Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 111 (2013)
Heft: 1-2

Artikel: Die physiologische Geburt : soll sie gerettet werden?
Autor: Fleming, Valerie
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949120

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die physiologische Geburt – soll sie gerettet werden?

Die physiologische Geburt weist gemäss Studien Vorzüge auf, die sie erstrebenswert machen für Mutter und Kind, aber besonders auch für die Hebamme. Was genau gemeint ist mit «physiologischer Geburt» und wo sie sich abgrenzt von der «normalen Geburt», klären weder Meinungen von Fachleuten noch WHO-Definitionen. Die Bestandsaufnahme zur physiologischen Geburt im Vergleich zur normalen Geburt zeigt auf, wie sich deren Praxis entwickelt hat und heute darstellt, wie die Definitionen Fragen offen lassen und sowohl Praktikerinnen wie Forscherinnen gefordert sind, um umsetzbare Definitionen und Praktiken für die physiologische Geburt zu etablieren.

Valerie Fleming, Winterthur

Merkmale und Vorteile der physiologischen Geburt

Bei der physiologischen Geburt wird generell davon ausgegangen, dass sie eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Mutter und Neugeborenem hat (Souza et al., 2010). Als Auslöser für einen spontanen Geburtsbeginn muss eine Folge von Ereignissen ablaufen, die hauptsächlich durch das Kind ausgelöst werden. Lockwood (2004) fasst diesen Prozess zusammen als Reifung der fetalen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, die einen Cortisolanstieg auslöst, der dann die fetalen vitalen Organe auf das extrauterine Leben vorbereitet. Weitere Hormonsignale, wie die Aktivierung der Hormonrezeptoren der Uterusmuskulatur, bereiten diese für den Start der Geburt und für die Erweiterung des Muttermunds vor. Damit sind Mutter und Kind gleichermassen auf einen optimalen Geburtsprozess vorbereitet. Gemäss Roman und Lothian (2008) sinkt mit diesem physiologischen Prozess die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen eine künstliche Wehenverstärkung benötigen, die oft deren Fähigkeit beeinträchtigt, mit den Schmerzen umzugehen. Bei einem spontanen Geburtsverlauf ist die Wahrscheinlichkeit für eine fetale Gefährdung oder für die Notwendigkeit eines instrumentellen oder operativen Eingriffs geringer. Zu den kurzfristigen Vorteilen einer physiologischen Geburt gehört für die meisten Frauen das emotionale und körperliche Empfinden von Gesundheit, während das Kind keinen Schaden erleidet durch Medikamente, die die Plazentaschranke passieren oder in die Muttermilch übergehen. Längerfristige Folgen beinhalten positive Auswirkungen auf die körperliche und mentale Gesundheit der Frau, auf ihre Fähigkeit mit den Anforderungen der Mutterschaft umzugehen sowie auf das Wachstum und die Entwicklung des Kindes (Heim und Binder, 2012). Trotz dieser Vorteile ist die Zahl der physiologischen Geburten in den Industrieländern über mehrere Jahre zurückgegangen und heute sehr gering. Dieser Rückgang bringt es mit sich, dass immer weniger Hebammen mit der Durchführung einer physiologischen Geburt vertraut sind.

Ohnehin verändern sich die Indikatoren ständig für das, was als «normal» gilt, da medizinische Eingriffe wie künstliche Geburtseinleitung oder Wehenverstärkung zunehmen und weitere Interventionen nach sich ziehen (de Clerq et al., 2006). Damit steigen auch die Kaiserschnittrate und die damit verbundenen Risiken (Souza et al., 2010). In der Schweiz ist in den letzten zehn Jahren die Kaiserschnittrate stetig angestiegen von 24,4 % im Jahr 1999 auf 32,8 % im Jahr 2010, wobei die Rate variiert von 43,1% im Kanton Zug bis 19,4% im Kanton Jura (Bundesamt für Statistik, 2011). Dieser Trend beschränkt sich nicht auf die Schweiz, er ist auch in anderen Industrie- und Schwellenländern zu beobachten. Eine Entwicklung, die stark abweicht von der durch die WHO empfohlene Kaiserschnittrate von 10 bis 15 % (Gibbons et al., 2010) und den Raten von Ländern wie Finnland, Schweden und den Niederlanden, die alle unter 17 % liegen (WHO, 2011).

Dieser Beitrag befasst sich mit möglichen Ursachen für den Trend weg von der physiologischen Geburt hin zu zunehmenden Eingriffen und erörtert deren Bedeutung für die heutige Hebammenpraxis. Hierzu die folgenden beiden Fallstudien aus den Jahren 1979 und 2011.

Fallstudie I, 1979: Laura
Laura, eine 24-jährige Primigravida, kam in der 39. Schwangerschaftswoche in die Geburtsstation. Sie hatte regelmässige Kontraktionen, die sich über etwa sechs Stunden in Häufigkeit und Intensität steigerten, die Schwangerschaft war problemlos verlaufen und die Fruchtblase war intakt. Ihr Mann wurde ins Wartezimmer geführt, während Laura in der Aufnahme gebeten wurde sich zu entkleiden, ein Spitalhemd anzuziehen und sich auf eine Liege zu legen. Dort wurden Temperatur, Puls und Blutdruck gemessen, anschliessend wurde sie abdominal untersucht und ihre Wehentätigkeit gemessen. Der fetale Kopf lag gut im Becken, die Kontraktionen wiesen mit einem Abstand von vier bis fünf Minuten eine «gute Intensität» auf und die Hebamme führte eine vaginale Untersuchung durch. Lauras Zervix war vollständig verkürzt und fünf Zentimeter geöffnet, alle Beckenmasse waren normal, der Höhenstand des Kopfes ein Zentimeter über der Interspinallinie. Laut Befund war Laura in der «Eröffnungsphase», daher wurde eine Amniotomie vorgenommen und ihr Schamhaar rasiert, sie erhielt einen Einlauf, durfte duschen und wurde dann in ein Entbindungszimmer begleitet, wo sie auf ein Bett gelegt wurde und ihr Mann Zutritt zum Zimmer erhielt. Während der restlichen Wehen durfte Laura klein Schluck Wasser trinken, die Hebamme war durchgehend anwesend, die Kontraktionen und die Vitalparameter wurden regelmässig gemessen und aufgezeichnet, die fetalen Herztöne wurden alle 15 Minuten mit einem Pinard-Stethoskop abgehört. Die konstante Anwesenheit der Hebamme vermittelte Laura eine grosse Sicherheit und gewährleistete allfällige

Valerie Fleming RM, PhD, Consultant, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), emeritierte Professorin der Glasgow Caledonian University, Grossbritannien.

Registered Nurse (Scotland, 1977), Registered Midwife (Scotland, 1979), Advanced Diploma of Nursing (Auckland, 1983), BA Social Sciences, (Massey University, 1988), MA Nursing (Massey University, 1990), Ph.D. (Massey University, 1994). Hebammenarbeit in Schottland, Indien, Neuseeland. Beraterin für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1997. Professortitel 2001, Glasgow Caledonian University.

Seit 2002 Leitung von Entwicklungs- und Forschungsprojekten im Kosovo, in Palästina und in Malawi. Leiterin der EU MSc Midwifery 2007–2010, Regional Adviser for Nursing and Midwifery WHO Europa 2011–2012.

Marie-Gabrielle von Weber
frei praktizierende Hebamme SHV
Co-Präsidentin der SHV-Sektion Schwyz

Liebe Hebamme, liebe Leserin, lieber Leser

Valerie Flemming zeigt in ihrem Leitartikel deutlich, dass sich in der Geburtshilfe in den vergangenen Jahrzehnten Normen etabliert haben, aufgrund derer praktisch kaum mehr physiologische Geburten stattfinden.

Uns Hebammen ist klar, dass die physiologische Schwangerschaft und Geburt sowie das physiologische Wochenbett positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben. Wir Hebammen verstehen uns als Fachfrauen für die physiologischen Abläufe rund um die Geburt. Doch ist dem wirklich so? Ist uns das natürliche, gesunde Geburtsgeschehen wirklich präsent? Wo lernen und wo üben wir die Physiologie in der Praxis? Wirklich physiologische Geburtsverläufe sind bei uns rückläufig – und so können wir Hebammen das entsprechende Wissen nicht ausreichend vertiefen. Darauf weist der Leitartikel hin.

Die Möglichkeit schwindet, die Hebammenkunst zu nähren, zu erweitern und weiterzugeben. Entwickeln wir uns also zu blossen Assistentinnen der Geburtsmedizin? Es gilt sicher, die physiologische Geburt zu retten. Dies weil wir alles daran setzen wollen, dass das Neugeborene, eingebunden in die Familie, einen guten, natürlichen Start ins Leben hat. Doch nur theoretisch zu wissen, wie ein natürlicher Geburtsvorgang aussieht und alle möglichen Studien dazu zu kennen, reicht nicht aus.

Dazu müssen wir Expertinnen für die natürliche, gesunde Geburt sein, aus einer ganzheitlichen Sicht, mit Fachwissen und Intuition, mit Empathie und Freude. Denn das ist es, was sich Frauen wünschen, wie auch Studien zeigen.

In diesem Sinn wünsche ich allen für das Neue Jahr viel Physiologisches. Stehen wir mutig für das Gesunde und Natürliche ein, zum Wohle von Mutter und Kind.

Marie-Gabrielle v. Weber

Herzlich, Marie-Gabrielle von Weber

Unterstützung. Als eine Schmerzlinderung notwendig wurde, war das Medikament der Wahl Pethidin zusammen mit Stemetil, später wurde Entonox (50 % Sauerstoff und 50 % Stickstoffoxid) in Eigenmedikation verabreicht. Als Laura mit pressen begann, konnte sie sich etwas aufsetzen. Es kam eine zweite Hebamme hinzu und die beiden Hebammen positionierten sich so, dass Laura mit ihren Beinen gegen sie pressen konnte. Dies ermöglichte, den Damm zu halten und eine Episiotomie durchzuführen, kurz bevor der Kopf geboren wurde. Mit der Geburt der vorderen Schulter wurde Syntometrin 0,5 ml verabreicht. Die dritte Geburtsphase endete etwa fünf Minuten nach der Geburt des Babys durch frühes Abklemmen der Nabelschnur und Ausstossen der Plazenta durch kontrolliertes Ziehen an der Nabelschnur. Das Baby wurde gewaschen, angezogen und Laura in die Arme gelegt.
So verlief 1979 eine normale Geburt in dem Spital, in dem ich damals als frisch diplomierte Hebamme arbeitete.

Fallstudie II, 2011: Anna
32 Jahre später brachte Lauras Tochter Anna ihr erstes Kind im selben Spital zur Welt. Annas Erfahrungen wiesen bedeutende Unterschiede auf: Ihr Partner blieb die ganze Zeit über bei ihr. Der Raum, in den Anna aufgenommen wurde, war gemütlicher ausgestattet mit Sofas, Matten, Gymnastikbällen und einem normal aussehenden Bett – ohne ersichtliche medizinische Apparaturen für eine Geburt im 21. Jahrhundert. Auch kamen weder Rasur, Einlauf noch Pinard-Stethoskop zum Einsatz, stattdessen wurde bei der Aufnahme eine Kardiotokographie durchgeführt und stündlich wiederholt. Anna durfte nach Belieben umhergehen und etwas Leichtes essen. Als ihre Kontraktionen zu stark wurden, konnte sie sich mit dem zuvor angeschlossenen patientengesteuerten Analgesiegerät kontrollierte Morphiumdosen verabreichen. Sie verlangte eine Periduralanästhesie, die sofort verfügbar war, und etwa zwei Stunden vor der Geburt des Babys verabreicht wurde. Während dieser Zeit lag sie im Bett und schlief zeitweise, die Kontraktionen wurden kontinuierlich elektronisch überwacht. Die Hebamme kam ab und zu ins Zimmer, über eine Rufglocke war sie ständig erreichbar. Wegen der Periduralanästhesie erfolgte die Geburt in einer ähnlichen Position wie bei Laura, aber die Hebamme überwachte weder das Perineum, noch führte sie eine Episiotomie durch. Stattdessen trat bei Anna ein Riss zweiten Grades auf, der später genäht wurde. Mit der Geburt des Babys wurden ihr fünf Einheiten Syntocinon verabreicht. Die dritte Geburtsphase endete nach etwa sieben Minuten durch frühes Abklemmen der Nabelschnur und Ausstossen der Plazenta durch kontrolliertes Ziehen an der Nabelschnur.

Diese beiden Fälle veranschaulichen über eine Zeitspanne von 33 Jahren einige Unterschiede bei der normalen Geburt, die jeweils mit minimalen Eingriffen in einer allgemeinen Geburtsklinik stattfand. Doch was als normal gilt, ist von Ort zu Ort verschieden – und weder Laura noch Anna hatten eine physiologische Geburt.

Physiologische Geburt versus Normale Geburt
Physiologie wird im Duden als «Wissenschaft, die sich mit den Lebensvorgängen, den funktionellen Vorgängen im Organismus befasst» definiert. Die physiologische Geburt ist also etwas, das entsprechend der natürlichen Fähigkeiten von Mutter und Kind ohne externe Intervention abläuft. Im Gegensatz dazu beschrieb die WHO (1996, S. 4) mit ihrer Definition der «normalen» eher diejenige der «physiologischen» Geburt wie folgt: «Spontaner Geburtsbeginn, geringes Risiko bei Wehenbeginn, gleichbleibend während Geburtsverlauf und Geburt». Weiter heisst es «Kind wird spontan aus Schädellage geboren zwischen 37. und 42. vollendeter Schwangerschaftswoche», und schliesst mit «Nach der Geburt sind Mutter und Kind in gutem Allgemeinzustand». Dieses WHO-Statement wurde in einer Welt publiziert, in der in den Industrieländern die Medikalisierung zunahm und im Gegensatz dazu in den Entwicklungs- und Schwellenländern die Sterblichkeitsraten von Müttern und Neugeborenen auf inakzeptablem Niveau lagen.
Somit liegen die Duden-Definition von Physiologie und die WHO-Definition der normalen Geburt nahe beieinander. Der WHO-Bericht, der sich auf umfassende Forschungsergebnisse bezieht, erwähnt jedoch auch viele Interventionen, die mittlerweile zur Norm geworden sind und von denen vorne einige genannt wurden. Der Bericht kommt zum Schluss, dass es Frauen bei normalem Geburtsverlauf erlaubt sein soll, nach Wunsch zu essen, ständig eine ihnen angenehme Begleitperson um sich zu haben und dass nicht-pharmakologische Methoden zur Schmerzlinderung dringend bevorzugt werden sollen, bevor zu Alternativen gegriffen werde. Zusätzlich wird angeführt, dass kein Grund bestehe für die Durchführung einer routinemässigen Episiotomie oder für die Position der Rückenlage während der Wehen. Im Weiteren sollen alle vier Stunden vaginale Untersuchungen durchgeführt werden, da nur diese eine genaue Beurteilung der Zervixdilatation ermöglichten, gleichzeitig wird jedoch vor einer Verstärkung der Wehen ohne Konsultation eines Frauenarztes oder einer Frauenärztin gewarnt.
Aus den beiden Fallbeispielen wird ersichtlich, dass die Fakten heute erheblich gegen manche Eingriffe sprechen, die bei Laura vorgenommen wurden, dagegen aber einige der eher physiologischen Prozesse im Vergleich zum Ablauf bei ihrer Tochter Anna unterstützt wurden. Zwei Aspekte, die jeweils anders gehandhabt wurden und denen laut WHO weiter nachgegangen werden muss, sind die routinemässige Amniotomie und die Überwachung des Perineums, die bei Laura, aber nicht bei Anna stattfanden. Eine gemeinsame Erfahrung von Mutter und Tochter war jedoch die Verabreichung von Oxytocin nach der Geburt der vorderen Schulter. Im WHO-Bericht heisst

es, dass weitere Evidenzen nötig seien, um diese Praxis zu unterstützen (oder abzulehnen). Nachfolgend werden diese drei Praktiken jeweils im Hinblick auf ihre Folgen für die physiologische Geburt erörtert.

Frühe Amniotomie

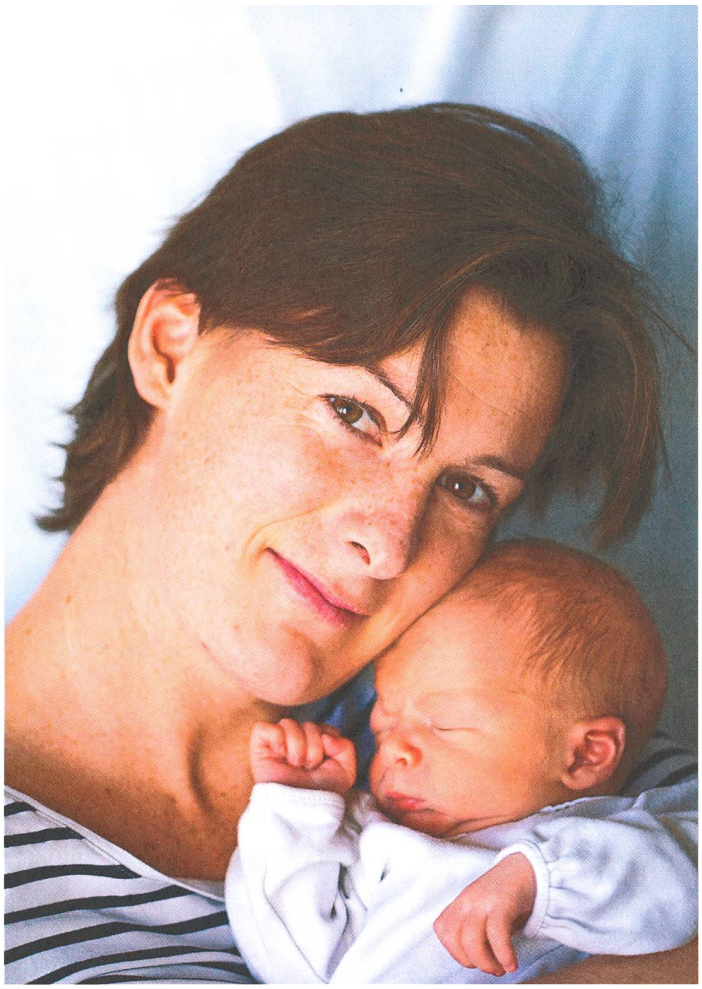
Nach einer Publikation von O'Driscoll et al. (1973) übernahmen viele Geburtskliniken kritiklos die darin aufgeführten Empfehlungen. Sie lauteten auf eine künstliche Fruchtblasensprengung gefolgt von einer Oxytocininfusion, falls eine Zervixdilatation von weniger als 1 cm/Stunde vorlag. Dies um eine «dauerhafte Schädigung der Persönlichkeit der Frau» zu verhindern, die eintreten könne, wenn die Wehen länger als 12 Stunden dauerten (O'Driscoll et al., 1973, S. 136). Offensichtlich wurde in der Studie von O'Driscoll et al. kein Versuch unternommen, Frauen in Behandlungs- oder Kontrollgruppen einzuteilen. Stattdessen wurde eine neue Behandlungsmethode ohne jede solide Grundlage eingeführt. Die Verfasser stützten sich weder auf Fachliteratur, noch stellten sie eine zu überprüfende Hypothese auf. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, ob eine Prüfung durch eine Ethikkommission durchgeführt wurde. Zudem wurden keine psychologischen Tests durchgeführt, die für eine Messung der Primärvariable nötig gewesen wären. Dennoch wurde dieses Dokument die Basis für das, was in den nächsten 20 Jahren als «normal» in der geburtshilflichen Praxis galt, vielerorts immer noch gilt und andernorts gerade wieder üblicher wird.

Die Arbeit von O'Driscoll et al. entstand in einer Zeit, in der nur wenig über die physiologischen Prozesse der Geburt bekannt war – entsprechend sind die Empfehlungen zu hinterfragen. Bekannt ist heute, dass während der Geburt das neuroendokrine System als Reaktion auf Stress die Freisetzung von endogenem Oxytocin und nützlichen Katecholaminen fördert, die wiederum effektive Wehenmuster und entsprechende physiologische Schutzreaktionen wie beispielsweise den Schutz vor Schmerz begünstigen. Dies hat einen geringeren Bedarf an Wehenmitteln und an damit verbundener Schmerzlinderung zur Folge, die jeweils die natürlichen körpereigenen Prozesse stören könnten (American College of Nurse Midwives ACNM et al., 2012).

Während die WHO (1995) angibt, dass auf diesem Gebiet weiter geforscht werden müsse, stützte sich das ACNM in seinem Bericht auf neuere wissenschaftliche Literatur, um seine Empfehlungen für eine physiologische Vorgehensweise in der Nachgeburtsphase zu untermauern. Unabhängig von Forschungen und Empfehlungen gebe es aber auch Hebammen, die dagegen seien, den Frauen eine adäquate Schmerzlinderung zu gewähren. Hier gilt es zwischen dem eigenen Verständnis von physiologischen Abläufen und den Bedürfnissen der Frauen sorgfältig abzuwägen.

Dammschutz in der zweiten Geburtsphase

In der Schweiz werden aktuell nur sehr wenige Episiotomien von Hebammen ausgeführt. Ein Bild, das sich auch in den meisten anderen westeuropäischen Ländern präsentiert. Damit bleibt das Interesse an der im WHO-Bericht (1995) empfohlenen weiteren Forschung zum Dammschutz bestehen. Dessen Nutzen könnte in Frage gestellt werden, wogegen jedoch eine breit abgestützte Folgestudie mit 5471 Frauen (McCandlish et al., 1998)



spricht, die zwei Methoden zum Dammschutz in der zweiten Geburtsphase verglich und eindeutige Zusammenhänge auswies. Bei der ersten Methode gab die Hebamme mit den Händen Gegendruck auf den Kopf des Kindes, um den Damm zu überwachen, und nutzte die Lateralflexion zur Erleichterung der Geburt der Schultern. Bei der zweiten Methode legte die Hebamme nicht direkt Hand an, hielt sich aber bereit, um leichten Druck ausüben zu können, falls das Kind schnell käme. Als Primärvariable wurde der Schmerz zehn Tage post partum mit selbstberichtetem Schmerz getestet. Dabei wies die Gruppe, bei der die Hebamme den Damm gehalten hatte, signifikant weniger Schmerz auf ($p=0.02$).

Die Ergebnisse dieser Studie implizieren, dass das Halten des Dammes durch die Hebammen geringere Schmerzen der Frauen am zehnten Tag zur Folge hat. Nicht getestet wurde, ob das Halten des Dammes den normalen physiologischen Prozess beeinflusste oder den Frauen lediglich Sicherheit vermittelte. Ausserdem war es schwierig, den Damm zu halten, wenn die Frauen in der Hocke oder in einer anderen Position gebären und das Perineum schlecht einsehbar ist.

In den beschriebenen Fällen gebaren sowohl Laura wie Anna in halb liegender Position, sodass die Zuhilfenahme der Hände einfach gewesen wäre. Hätte Anna keine Periduralanästhesie gehabt, hätte sie jedoch gut eine andere Position, als die von der WHO empfohlene, einnehmen können.

Management der dritten Geburtsphase

Hebammen wird beigebracht, dass ein Vorgehen wie bei Laura und Anna dazu diene, das Risiko nachgeburtlicher Blutungen zu verringern und die dritte Geburtsphase zu erleichtern. Die WHO (1995) widmet der Erörterung dieses Themas vier Seiten ihres Berichtes, ohne jedoch eine klare Schlussfolgerung zu formulieren, ob Wehenmittel, und wenn überhaupt, welche Mittel in der dritten Geburtsphase verabreicht werden sollen. Auch schreibt die WHO dazu, dass die Evidenzen nicht ausreichten, um Richtlinien zu dieser Praxis aufzustellen.

Wie schon beim Thema Amniotomie kann auch die Einführung der routinemässigen Verabreichung von Wehenmitteln in der Nachgeburtsphase auf eine einzelne Veröffentlichung von Lister (1951) zurückgeführt werden, die ihre Studie 1946–1948 in einem Teil Englands durchführte, in dem während des Zweiten Weltkriegs und danach grosse Not und Armut geherrscht hatten. Ihre Studie war gut durchgeführt, wurde von geeigneten Referenzen gestützt und kam zum Schluss, dass die Rate nachgeburtlicher Blutungen um bis zu ein Zwanzigstel verringert werden könne, wenn intravenös Ergometrin verabreicht werde, oder um ein Zehntel mit intramuskulär verabreichtem Oxytocin. Das sind überzeugende Zahlen. Aber bei Betrachtung der Stichprobe fällt auf, dass die Geburten in der Ergometrin-Gruppe alle unter Narkose stattfanden, was die Uterusmuskulatur erheblich beeinflusst haben dürfte. Darüber hinaus sind Ernährungszustand wie allgemeiner Gesundheitszustand der Frauen zu jener Zeit fraglich. Dennoch blieb dies die Studie, auf die sich den folgenden zwei Jahrzehnten weithin berufen wurde, sodass im Verlauf dieser Zeit die Verab-

reichung von Wehenmitteln zur Routine geworden war. Als Folge davon verglichen Studien (z.B. Embrey, 1961) unterschiedliche Wehenmittel wie Ergometrin und Syntometrin und eine neuere Cochrane-Review von 14 Studien (Cotter et al. 2010) unterstützte den Einsatz von Syntocinon im Vergleich zu Ergometrin.
Erst in jüngster Zeit sind Fragen entstanden, ob bei einer gesunden Frau mit einer unkomplizierten Schwangerschaft Wehenmittel überhaupt erforderlich seien. Eine systematische Aufarbeitung der Fachliteratur (Dixon et al., 2011) zeigte auf, dass vier Studien zufolge bei gesunden Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft eine physiologische dritte Geburtsphase unterstützt werden könne. Allerdings war nur eine der Studien randomisiert und diese hatte nur 193 Frauen mit verschiedenen Paritäten als Teilnehmende. Damit stützen die Verfasser der Review den WHO-Bericht (1995), wonach zu diesem Thema noch weitere Evidenzen erforderlich sind.

Fazit

Die physiologische Geburt ist weder in der Schweiz noch in anderen Industrieländern die Norm. Allerdings belegt die Review von Dixon et al. (2011) ein neuerliches Interesse an diesem Thema. Die WHO stellt in ihrem Bericht von 1995 einige Schlüsselthemen zur Diskussion, von denen mindestens zwei noch nicht abschliessend abgehandelt sind, wie dieser Artikel aufzeigt. Damit das Pendel wieder in Richtung physiologischer Geburt schwingt, braucht es Forschung auf diesem Gebiet. Vor allem zur Praxis der dritten Geburtsphase, da hier die Hindernisse für die Durchführung einer physiologischen Geburt liegen.
Zuvor müssen Hebammen jedoch mit der Praxis der physiologischen Geburt vertraut sein, damit eine vergleichende Forschung mit qualifizierten Fachkräften in beiden Domänen angegangen werden kann.

Kontakt
Prof. Dr. Valerie Fleming
flem@zhaw.ch

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Departement Gesundheit
Institut für Hebammen
Technikumstrasse 71, CH-8401 Winterthur
T +41 (0)58 934 64 64
F +41 (0)58 935 64 74
www.gesundheit.zhaw.ch

Literatur

American College of Nurse Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives (2012): Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM Online. Verfügbar unter: http://www.midwife.org/acnm/files/cclibraryfiles. Zuletzt besucht: 2.11. 2012 **Cotter AM, Ness A, Tolosa JE (2010):** Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD001808 **Dixon L, Fullerton J, Begley C, Kenned H, Guilliland K (2011):** Systematic review: The clinical effectiveness of physiological (expectant) management of the third stage of labor following a physiological labor and birth. In: International Journal of Childbirth, 1(3), 179–195 **Embery M (1961):** Simultaneous intramuscular injection of oxytocin and ergometrine: a tocographic study. British Medical Journal, 1(5421), 1737–1738 **Lockwood CJ (2004):** The initiation of parturition at term. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 31, 935–947 **Heim C, Binder E (2012):** Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. Experimental Neurology, 233(1), 102–111 **Lister U (1950):** The use of intravenous oxytocics in the second stage of labour. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire, 57(2), 210–222 **McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M, Elbourne D (1998):** A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 105, 1262–1272 **O'Driscoll K, Stronge J, Minogue M (1973):** Active management of labour. British Medical Journal, 3, 135–137 **Romano A, Lothian J (2008):** Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 37(1), 94–105 **Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon P, Carroli G, Fawole B, Ruyan P (2010):** Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Medicine, 8 (71), 1–10 **World Health Organization (1996):** Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva: WHO WHO/FRH/MSM/96.24 **World Health Organization (2011):** Global Health Observatory Data Repository Verfügbar unter: http://apps.who.int/gho/data/. Zuletzt besucht: 27. 09. 2012