

# Wassergeburten heute

## Herausforderung oder Selbstverständlichkeit?

Wassergeburten werden heute – auch im Zeitalter wachsender Sectioraten – vielerorts auch in Schweizer Geburtsspitalern praktiziert, seitdem das begleitende Monitoring mittels CTG-Monitoring gewährleistet ist. Dennoch fehlen in nicht wenigen Geburtshelferteams praktische Erfahrungen, um diese Gebärmethode den Frauen mit gutem Gewissen anbieten zu können. Dr. med. Verena Geissbühler, Kantonsspital Frauenfeld, hat Wassergeburten in der Schweiz bekannt gemacht, weil diese Methode viele Vorteile gegenüber Bettgeburten bietet: weniger Dammriss/Episiotomien, Blutverluste, Analgetika und ein schöneres Geburtserlebnis.

BÄRBEL HIRLE (NACH EINEM VORTRAG\* VON VERENA GEISSBÜHLER)

Die Idee, im Wasser zu gebären, entstand aus dem Wunsch der schwangeren Frauen nach alternativen Gebärmethoden mit möglichst wenigen technischen Interventionen und doch sicherem CTG-überwachten Monitoring. Dass es sich bei dieser Gebärmethode um eine natürliche Sache handelt, dokumentieren jahrtausendalte Traditionen um eine heilsame «Wasserkultur»: Schon im alten Ägypten wurden zum Priestertum vorgesehene Babys im Wasser geboren. Im heutigen Europa wurde die Methode in Frankreich durch Michel Odent 1978 eingeführt und fand daraufhin vereinzelt auch über Belgien und Deutschland erneut Beachtung. Verena Geissbühler, heute leitende Frauenärztin und stellvertretende Chefärztin der Frauenklinik im thurgauischen Frauenfeld, lernte Wassergeburten erstmals 1982 in Bensberg bei Köln kennen und führte sie dann im Kantonsspital Frauenfeld als erstem schweizerischen Lehrkrankenhaus 1991 ein. Hier, wo inzwischen eine über 15-jährige Erfahrung besteht, werden heute fast ebenso viele Kinder durch Wasser- wie Bettgeburten entbunden. Am 26. August 2004 feierte die Frauenfelder Geburtshilfe die 5000. Wassergeburt, bis Ende 2006 dürften Hunderte hinzugekommen sein.

### Die Frauenfelder Geburtenstudie – zur Qualitätssicherung

Vielerlei Fragen der Kollegen und Hebammen, der Frauen und ihrer Partner sowie der eigene Wunsch nach Qualitätskontrolle hat Geissbühler und Kollegen zu einer prospektiven geburtshilflichen Beobachtungsstudie, der «Frauenfelder Geburtenstudie» bewogen. Unklarheiten bezüglich Sicherheit (Wie kombiniert man alternative Gebärmethoden mit moderner Geburtsmedizin?), Geburtsablauf (Infusion, Wehenmittel, Einleitung ...?), Dammverletzungen, Blutverlust, Infektionen, Wasser- und Körpertemperatur, Schmerzmittelverbrauch und dem Geburtserlebnis standen auf der Liste. Die Fragestellung der

Beobachtungsstudie, die zwischen November 1991 bis Oktober 2004 an 16 785 Geburten erfolgte, war: «Wie verändern alternative Gebärmethoden die Geburtsmedizin, wenn das traditionelle Geburtenmanagement beibehalten wird, jedoch der Wunsch der Gebärenden berücksichtigt wird?» Ganz bewusst wurde auf eine Randomisierung der Frauen verzichtet, da diese sowohl ethisch nicht vertretbar wäre und eine künstliche Situation, die auf den Alltag nicht zu übertragen ist, darstellen würde. Im Zentrum sollte der Wunsch der Schwangeren stehen sowie die Sicherheit von Mutter und Kind.

### Fast 16 800 Geburten in der Auswertung

Mithilfe eines ausführlichen Fragebogens haben die Frauenfelder alle Geburten dokumentiert. Erfasst wurden objektive Daten wie mütterliche und kindliche Geburtsparameter sowie Wünsche der Frauen, wo und wie sie entbinden wollten. Die Daten wurden schliesslich statistisch ausgewertet.

Zu den Wünschen der Frauen vor der Geburt: Von den Befragten wollte die ganz überwiegende Mehrheit im Spital entbinden, nur ein ganz geringer Teil (0,5%) zu Hause. Von knapp 11 000 Frauen wünschten sich, «wenn möglich» 48,1% die Geburt im Wasser, 10,1% im Bett, 13,5% auf dem Maiahocker.

Die Auswertung des Gesamtkollektivs (aller erfolgten Geburten) ergab: Im Untersuchungszeitraum 1991 bis 2004 lag die Rate der vaginalen Entbindungen bei 86,7%, die primäre und sekundäre Sectiorate bei 13,3% (heute beträgt sie in Frauenfeld 20%).

Unter den spontanen Einlingsgeburten in Kopflage lag die Wassergeburtenrate bei 40,4% in der Frauenfelder Studie. In diesem Kollektiv wurden weitere 42,6% im Bett und 11,4% auf dem Maiahocker entbunden (5,6% anders: Romarad, stehend, am Seil, Gebärsack, Vierfüsslerstand). Erstgebärende entbunden im Untersuchungszeitraum – und entbinden auch heute – signifikant häufiger im Bett (49,1%) als

(Alle Fotos: Geissbühler, mit freundlicher Genehmigung)



Abbildung 1: Geburtserlebnis im Wasser  
Wassergeburt werden häufig als schöner und weniger belastend im Vergleich zu Bettgeburten erlebt.



im Wasser (35%). Bettgeburten bleiben aber mit signifikant längerer Eröffnungs- und Austreibungsphase verbunden im Vergleich zu Wassergeburt (313 bzw. 39 Minuten versus 264 bzw. 25 Minuten). Zweit- und Mehrgebärende entbanden

(und entbinden) signifikant häufiger im Wasser als im Bett.

Frühgeburten fanden (und finden) signifikant häufiger im Kollektiv der Bettgeburten statt (Bettgeburt: 3,9%, Wassergeburt 1,2%). Bezüglich der Risiken wie

Präeklampsie, präpartale Infektionen, Mekonium-haltigem Fruchtwasser und pathologischem CTG ist das Kollektiv der Wassergebärenden laut Geissbühler seit 1991 bis heute als eine «Positivselektion» zu verstehen: 87% haben präpartal keine besonderen Risikofaktoren, im Kollektiv der Bettgebärenden sind es nur 60%. Unter diesem Aspekt müssen auch die Resultate der Frauenfelder Geburtenstudie interpretiert werden.

**5000 Wasser- im Vergleich zu Bett- und Maiahockergeburt**

Die Frauenfelder Geburtenstudie verglich die Parameter Verletzungen, Blutverluste, Analgetikaverbrauch, Geburtserlebnis und mit Wassergeburt assoziierte (hinterfragte) Risiken wie Infektionsgefahr, Wasserembolie, Asphyxien sowie Vorgehen bei plötzlichen Gefahrenmo-

### Frauenfelder Gebärdewanne

Die Gebärdewanne an der Frauenfelder Frauenklinik fasst 600 Liter Wasser; mehrmals findet ein Wasseraustausch während der Geburt zur Keimverdünnung statt. Es besteht kein Brutkasteneffekt (kein Heizsystem). Die Gebärende kann die Wassertemperatur nach eigenem Gutdünken regulieren (23 bis max. 38,9°C). Eine Entgleisung der Körpertemperatur konnte weder bei Mutter noch beim Kind beobachtet werden. Die Badedauer hängt individuell vom Wunsch und Zustand der Mutter ab (28 bis max. 364 Minuten in der Frauenfelder Studie).



Abbildung 2: Frauenfelder Gebärdewanne

Die drei Badewannen in Frauenfeld werden nach einem strikten Protokoll nach jedem Gebrauch gereinigt. Die zusätzlichen monatlichen Hygienekontrollen zeigen praktisch immer keimfreie Resultate.

die Wassertemperatur selbst regulieren, die Badedauer bestimmen kann, und bei Gesundheit von einer physiologischen Temperaturregulation ausgegangen werden kann, ist nicht mit einem thermalen Risiko für Mutter oder Kind zu rechnen.

- **Schöneres Geburtserlebnis:** Das Erleben der Geburt bewerteten die Frauen mittels einer visuellen Skala (mit den Extrempunkten «traumhaft schön» bis «furchtbar schlimm») nach einer Wassergeburt signifikant besser als nach einer Bettgeburt. Die Erwartung vor der Entbindung entsprach der Wahrnehmung im Wochenbett, bei Bettgeburten waren die postpartalen Bewertungen deutlich negativer.

### Allgemeine und besondere Massnahmen bei Wassergeburt

In Frauenfeld wird das Neugeborene wie auch die Plazenta im Wasser entwickelt. Eine theoretische Gefahr einer Wasserembolie konnte bisher in keinem Fallbericht bestätigt werden. Das Kind wird wenige Sekunden nach Austritt aus dem Geburtskanal der Mutter auf die Brust gelegt. In der Eröffnungsphase wird intermittierend oder kontinuierlich, in der Austreibungsphase immer kontinuierlich das CTG (meist extern) abgeleitet.

Die Frauen verlassen bei suspektem oder pathologischen CTG und vor allem bei Geburtsstillstand immer die Wanne. Weitere Gründe sind der eigene Wunsch, Unwohlsein, Hitzegefühl und Kollapsneigung. Im Auswertungszeitraum der Frauenfelder Studie wurden 17,5% aller begonnenen Wassergeburt abgebrochen, 85% endeten mit Spontangeburt.

Eine schwere Schulterdystokie fand sich zwischen 1991 und 2004 achtmal (0,2%) bei Wasser- und 19-mal bei Bettgeburten. Äusserste Vorsicht und grosse Erfahrung der Geburtshelfer sind in dieser Situation bei allen Gebärdemethoden unabdingbar. Verena Geisbühler weist ferner daraufhin, dass ausser bei Notfällen (Indikation nicht diskutierbar!) grundsätzlich keine Kontraindikationen für Wassergeburt bestehen, sofern die Frau die Wassergeburt wünscht. Zu diskutieren sind die Indikationen bei

menten und das «Fetal Outcome». Die Studie und der Vergleich zum heutigen Stand zeigten:

- **Signifikant weniger Geburtsverletzungen:** Frauen gebären im Wasser signifikant häufiger mit Erhalt des intaktem Damms. In der Frauenfelder Studie hatten 37% mit intaktem Damm entbunden (Maiahocker- und Bettgeburten: nur ca. 28%). Besonders deutlich zeigte sich der Rückgang der Episiotomien, der im letzten Jahrzehnt noch wesentlich markanter war: Wassergeburt 1991 bis 94: 21,5%; 2002 bis 04: 1,7%. Bettgeburten: 1991 bis 94: 43,3%; 2002 bis 04: 8,9%. Maiahockergeburt lagen/liegen im oberen Mittelfeld mit 1991 bis 94: 34,7 und 2002 bis 04: 8,9%.
- **Geringere Blutverluste:** Der Blutverlust während der Geburt, gemessen mittels Hämoglobindifferenz vor und am dritten bis vierten Tag nach der Geburt, war nach Wassergeburt signifikant kleiner (minus 6,12 g/L versus minus 8,50 g/L nach Bett- und 9,44 g/L nach Maiahockergeburt). Verantwortlich für den geringeren Blutverlust wird der hydrostatische Druck des Wassers, die geringere Rate an Episiotomien und Dammrissen gemacht. Durch die Rotfärbung des Wassers werden Blutungen auch schneller erkannt und es kann schneller reagiert werden.
- **Geringerer Analgetikaverbrauch:** Wassergeburt brauchten deutlich sel-

tener Schmerzmittel, da warmes Wasser selbst analgetisch wirkt. 75% brauchten kein Analgetikum im Vergleich zu 59% der im Bett und 69% der auf dem Maiahocker gebärenden Frauen.

- **Besseres «Fetal Outcome»:** Nabelschnur-pH sowie der Apgar-Score haben sich nach Wassergeburt als wesentlich besser erwiesen. Im Auswertungszeitraum mussten Neugeborene seltener auf die Neonatologie verlegt werden (01% [n = 11] nach Wasser-; 07% [n = 39] nach Bettgeburten). Zu beachten ist aber die oben beschriebene Positivselektion der Wassergeburt.
- **Keine Infektionsgefahr:** Eine erhöhte Infektionsgefahr für Mutter und Kind konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Bei den im Wasser entbundenen Neugeborenen fand sich sogar der geringste therapeutische und prophylaktische Antibiotikagebrauch mit zirka 2,8/2,2% versus 4,8/5,0%. Mütterliche Infekte im Wochenbett waren in allen drei Kollektiven ähnlich niedrig. Für die geringe (aber am meisten gefürchtete!) Infektionsgefahr werden die sehr strikt überwachten Hygienemassnahmen der Badewanne am Frauenfelder Kantonsspital verantwortlich gemacht (vgl. Kasten).
- **Kein thermales Risiko:** Eine Entgleisung der Körpertemperatur konnte weder bei Mutter noch beim Kind beobachtet werden. Da die Gebärende

Beckenendlage, Frühgeburten und Zwillingsgeweburten.

**Fazit**

Verena Geissbühler schlussfolgert aus langjähriger Erfahrung und intensivem klinischen und Literaturstudium der Geburtsmedizin, dass Wassergeburten ebenso sicher wie die sogenannten Landgeburten sind und überdies mit vielen Vorteilen einhergehen (s.o.). Es handelt sich inzwischen um die beliebteste alternative Gebärmethode in der Schweiz, bei

der eine sinnvolle Kombination hergestellt wurde zwischen moderner, überwachter Geburtsmedizin und gelungener zwischenmenschlicher und natürlicher Atmosphäre.

«Wassergeburten haben sich heute bewährt, sie gewährleisten medizinische Sicherheit und entsprechen dem Wunsch vieler Schwangeren, resümiert Geissbühler. «Sie sind eine Selbstverständlichkeit geworden!» ■

Bärbel Hirrle

Quelle:

Vortrag Dr. med. Verena Geissbühler (Kantonsspital Frauenfeld): Wassergeburten heute: Herausforderung oder Selbstverständlichkeit? Am Kantonsspital Winterthur, 25. Oktober 2006.

Literatur über «Literaturservice» der Frauenklinik Frauenfeld: Internet: [http://www.frauenklinik-frauenfeld.ch/deu/ind\\_lit.php](http://www.frauenklinik-frauenfeld.ch/deu/ind_lit.php)

PRISMA

**Bessere Beratung anlässlich Pränataldiagnostik**

*Die neue, zweitägige Ärzteschulung zur Elternberatung anlässlich einer Pränataldiagnostik fällt in einer aktuellen Studie des Schweizerischen Nationalfonds sehr positiv aus. Die gynécologie suisse SGGG hat die Herausgeberschaft des interdisziplinär entwickelten Leitfadens übernommen und die Ärzteschulung in ihr Weiterbildungsangebot aufgenommen.*

Erarbeitet wurde das Konzept von einem Team aus Ärzten, Psychologen und Ethikern unter Leitung von Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle vom Institut Dialog Ethik. An der Studie nahmen fast 200 Schwangere und 31 Allgemeinmediziner und Gynäkologen teil. Vor und nach der Einführung der Schulung und des Leitfadens wurden die Beratungsgespräche aufgezeichnet und anschliessend ausgewertet. Zusätzlich gaben Ärzte und Schwangere Auskunft über ihr Urteil. Es zeigte sich, dass die Konsultationen, in denen die Pränataldiagnostik thematisiert wurde, nach der Schulung und mit dem Gesprächsleitfaden nur wenig länger dauerten als vorher. Das Gespräch war aber strukturierter, der Argumentationsstil verbessert: Die Ärzte gingen vermehrt auf die spezifische Lebenssituation der Schwangeren ein, brachten ihre

persönliche Meinung seltener zum Ausdruck, stellten Sachverhalte vermehrt graphisch dar und berieten junge und ältere Frauen in ähnlicher Weise. Sie bestellten die Schwangeren auch tendenziell früher zur ersten Konsultation, sodass diesen mehr Zeit für die Entscheidungsfindung zur Verfügung stand.

**Ethisches Dilemma wird ernst genommen**

Die Schwangeren selbst äusserten sich differenzierter zu ihrer Entscheidungssituation. Aber: Weder bei den Schwangeren noch bei den Ärzten erhöhte sich die Sicherheit, sich richtig entschieden zu haben. Die intensive Beschäftigung mit dem Thema machte die Ärzte zwar fachlich sicherer, emotional aber fühlten sie sich eher verunsichert. «In der Schulung wurde vielen Medizinern bewusster, wie komplex die Problematik pränataler Untersuchungen ist», so Hürlimann. «Das ethische Dilemma, in dem sich die werdenden Eltern befinden, erhält nun im Beratungsgespräch das ihm zustehende Gewicht.» Die zwei Tage dauernde Ärzteschulung befasst sich ausser der fachlichen Schulung auch mit Rechtsfragen, der Arzt-Patientinnen-Kommunikation und mit ethischen Fragen der Entscheidungsfin-

dung. Der 30-seitige Leitfaden erläutert sieben konkrete Beratungsschritte: vom Ausdruck der Freude über die Schwangerschaft bis zum Entscheid der Frau und ihres Partners für ein Austragen des Kindes oder für einen Schwangerschaftsabbruch.

Die gynécologie suisse hat sich zu einer landesweiten Streuung entschlossen. Bald sollen neben der deutschen auch eine französisch-, italienisch- und englischsprachige Fassung vorliegen. Über 100 Ärztinnen und Ärzte haben den Weiterbildungskurs bereits besucht. ■

hir

Quelle:

Medienmitteilung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung vom 14. 8. 2006.

Referenzen/Bezug:

1. Leitfaden für vorgeburtliche Untersuchungen. Gesprächs- und Informationskonzept für den Arzt und die Ärztin zur Begleitung der schwangeren Frau und ihres Partners. Hrsg.: Gynécologie suisse SGGG. (Tel. 031-352 07 20, [www.sggg.ch](http://www.sggg.ch))
2. Hürlimann DC, Baumann-Hölzle R.: Der Beratungsprozess in der pränatalen Diagnostik. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87 (22): 978-980.