

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Thöni A, Holzner J

**Gebären im Wasser: Bericht nach 385
Wassergeburten am Krankenhaus Sterzing**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 15-15*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2000; 18 (2)
(Ausgabe für Österreich), 15-18*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Gebären im Wasser: Bericht nach 385 Wassergeburten am Krankenhaus Sterzing

A. Thöni, J. Holzner

Die Geburtshilfe und die geburts-
hilflichen Abteilungen sind im
Umbruch und Aufbruch. Nach der
Umstrukturierung der in den 70er
Jahren erbauten Kreißsaalräume
und der seitdem möglichen „alternativen“
Gebärpositionen erfolgte die erste Wasser-
geburt an unserer Abteilung im Februar
1997. Bis zum 31.12.1999 konnten 385 Ge-
burten in der (Entspannungsbade-) Wanne
mit ansteigender Tendenz verzeichnet wer-
den.

So betrug der Anteil der Wassergeburten
im letzten Jahr 43 %. Der Zustand der
Babys war immer unauffällig; die kindli-
chen Herztöne werden unter der Geburt
mit einer induktiven Übertragungsmetho-
de intermittierend überwacht, wobei auch
eine kabellose Dauerüberwachung möglich
ist. Bei 56 % der Erstgebärenden (n = 171)
und bei 66 % aller Gebärenden blieb der
Damm unverletzt. Es sind nur 4 Episio-
tomien (1,03 %), 93 Dammrisse I. Grades
(24,1 %), 27 Dammrisse II. Grades (7,0 %),
1 Dammriß III. Grades (0,2 %) und 5 Labien-
risse (1,3 %) zu verzeichnen.

Ein deutlicher Unterschied konnte in be-
zug auf die durchschnittliche Geburtsdauer
zwischen den Erstgebärenden, die in der
Wanne (6,30 Stunden) oder auf dem tradi-
tionellen Gebärbett (8,00 Stunden) gebo-
ren haben, festgestellt werden.

Bei keiner Gebärenden im Wasser war ein
Schmerzmittel oder ein wehenanregendes
Mittel notwendig. 99 % aller Frauen, die im
Wasser geboren haben, sind von dieser
Geburtsmöglichkeit begeistert. Gerade die
Wassergeburt ist besonders gut geeignet für
eine selbstbestimmte aktive und „sanfte“ Ge-

burt. Für einen Bewußtseinswandel in der
Geburtshilfe müssen sich jedoch in der Zu-
kunft nicht nur die äußeren Veränderungen
(z. B. der Kreißsäle), sondern insbesondere
auch die Veränderungen in der Einstellung
der Geburtshelfer, der Hebammen und der
Pflegekräfte vollziehen.

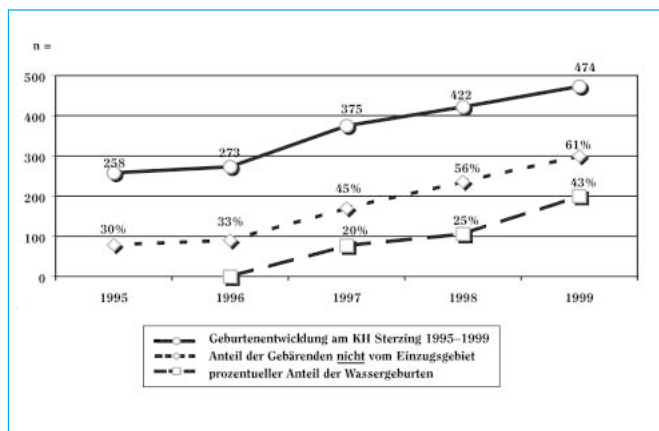
Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist heutzutage
nicht mehr ein Zufallsereignis, sondern das
große geplante Lebensereignis, und die infor-
mierte Frau unserer Zeit wird dabei vorzugs-
weise jene Geburtenabteilungen aufsuchen,
wo sie ihre Ansprüche am besten verwirkli-
chen kann und wo ihre Wünsche vom
geburtshilflichen Team so weit als möglich
berücksichtigt werden [1].

Vor 3 Jahren haben wir durch die Umstruk-
turierung der im Geiste der 70er Jahre erbau-
ten Kreißsaalräume und der Möglichkeit für
sogenannte „alternative“ Gebärpositionen
die Rahmenbedingungen für eine Geburtshil-
fe geschaffen, die den 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 letzt-
lich als Partnerin im Sinne eines kundenori-
entierten Dienstleistungsbetriebes und nicht
als Patientin zu verstehen [2–4]. Nicht zuletzt
ist es unser Bemühen, alles zu tun, um das
Geburtserebnis für die gebärenden Frauen
und deren Partner zu vertiefen und insbeson-
dere die innige Mutter-Vater-Kind-Bezie-
hung, eben das Kennenlernen und Vertraut-
werden zwischen der soeben neu entstan-
denen oder vergrößerten Familie, zu ermögli-
chen, indem wir zwei Räume eingerichtet ha-
ben, wo die junge Familie die Stunden bzw.
die sensible Prägephase nach der Geburt ge-
meinsam und möglichst ungestört verbrin-
gen kann [3–5].

Methode

In unserem Krankenhaus konnten in den
letzten drei Jahren durchschnittlich 423
Geburten verzeichnet werden, wobei nach
der Umgestaltung der Kreißsaalräume und
der Installierung der Gebärbadewanne die
Anzahl der Geburten insbesondere infolge
des Zustromes der Gebärenden von außer-
halb des Einzugsgebietes stark angestiegen
ist und 1999 ein erneuter Geburtenrekord
verzeichnet werden konnte (Abb. 1).

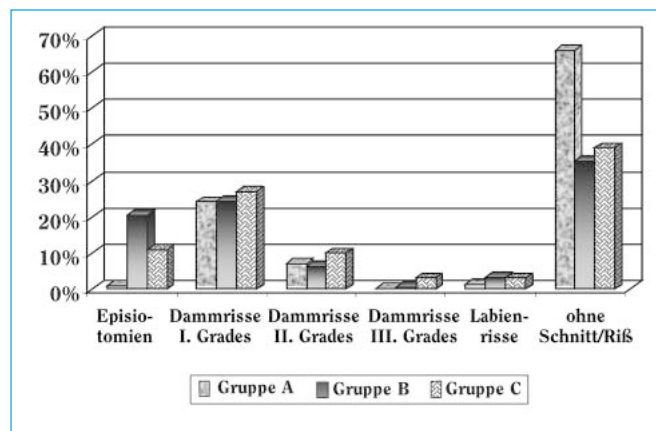


1: Geburten im KH Sterzing 1995 bis 1999

Die erste Geburt im Wasser erfolgte im Februar 1997. Bis zum 31.12.1999 konnten 385 Geburten in der (Entspannungsbade-) Wanne verzeichnet werden, wobei der Anteil der Wassergeburten stetig zugenommen hat und zuletzt 1999 auf 43 % angestiegen ist (204 von 474 Geburten) (Abb. 1).

Die Gebärenden entscheiden grundsätzlich selbst, ob sie ihr Kind in der Gebärbadewanne, auf dem traditionellen Kreißbett oder auf dem Hocker zur Welt bringen wollen. Sie wählen also jene Gebärpositionen bzw. den Gebärmodus frei aus, der ihnen in der jeweiligen Phase der Geburt am angenehmsten ist [6].

Für die Geburt im Wasser gelten auch an unserem Krankenhaus die bekannten Ausschlusskriterien [4, 7]. Die kindlichen Herz-töne werden zunächst außerhalb der Wanne kontrolliert und dann im Wasser intermittierend überwacht [8, 9]. Dabei ist auch eine kabellose Dauerüberwachung mit einer induktiven Übertragungstechnik möglich. Die Bewegungsfreiheit bleibt maximal gewährleistet.



Ergebnisse

Anhand der nachfolgenden Studie wurde die Qualität der verschiedenen an unserer Abteilung möglichen Gebärmethoden bei 385 Geburten im Wasser (Gruppe A), 250 Geburten im tradit. Gebärbett (Gruppe B) (unter Ausschluss der Gebärenden nach VE und BEL) und 100 Geburten auf dem Gebärhocker (Gruppe C) überprüft und ausgewählte objektive Parameter gegenübergestellt und analysiert (Tab. 1, Abb. 2). Aus der ersten vergleichenden Analyse kann eine eindeutige Verkürzung der Geburtsdauer im Wasser festgestellt werden (Tab. 1).

Beim direkten Vergleich von 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 (EP) betrifft und die Austreibungsphase (AP) praktisch gleich lange dauert (Tab. 2).

In bezug auf den relevanten kindlichen Parameter (art. Nabelschnur-pH-Wert) ist kein Unterschied zwischen den verschiede-

2: Grafischer Vergleich zwischen 385 Geburten im Wasser (Gruppe A), 250 auf dem tradit. Gebärbett (Kontrollgruppe B) und 100 auf dem Hocker (Kontrollgruppe C)

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Gebärmethoden in bezug auf die durchschnittl. Geburtsdauer, das Kindsgewicht, den arter. NS-Astrup und das Blutbild im Wochenbett

	Gruppe A (n = 385)	Gruppe B (n = 250)	Gruppe C (n = 100)
Durchschnittl. Geburtsdauer (h)			
Erstgebärende (n = 130)	6,30	8,00	7,40 (n = 70)
Zweit- u. Mehrgebärende	4,10	4,30	4,25
Durchschnittsgewicht	3.300 g	3.260 g	3.230 g
Durchschnittswert Astrup (pH)			
Erstgebärende	7,29	7,27	7,25
Zweit- u. Mehrgebärende	7,30	7,29	7,27
Durchschnittswert Hb	11,2 g/dl	11,1 g/dl	11,09 g/dl

nen Gruppen festzustellen. Der Zustand der 385 „Wasserbabies“ war immer unauffällig, und auch von kinderärztlicher Seite kann bestätigt werden, daß die Geburt im Wasser aufgrund des beim reifen Kind maximal ausgebildeten Schutzmechanismus keine Gefahr oder Risiko für eine ungestörte Adaptation des Neugeborenen darstellt, insbesondere Infektionen sind nicht aufgetreten und auch nicht zu befürchten [6, 7].

Ein weiterer wichtiger Punkt, auf den im folgenden genauer eingegangen wird, betrifft die Dammschnitt- und Dammrißrate (Tab. 3 und Abb. 2).

Die Ergebnisse nach 385 Wassergeburten sprechen für sich. Die vier Dammschnitte (1,03%) wurden zu Beginn der Erfahrungen rund um die Wassergeburt vorgenommen. Bei 56 % der Erstgebärenden im Wasser (98 von 171) ist weder ein Dammschnitt noch ein Dammriß zu verzeichnen, gegenüber 35 und 39% bei den zwei anderen Gruppen. Das signifikante Einsparen an Dammschnitten bei den Wassergeburten geht nicht zu Lasten von vermehrten Dammrissen (Tab. 3 und Abb. 2).

Diskussion

Im Kollektiv der 385 Frauen, die im beobachteten Zeitraum im Wasser geboren

haben, ist bei den Mehrgebärenden eine geringe, bei den Erstgebärenden jedoch im Durchschnitt eine um 90 Minuten verkürzte Eröffnungsphase gegenüber dem Vergleichskollektiv festzustellen. Neben dem geburtsbeschleunigenden Effekt der aufrechten, die volle Bewegungsfreiheit gewährende Gebärhaltung [10, 11] verstärkt das Wasser, offensichtlich durch die zusätzliche entspannende und elastizitätssteigernde Wirkung auf den Beckenboden, diesen Effekt. An dieser Stelle muß jedoch erwähnt werden, daß bei der vertikalen Gebärhaltung eine direkte Unterteilung in Eröffnungs- und Austreibungsphase schwierig ist [11].

Bei den Frauen, die im Wasser geboren haben, ist eine signifikante Einsparung an Dammschnitten im Vergleich zu den zwei anderen Gruppen festzustellen. Hierzu ist festzustellen, daß an unserer Abteilung die Indikation zur Episiotomie restriktiv gestellt wird, denn die bis vor wenigen Jahren genannten Vorteile der Dammschnitte sind inzwischen in zahlreichen Untersuchungen nicht mehr bewiesen [12–15]. Um nun eine vermehrte Dammrißrate zu vermeiden, ist selbstverständlich die Kunst des geburtshilflichen Teams, insbesondere der Hebamme gefragt, die Gebärende in der Austreibungsphase möglichst nicht aktiv „nach alter Schule“ zum Pressen anzulei-

Tabelle 2: Erstgebärende: Vergleich der Geburtsdauer, des NApH-Wertes und der Dammschnitt- und Dammrißrate

Anzahl	Wasser n = 130	Land n = 130	p		Hocker n = 70
EP (min)	360 (240–440)	450 (300–540)	z = 3,726	p < 0,0001	420
AP (min)	30 (20–30)	35 (20–45)	z = 0,109	n.s.	38
NApH	7,29 (7,23–7,33)	7,27 (7,21–7,32)	z = 0,147	n.s.	7,25
NApH < 7,2	18 %	21 %			
NApH < 7,1	1 %	0 %			
Epi	2,4 %	30 %	$\chi^2 = 35,629$	p < 0,0001	12,7 %
DR I	31 %	21 %	$\chi^2 = 2,948$	n.s.	25,4 %
DR II	10 %	9 %	$\chi^2 = 0,184$	n.s.	14 %
DR III	0 %	0 %		n.s.	2,8 %

Zahlen sind Median (1. Quartile, 3. Quartile)

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Dammschnitt- und Dammrißrate

Anzahl n = 385 (%)	Gruppe A n = 250 (%)	Gruppe B n = 100 (%)	Gruppe C
Erstgebärende	171 (44,5)	127 (50,8)	59 (59)
Zweit- u. Mehrgebärende	214 (55,5)	123 (49,2)	41 (41)
Dammschnitte	4 (1,03)	51 (20,4)	11 (11)
Dammrisse I. Grades	93 (24,1)	61 (24,4)	27 (27)
Dammrisse II. Grades	27 (7,0)	16 (6,4)	10 (10)
Dammrisse III. Grades	1 (0,2)	1 (0,5)	3 (3)
Labienrisse	5 (1,3)	8 (3,2)	3 (3)
OHNE Schnitt, OHNE Riß	255 (66)	114 (45,6)	46 (46)
Erstgeb. OHNE Schnitt u/o Riß	98 (56)	45 (35,4)	23 (39)

ten. Die traditionelle Art des Pressens mit Luftanhalten und forciertem Druck nach unten ist bei der vertikalen Gebärhaltung unnötig und ungünstig [11].

Im Kollektiv der 385 Wassergeburten waren weder Schmerzmittel noch der Einsatz von Wehenmitteln erforderlich, wobei zu bemerken ist, daß prinzipiell keine Venflons in der Wanne gelegt werden.

Schlußfolgerungen und Ausblick

Die Wassergeburt wird ihre Außenseiterrolle verlieren und in den nächsten Jahren einen festen Platz in unserem Geburtensystem einnehmen [6, 7, 16–18]. Gerade die Wassergeburt geht über die Ziele einer sanften Geburt noch hinaus, sie ist eine frauenorientierte, auf minimale Interventionen basierende, frauenfreundliche Geburtshilfe und führt deshalb auch zu einer hohen mütterlichen Zufriedenheit [3, 6].

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 begleitet als Spezialistin für die physiologische Geburt die Gebärende im Wasser, während der Geburtshelfer sich mehr im Hintergrund halten kann.

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, wobei für uns die Wassergeburt nur Teil eines ganzheitlichen Konzeptes darstellt.

LITERATUR

1. Riegl G. Ideale zukunftsichere Geburtsklinik. Professionelles Marketing für Frauenärzte. Frauenarzt 1999; 40: 234–40.
2. Husslein P. Perspektiven in der Geburtshilfe. Geburtsh Frauenheilk 1998; 58: M50–M54.
3. Thöni A. Die Wassergeburt. Deutsche Hebammenzeitschrift 1999; 3–6.
4. Thöni A. Die Wassergeburt. Seminar des Frauenarztes. Frauenarzt 1999; 40: 229–32.
5. Lothrop H. Das Stillbuch. Kösel Verlag München, 1997.
6. Geissbühler V, Eberhard J. Alternative Gebärmethoden im Krankenhaus. Gustav Fischer Verlag, 1996.
7. Eldering G, Selke K. Wassergeburt – eine mögliche Entbindungsform? Geburtsh Frauenheilk 1996; 56: 670–6.
8. Ingemarsson I. Intrapartum surveillance. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101: 663–8.
9. Enkin MW. Intrapartum care of fetus and mother in developed countries. Frauenarzt 1998; 39: 594–7.
10. Russel JGB. The rational of primitive delivery positions. Br J Obstet Gynaecol 1982; 89: 712–5.
11. Kuntner L. Neue Erkenntnisse und Ansichten über die Gebärhaltung. Hans Marseille Verlag GmbH München, 1991.
12. Hirsch H. Episiotomie und Dammriß. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1989; 1, 3, 5.
13. Schneeberger J. Geburtsverletzungen mit und ohne Episiotomie. Eine prospektive Studie. Gynäkol Praxis 1998; 22: 25–36.
14. Schneider KTM. Die Episiotomie: Inzidenz, Indikationen und klinischer Stellenwert. Frauenarzt 1996; 37: 1560–2.
15. Bernard B, Kranzfelder D, Keil D. Episiotomie versus Damm-Scheidenriß: eine prospektive Studie. Arch Gynaecol Obstetr 1993; 254: 1533–5.
16. Muscat J. 1000 Waterbirths: Selection Criteria and Outcomes. Conference on Water Birth, London 1995.
17. Johnson J, Odent M. We are all water babies. Dragon's World Ltd. 1994.
18. Rosenthal M. Water birth, an american experience. Waterbaby Information Book, 1988.



A. Thöni

Geboren in Mals/Vinschgau, Südtirol. Besuch der Schule im Benediktinerkloster Marienberg und am humanistischen Gymnasium-Lyzeum von Meran. Medizinstudium in Innsbruck. Assistenzarzt 1976 und 1977 am Krankenhaus von Brixen. 1978 bis 1982 Ausbildung zum Facharzt an der Universitätsfrauenklinik von Innsbruck (Vorstand: Univ. Prof. Dr. O. Dapunt). 1983 bis 1989 Oberarzt am Krankenhaus Brixen. Ab 1990 Primar an der gyn.-geburtsh. Abteilung des Krankenhauses von Sterzing.

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Albin Thöni
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Sterzing/Südtirol
I-39049 Sterzing, St. Margarethenstraße 24

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung