

„Ich hol‘ noch schnell die Plazenta.“ – Interventionen in der Plazentarphase

Katja Steinert, Hebamme, Bad Nauheim

Eine interdisziplinäre Leitlinie zum Vorgehen während der physiologischen Plazentarphase gibt es in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien (noch) nicht. Hildebrandt bemerkt kritisch, dass in diese Phase der Geburt vehement und routinemäßig eingegriffen wird [1]. Die Fahrt einer Frau in den OP nach physiologischer Spontangeburt ohne Blutung, weil die Zeit der Plazentarphase abgelaufen ist, frustriert viele Kolleginnen. Doch wie sieht die Praxis in den Kliniken und in der außerklinischen Geburtshilfe tatsächlich aus?

Empfehlungen zur Plazentarphase

Die Gültigkeit der S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) von 2008 zur „Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen“ ist aktuell abgelaufen und wird zurzeit überprüft. In dieser – **nicht mehr gültigen** – Leitlinie wurde empfohlen, die manuelle Plazentalösung in die Wege zu leiten, wenn sich diese nach einer vaginalen Geburt nicht innerhalb von 30 Minuten nach Geburt des Kindes löst und/oder wenn ein Blutverlust >500 ml vorliegt [2]. Empfehlungen zum Vorgehen während der physiologischen Plazentarperiode bei Frauen ohne Risiken wurden in dieser nicht mehr gültigen Fassung nicht ausgesprochen.

Auch die Leitlinie des britischen *National Institute for Health and Clinical Excellence Institute* (NICE) „*Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*“ von 2007 wird aktuell überarbeitet und voraussichtlich im Oktober 2014 veröffentlicht.

NICE ist ein staatliches Institut, mit der Aufgabe, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für Fachkräfte, aber auch für Patienten zu publizieren. An der Ent-

stehung werden alle betroffenen Berufsgruppen beteiligt. Die Entwicklung wird transparent dargelegt und durchläuft etliche Stationen. Vor der Veröffentlichung wird eine Leitlinie durch externe nationale, mit dem Thema vertraute Institutionen geprüft. Die publizierten Leitlinien werden regelmäßig revidiert.

Im vorläufigen Entwurf vom Mai 2014, der noch nicht verabschiedet ist, werden ein modifiziertes aktives und ein physiologisches Management der Plazentarphase unterschieden.

Im vorläufigen Entwurf der Leitlinie wird das **Informieren der Frauen vor der Geburt** über die beiden Vorgehensweisen und deren jeweiligen Vor- und Nachteile betont. Nur so können sie eine eigene informierte Entscheidung treffen.

In diesem Leitlinienentwurf wird Frauen das modifizierte aktive Vorgehen empfohlen, jedoch sollten Frauen ohne Blutungsrisiko, die sich ein physiologisches Management wünschen, in dieser Entscheidung unterstützt werden [3].

Nach der Routinegabe von Oxytocin – beim modifizierten aktiven Management – wird im vorläufigen Entwurf empfohlen, **nicht vor Ablauf der ersten Minute**

Management der Plazentarperiode Entwurf von NICE [3]

Das modifizierte aktive Management beinhaltet:

- Routineanwendung von Uterotonika (10 IU Oxytocin i.m.)
- Zeitversetztes Trennen der Nabelschnur
- Kontrollierter Nabelschnurzug bei Vorliegen von Lösungszeichen

Das physiologische Management beinhaltet:

- Keine Routineanwendung von Uterotonika
- Kein Abklemmen der Nabelschnur vor Ende der Pulsation
- Plazentageburt durch Mitschieben der Frau

nach Geburt und noch vor Ablauf der ersten 5 Min. nach Geburt abzunabeln. Falls eine Frau wünscht, dass die Nabelschnur später als 5 Min. nach Geburt getrennt wird, sollte auch hier ihre Entscheidung unterstützt werden.

Nach diesem Leitlinienentwurf ist eine verzögerte Plazentarperiode 30 Min.

nach modifiziertem Management und 60 Min. nach physiologischem Management zu diagnostizieren.

Schönberger spricht sich dahingegen für eine zeitlich unbegrenzte Plazentarperiode aus [4]. Chalubinski et al. verweisen im Lehrbuch *Die Geburtshilfe* darauf, dass die routinemäßige Gabe von Uterotonika eine unnötige Medikalisierung der Geburt ist und Risikopatientinnen vorbehalten bleiben sollte. Bei gewissenhafter Beobachtung der physiologischen Nachgeburtsperiode kann eine postpar-

tale Blutung rasch erkannt und therapiert werden [4].

Im Lehrbuch *Hebammenkunde* unterscheidet Steininger drei Vorgehensweisen: eine psycho-physiologische Plazentarperiode sowie eine abwartende und eine aktive Gewinnung der Plazenta [5].

Da in Deutschland (interdisziplinäre) Leitlinien zum Management und zu Routinemaßnahmen in der Betreuung von Frauen bei einer physiologischen Nachgeburtsperiode fehlen und in der Literatur sehr unterschiedliche Vorgehensweisen dargestellt sind, stellt sich die Frage, welche Routinen in der geburtshilflichen Praxis tatsächlich angewendet werden.

Ergebnisse

Teilnehmer

138 Personen nahmen an der Umfrage teil. Da der Umfragelink ungesteuert weitergeleitet wurde, nahmen 12 Personen an der Befragung teil, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht bzw. nicht umfassend geburtshilflich tätig waren. Sie waren noch in Ausbildung bzw. arbeiteten als Lehrerinnen für Hebammenkunde, als Wissenschaftlerinnen oder als Heilpraktikerinnen. Die Antworten dieser 12 Personen wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, da es Ziel war herauszufinden, welche Vorgehensweisen gegenwärtig in der Geburtshilfe tatsächlich praktiziert werden. Ausgewertet wurden **126 Fragebögen**. Hiervon waren 108 Bögen von Personen, die im Krankenhaus geburtshilflich arbeiten und 18 Bögen von Personen, die außerklinisch Geburtshilfe leisten.

Zeitpunkt des Abnabelns

Es wurde gefragt, zu welchem Zeitpunkt üblicherweise in der Einrichtung abnabelt wird. **Abb. 1** zeigt deutlich, dass der übliche Zeitpunkt des Abnabelns in der Klinik unter 5 Min. liegt. 75,9% (n=82) der befragten Hebammen und Ärztinnen und Ärzte, die in der Klinik arbeiten, nabeln in dieser Zeit ab. In keiner Klinik, in der die Teilnehmer arbeiten, wird länger als 20 Min. gewartet, bis die Nabelschnur durchtrennt wird. In der außerklinischen Geburtshilfe nabeln 50,0% der Befragten (n=9) im Zeitraum von 10–20 Min. ab, 38,9% nach mehr als 20 Min. (n=7).

Routinemaßnahmen

Auf die Frage, welche Maßnahmen routinemäßig in der Plazentarphase eingesetzt werden, waren Mehrfachnennungen möglich (**Abb. 2**). Eine deutliche Diskrepanz zwischen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe zeigt sich beim **Einsatz von Oxytocin**. 55,6% der

Vorgehen während der Plazentarperiode in Hebammenkunde 2013 [5]

Psycho-physiologische Plazentarperiode:

- informierte Wahl der Frau, partnerschaftliche Beziehung zwischen Gebärenden und Hebamme
- Schutz der Intimsphäre, um Physiologie und hormonelle Regelkreisläufe zu unterstützen
- Ungestörter Kontakt der Mutter zu Kind und Partner
- Abschirmung der Familie vor Schmerz, Stress, Kälte, Lärm
- 1:1 Betreuung

Abwartende Gewinnung der Plazenta:

- Abwarten der Lösungszeichen
- Spontane Plazentageburt durch mütterliches Schieben oder Schwerkraft
- Keine Uterotonika
- Trennung der Nabelschnur frühestens mit Ende des NS-Pulses, spätestens nach Plazentageburt

Aktive Gewinnung der Plazenta:

- 10 IE Oxytocin i. m.
- Trennen der NS nach Ende des NS-Pulses oder frühestens nach 2–3 Min. nach Geburt
- Cord Traction und ggf. Uteruskontraktion anreiben

Datenerhebung und -auswertung

Auf www.umfrageonline.com erstellte ich im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013 eine Umfrage zur Plazentageburt. Den Link zur Umfrage schickte ich an Kolleginnen mit der Bitte, diesen an andere Hebammen und Ärztinnen und Ärzte weiterzuleiten, die in Deutschland in der Geburtshilfe tätig sind. Die Verbreitung des Links zur Umfrage erfolgte zufällig im Schneeballsystem per E-Mail und über soziale Netzwerke wie *facebook* und *WhatsApp*. Es handelt sich somit um einen zufallsbasierten Querschnitt, der nicht repräsentativ für alle Hebammen und Ärztinnen und Ärzte gilt. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte online und anonym auf der Onlineplattform.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 16 Fragen, hiervon waren 14 geschlossen und teilweise mit zusätzlicher Freitextmöglichkeit und 2 offene Fragen. 5 Fragen bezogen sich auf die Person bzw. auf die Einrichtung. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse, z.T. differenziert nach klinischer und außerklinischer Geburtshilfe, deskriptiv vorgestellt. Unberücksichtigt bleibt in der Darstellung das Vorkommen von Risiken und Pathologien.

befragten Hebammen und Ärztinnen und Ärzte, die im klinischen Setting arbeiten (n=60) verabreichen nach jeder Geburt 3 IE Oxytocin i.m. oder i.v.. Außerklinisch wird Oxytocin routinemäßig nicht eingesetzt.

9 der 18 Personen (50%) der außerklinischen Geburtshilfe, haben angegeben, dass sie „**keinerlei Maßnahmen**“ routinemäßig in der Plazentaphase anwenden. 2 dieser 9 Hebammen haben das „**Anlegen des Kindes**“ zwar als weitere

Maßnahme angegeben, verstehen Stillen jedoch vermutlich nicht als Routine- maßnahme im eigentlichen Sinne. 36 von 108 Personen (33,3%), die im Krankenhaus arbeiten, gaben an, keine Maßnahmen als Routine durchzuführen. Hier wird die Antwort von 6 dieser 36 Personen mit weiteren Maßnahmen kombiniert: mit Kind anlegen, Oxytocin-Gabe, Uterus anreiben und Homöopathie. Dies zeigt deutlich, dass die Begriffe Routine- intervention und „Hands Off“ definiert werden müssen, um eindeutige Antworten zu erhalten.

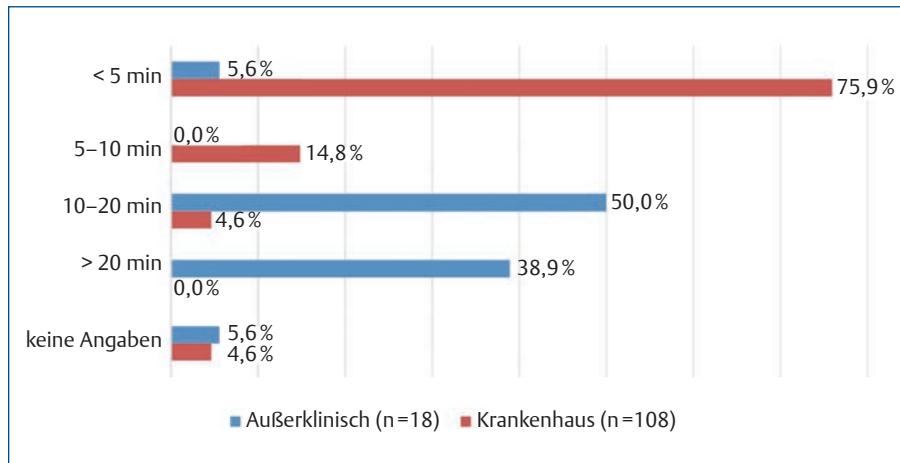


Abb. 1 Zeitpunkt des Abnabelns.

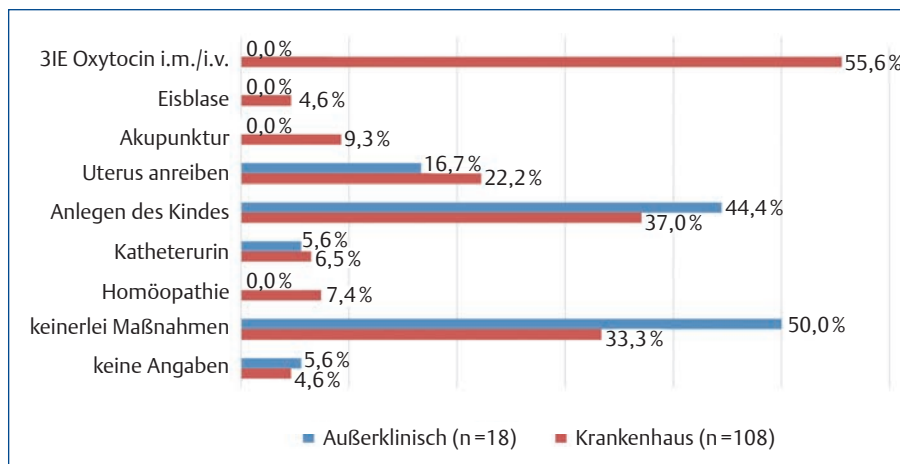


Abb. 2 Routineinterventionen in der Plazentaphase.

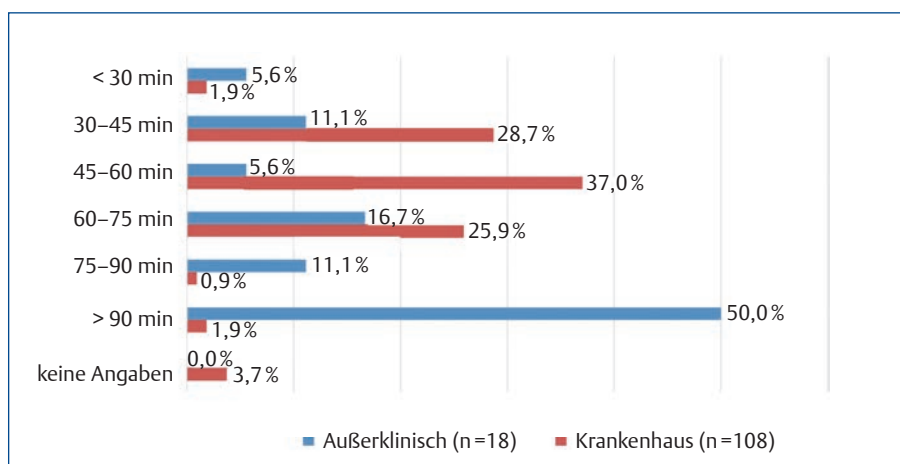


Abb. 3 Zeitspanne bis zur manuellen Lösung.

Zeitspanne bis zur manuellen Lösung

Die Ergebnisse auf die Frage, wie lange auf die Geburt der Plazenta gewartet wird, bevor eine manuelle Lösung in die Wege geleitet wird, decken **große Unterschiede** zwischen klinischer und außer- klinischer Geburtshilfe auf. Die große Mehrheit der klinisch tätigen Befragten (93,5%, n=101) gaben an, noch nicht ge- borene Plazenten **innerhalb von 75 Min.** manuell zu lösen, bzw. die Lösung einzu- leiten. Dagegen warten 61,1% der außer- klinisch tätigen Studienteilnehmerinnen länger als 75 Min. (n=11) auf die Plazen- tageburt, bevor sie aktiv werden (Abb. 3).

Unberücksichtigt bleibt an der Stelle al- lerdings, dass neben der Zeitspanne nach Geburt des Kindes selbstverständlich der Gesundheitszustand der Frau und das Ausmaß der Blutung für die Entsch- eidung relevant sind.

Zuständigkeit in der Klinik

Die Frage danach, wer üblicherweise für die Plazentageburt zuständig ist, wurde in der Gruppe der klinisch tätigen Teil- nehmer von 104 Personen beantwortet (n=108). 84 Teilnehmerinnen gaben an, dass die Hebamme üblicherweise zu- ständig ist, in 20 Fällen teilen sich Ärzte und Hebammen die Zuständigkeit und in keinem Fall hat eine Ärztin, ein Arzt die alleinige Verantwortung. Dies macht die

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Bedeutung der Plazentaphase für die Hebammenausbildung und -forschung sehr deutlich.

Schriftlicher Standard

Die Frage, ob in der Klinik, in der sie arbeiten, ein schriftlicher Standard zur Leitung der Plazentaphase vorliegt, wurde von 74 befragten TeilnehmerInnen verneint, 8 machten keine Angaben und in lediglich 26 Fällen lagen solche Standards vor (n=108).

Fazit

In Deutschland gibt es keine Leitlinie zur Betreuung von Frauen während der physiologischen Plazentageburt und vermutlich fehlen in der Mehrheit der Kliniken schriftliche Standards zum Vorgehen. Hier besteht meines Erachtens **dringender Handlungsbedarf**, insbesondere damit die wissenschaftliche *Evidence* zu dieser Geburtsphase mehr Gewicht erhält.

Der Vergleich zwischen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe zeigt **deutliche Unterschiede**: In der Klinik wird deutlich früher abgenabelt (unter 5 Minuten pp), wird mehrheitlich Oxytocin routinemäßig angewendet, werden seltener keinerlei Routinemaßnahmen angewendet. Der Begriff **Routineintervention** bzw. keinerlei Maßnahmen (*hands-off*) sollte – auch in Leitlinien und klinikinternen Standards – **definiert** werden, da in einigen Fällen Routinemaßnahmen mit dem Item „keinerlei Maßnahmen“ kombiniert wurden.

Das gemeinsame Ziel in allen Handlungsempfehlungen und aller geburtshilflich Tätigen ist es, Frauen vor großen Blutverlusten zu schützen. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass in der außerklinischen Geburtshilfe, also dort wo Hebammen eigenständig arbeiten, wesentlich seltener interveniert wird. Ich möchte die Kolleginnen in den Kliniken auffordern, sich einzumischen und das aktuelle evi-

denzbasierte Wissen einzubringen und anzuwenden. Frauen sollten unterstützt werden, sich informiert für oder gegen geburtshilfliche Interventionen zu entscheiden.

Literatur

- 1 Hildebrandt S (2008): „Interventionsarme Geburtshilfe“ In: Deutsche Hebammenzeitschrift 2008, Heft 12
- 2 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2008): Leitlinie der DGG: Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen. Download 14.07.2014. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0631_S1_Peripartale_Blutungen_abgelaufen.pdf
- 3 NICE (2014): Draft for consultation: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE guideline. May 2014. Download 14.07.2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwaver109/resources/intrapartum-care-update-nice-guideline2>
- 4 Chalubinski KM, Husslein P, Ahner R, Kuntner L, Bodner-Adler B (2011): „Normale Geburt“ In: Schneider H, Husslein P, Schneider K (Hrsg.): Die Geburtshilfe. Springer-Verlag Berlin, 683–701
- 5 Harder U, Steininger I, Kirchner S (2013): „Die Nachgeburtsperiode“ In: Stiefel A, Geist C, Harder U (Hrsg.). Hebammenkunde. Hippokrates Verlag Stuttgart, 336–348
- 6 Schönberger P (2010): Nachgeburtsphase. In: DHV (Hrsg.). Geburtsarbeit. Hippokrates Verlag Stuttgart, 266–290



Katja Steinert
Hebamme
Nieder-Mörler Str. 61
61231 Bad Nauheim
E-Mail: email@katjasteinert.de