtshilfe mit menschlichem Antlitz, wo das Ambiente und die Atmosphäre dem psychosozialen Ereignis der Geburt gerecht werden, sind gefragt.

Allenthalben werden die Kreissäle umstrukturiert und die Rahmenbedingungen geschaffen auch für "alternative" Gebärmöglichkeiten und -positionen, selbstverständlich auf der Basis der in den letzten Jahrzehnten erworbenen Sicherheit für die Frau und das Kind unter der Geburt.

In der vorliegenden Studie werden die Qualität der in unserem Krankenhaus möglichen und praktizierten verschiedenen Gebärdpositionen, die Geburtsdauer, die Dammschnitt- und Dammsrisse, der arterielle Nabelschnur-pH-Wert sowie das Blutbild im Wochenbett überprüft und die daraus resultierenden medizinischen Vorteile der Wassergeburt untersucht.

Es wird dabei auch auf die Rolle der Hebamme als Spezialistin für die physiologische Geburt und die enge und fruchtbringende Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Hebammen zum Wohle der Gebärenden eingegangen.

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten wurde durch die Entwicklungen in der Geburtsmedizin ein solches Maß an Können und Wissen erarbeitet, dass die Geburt für Mutter und Kind heute so sicher ist wie nie zuvor.

Trotzdem steht die Geburtsmedizin mit ihrer überzogenen Technologie zunehmend im Kreuzfeuer der Kritik. Die Geburt eines Kindes ist heutzutage nicht mehr ein Zufallsereignis, sondern das große geplante Lebensereignis und die informierte Frau unserer Zeit wird dabei vorzugsweise jene Geburtsabteilungen aufsuchen, wo sie ihre Ansprüche am besten verwirklichen kann und wo ihre Wünsche vom geburtshilflichen Team so weit als möglich berücksichtigt werden

Selbstverständlich, und dies wird im folgenden nicht mehr weiter betont, muß jede Gebärende sorgfältig überwacht werden und gelten für die Risikoschwangeren und -geburten andere Gesichtspunkte, denn die Sicherheit von Mutter und Kind unter der Geburt ist für alle Beteiligten oberstes Gebot. Experimente auf Kosten des Kindes unter der Geburt und eventuelle Auswüchse auch auf Seiten der sogenannten "alternativen" Geburtshilfe werden abgelehnt. Das Pendel darf nicht in Richtung riskante Geburtshilfe umschlagen.

Die High-Tech Geburtsmedizin sollte jedoch nur den Not- und Risikofällen vorbehalten werden und eine diesbezügliche Selektion bereits im Vorfeld erfolgen

Was nun unsere Abteilung betrifft, so haben wir durch die Umstrukturierung der im Geiste der 70er Jahre erbauten Kreissaalräume und der Möglichkeit für sogenannte "alternative" Gebärdpositionen die Rahmenbedingungen geschaffen für eine Geburtshilfe, die den modernen Erfordernissen und geänderten Ansprüchen der Frauen gerecht wird. Die Gebärende steht dabei im Mittelpunkt und das betreuende Team versucht sozusagen um ihre Wünsche und Bedürfnisse zu "kreisen" und sie letztlich als Partnerin und nicht als Patientin zu verstehen. Dies verlangt von allen Mitarbeitern einen überdurchschnittlichen persönlichen Einsatz. Nicht zuletzt ist es unser Bemühen, alles zu tun, um das Geburtserlebnis für die gebärenden Frauen und deren Partner zu vertiefen und insbesondere die innige Mutter-Vater-Kind Beziehung, eben das Kennenlernen und Vertrautwerden zwischen der soeben neu entstandenen oder vergrößerten Familie,

zu ermöglichen, indem wir zwei Räume eingerichtet haben, wo die junge Familie die Stunden bzw. die sensible Prägephase nach der Geburt gemeinsam und möglichst ungestört verbringen kann.

Methode

In unserem Krankenhaus konnten in den letzten Jahren durchschnittlich 350 Geburten verzeichnet werden; wobei, nach der Umstrukturierung der Kreissaalräume mit der Installierung der Gebärbadewanne, die Anzahl der Geburten insbesondere infolge des Zustromes der Gebärenden von außerhalb des Einzugsgebietes stark angestiegen ist. Für das laufende Jahr zeichnet sich ein erneuter Geburtenrekord ab.

Die erste Wassergeburt erfolgte an unserer Abteilung im Februar 1997. Bis zum 09.09.1999 konnten 333 Geburten in der (Entspannungsbade-) Wanne verzeichnet werden. Der Anteil der Wassergeburt beträgt in den ersten 8 1/2 Monaten des heurigen Jahres 43% (153 von 353 Geburten).

Die Gebärenden entscheiden grundsätzlich selbst, ob sie ihr Kind in der Wanne, auf dem traditionellen Gebärbett oder auf dem Hocker zur Welt bringen wollen, bzw. wählen diejenigen Stellungen frei aus, die ihnen in der jeweiligen Phase der Geburt am angenehmsten sind.

Mittlerweile nutzen 75% der Frauen zumindest einmal unter der Geburt die schmerzlindernde und entspannende Wirkung des Wassers. Nur 8 - 10% verzichten von vornherein während der Wehen in die Wanne zu steigen oder gar im Wasser zu gebären.

Für die Geburt im Wasser gelten auch an unserem Krankenhaus die bekannten Ausschlusskriterien. Die kindlichen Herztöne werden zunächst außerhalb der Wanne kontrolliert und dann im Wasser intermittierend überwacht, wobei auch eine kabellose Dauerüberwachung mit einer induktiven Übertragungstechnik möglich ist. Die Bewegungsfreiheit ist dabei maximal gewährleistet. Die Gebärende bleibt in der Wanne zu keinem Zeitpunkt unbeaufsichtigt und kann selbstverständlich von sich aus jederzeit die Geburt im Wasser abbrechen.

Ergebnisse

Anhand der nachfolgenden Studie wurde die Qualität der verschiedenen an unserer Abteilung möglichen Gebärmethoden bei 333 Geburten im Wasser (Gruppe A) 250 Geburten im tradit. Gebärbett (Gruppe B) - (unter Ausschluss der Gebärenden nach PDA, VE und BEL) und 100 Geburten auf dem Gebärhocker (Gruppe C) überprüft und ausgewählte objektive Parameter gegenübergestellt und analysiert

Aus der ersten vergleichenden Analyse kann eine eindeutige Verkürzung der Geburtsdauer im Wasser festgestellt werden. Beim Vergleich der ersten 130 Erstgebärenden im Wasser mit 130 auf dem Gebärbett und 70 auf dem Hocker ist ersichtlich, dass die Verkürzung der Geburtsdauer jedoch nur die Eröffnungsphase betrifft und die Austreibungsphase praktisch gleich lange dauert.

Neben dem geburtsbeschleunigendem Effekt der aufrechten, die volle Bewegungsfreiheit gewährleistendem Gebärmhaltung, verstärkt das Wasser, offensichtlich durch die zusätzliche entspannende und elastizitätssteigernde Wirkung, diesen Effekt. An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass bei der vertikalen Gebärmhaltung eine direkte Unterteilung in Eröffnungs- und Austreibungsphase schwierig ist.

In Bezug auf den relevanten kindlichen Parameter (arter. Nabelschnur-pH-Wert) ist kein Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen festzustellen. Der Zustand der 333 "Wasserbabies" war immer unauffällig und auch von kinderärztlicher Seite kann bestätigt werden, dass die Wassergeburt keine Gefahr oder Risiko für eine ungestörte Adaptation des Neugeborenen darstellt.

Ein weiterer wichtiger Punkt auf den im folgenden genauer eingegangen wird, betrifft die Dammschnitt- und Dammsrissrate Tabelle 2:

Hierzu ist festzustellen, dass an unserer Abteilung die Indikation zur Episiotomie restriktiv gestellt wird und keineswegs ein Routineeingriff ist, ganz im Sinne der gebärenden Frauen und im Einklang mit der Einstellung der Hebammen, die befugt sind, soweit erforderlich, den Dammschnitt durchzuführen und insbesondere im Einklang mit der veränderten und vollkommenen davon überzeugten Einstellung der Geburtshelfer, denn die bis vor wenigen Jahren genannten Vorteile der Dammschnitte sind inzwischen in zahlreichen Untersuchungen nicht mehr bewiesen. Häufig sind sie im Sinne einer Qualitätssicherung abzulehnen, da unnötig

Die Ergebnisse nach 333 Wassergeburten sprechen für sich. Die 4 Dammschnitte wurden zu Beginn unserer Erfahrungen vorgenommen, mittlerweile werden an unserer Abteilung in der Wanne keine Dammschnitte mehr durchgeführt, da sie erstens kaum notwendig und zweitens auch aufgrund der sitzenden Haltung der Gebärenden nicht leicht durchzuführen sind (14).

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass in der Wanne auch der Dammschutz, sowie andere zumeist unnötige Untersuchungen unter der Geburt nicht gut möglich sind: gerade deshalb fühlen sich die Frauen im Wasser geschützt und geborgen.

Um nun eine vermehrte Dammrissrate zu vermeiden, ist selbstverständlich die Kunst der Hebamme gefragt, die Gebärende in der Austreibungsphase möglichst nicht aktiv "nach alter Schule" zum Pressen anzuleiten und eventuell den Kopf des Kindes bei der Mehrgebärenden zurückzuhalten: das Kind muss ja nicht in einer einzigen Wehe geboren werden!

Die traditionelle Art des Pressens mit Luftanhalten und forciertem Druck nach unten ist bei der vertikalen Gebärhaltung unnötig und ungünstig.

Die Geschwindigkeit beim Durchtritt des kindlichen Kopfes muss zumal bei der Mehrgebärenden reguliert werden.

Das signifikante Einsparen an Dammschnitten bei den Wassergeburten geht an unserer Abteilung nicht zu Lasten von vermehrten Dammrissen. Bei 56% der Erstgebärenden im Wasser ist weder ein Dammschnitt noch ein Dammriss zu verzeichnen gegenüber 35 und 39% bei den zwei anderen Gruppen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Alternative Gebärpositionen und Gebärmöglichkeiten, insbesondere die Wassergeburt, geben immer noch Anlass zu teilweise emotionell geführten Diskussionen und kritischen Äußerungen von Vertretern der Geburtsmedizin, die mit ihrer Verurteilung der Wassergeburt geradezu an die Inquisition im tiefsten Mittelalter erinnern, so als ob geburtsmedizinische Dogmen verteidigt werden müssten. Die Wassergeburt wird vielmehr ihre Außenseiterrolle verlieren und in den nächsten Jahren einen festen Platz in unserem Geburtensystem einnehmen.

Nur ein Ausgleich, die wiedergefundene Harmonie zwischen der Geburtsmedizin und der Geburtshilfe mit menschlichem Antlitz wird in Zukunft erfolgreich sein. Dies bedeutet, dass es wieder zu einer stärkeren und fruchtbareren Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und den Geburtshelfern kommen muss mit horizontaler Arbeitsteilung ohne Konkurrenzverhältnis beider Berufsgruppen. Alternative Geburtshilfe bedeutet letztlich auch ein Abrücken vom Machtanspruch mancher Geburtsmediziner, als diese vor Jahrzehnten die Hebamme aus der Geburtshilfe hinauszudrängen versuchten und sie geradezu zu Handlangern der Geburtsmediziner degradierten.

Gerade die Wassergeburt geht über die Ziele einer sanften Geburt noch hinaus, sie ist eine frauenorientierte und deshalb eine frauenfreundliche Geburtshilfe.

Die Gebärende spielt die aktive Rolle und genießt in der Wanne volle Bewegungsfreiheit, sie fühlt sich geborgen und geschützt und die Intimsphäre bleibt maximal gewährleistet. Die Hebamme leitet und begleitet als Spezialistin für die physiologische Geburt die Gebärende im Wasser, während der Geburtshelfer sich mehr in den Hintergrund halten sollte, wobei das Repertoire der gesamten modernen Geburtshilfe jederzeit abrufbar bleiben muss.

Eine derartige "hebammenorientierte" Geburtshilfe basiert auf minimale Interventionen und führt deshalb auch zu einer maximalen mütterlichen Zufriedenheit, auch die Hebammen bleiben dabei selbstbewusster und motivierter. Das Ziel für die Hebammen und die Geburtshelfer muss es doch sein, die Frauen zu einem schönen und selbstbestimmten Geburtserlebnis zu verhelfen und dies ist vorzüglich bei der Geburt im Wasser gewährleistet.

Die Kooperation und Koordination mit dem Geburtshelfer wird dabei weiterhin zum Nutzen der Gebärenden ihren Stellenwert behalten. Insgesamt steht für uns sozusagen die "Hausgeburt" in der Klinik als Ziel vor Augen, d.h. ein familienorientiertes und zugleich sicheres Konzept in der Geburtshilfe.