

Zeitdruck in der Austrittsphase

Wie haben sich Zeitangaben verändert, wodurch entsteht Zeitdruck in der Austrittsphase? Ist es sinnvoll diese Phase zeitlich zu begrenzen? Und wie beeinflusst Zeitdruck das Geburtsmanagement der Hebamme?

Angela Barth zeigt Empfehlungen anhand aktueller Leitlinien auf.

Ein gangswort ist es sinnvoll, den Begriff Austrittsphase kurz zu erläutern. Je nach Lehrbuch wird die Austrittsphase unterschiedlich betitelt. Da die bislang übliche Bezeichnung Austreibungsphase eher als brutal empfunden und mit Gewalt, Verletzungen und ähnlich negativ behafteten Wörtern assoziiert wird, werden stattdessen die Begriffe Austrittsphase, Durchtrittsphase oder Geburtsphase verwendet (Harder & Lippens, 2013, Mändle, 2015).

Um die Zeitangaben für die Austrittsphase zu vergleichen, ist eine genaue Definition dieses Abschnittes unbedingt nötig, da je nach Autor/Autorin die Angabe der Dauer für die Austrittsphase entweder ab der passiven oder erst ab der aktiven Austrittsphase gemessen wird.

Die passive Austrittsphase beginnt bei verstrichenem Muttermund und endet mit dem Einsetzen der Presswehen.

Der Beginn der aktiven Phase ist gekennzeichnet durch den reflektorischen Pressdrang der Mutter (Chalubinsky & Husslein, 2011), Presswehen bei verstrichenem Muttermund bzw. wenn das Baby sichtbar ist. Sie dauert bis zur Geburt des Kindes (NICE, 2014).

Jedoch ist bei der Definition auch zu thematisieren, dass eine genaue zeitliche Bestimmung des verstrichenen



Muttermundes kaum möglich ist und nur durch sehr häufige vaginale Untersuchungen ungefähr bestimmt werden kann. Auch der Anfang der aktiven Phase ist schwierig exakt festzulegen, da manche Frauen bereits vor verstrichenem Muttermund einen Pressdrang verspüren, oder eben trotz verstrichenem Muttermund noch nicht das Bedürfnis haben mitzuschieben (European Workgroup of Independent Midwives (EWIM), 2000). Harder & Lippens (2013) unterscheiden die aktive Durchtrittsphase bei Erst- und Mehrgebärenden. Bei Erstgebärenden beginnt diese, wenn der kindliche Kopf auch ohne Wehe in der Scheide stehen bleibt, bei Mehrgebärenden, wenn der Kopf bereits auf Beckenboden ist. Es ist daher auf den Unterschied zwischen passiver und aktiver Austrittsphase beim Vergleichen der Zeitangaben zu achten.

Entwicklung der Zeitangaben für die Austrittsphase

Die Zeitangaben für die Austrittsphase beruhen auf Studien, die vor bis zu 150 Jahren veröffentlicht wurden. Ein Großteil der Studien und Bücher, die bei der Recherche gefunden wurden, verwenden die Quellenangabe von Friedman und seine Grafik des Geburtsverlaufs (1955). In seine Studie waren 500 Erstgebärende einbezogen. Als maximale Dauer für die Austrittsphase bei Nullipara wurde zweieinhalb Stunden angegeben. Seine graphische Darstellung

ist modifiziert auch heute in geburts-hilflichen Lehrbüchern zu finden. Die Zeitangabe von rund zwei Stunden für die passive Austrittsphase bei Erstgebärenden und einer Stunde bei Mehrgebärenden ist in vielen Köpfen von GynäkologInnen sowie Hebammen immer noch verankert und führt in der täglichen Arbeit immer wieder zu einem gewissen Zeitdruck.

Die WHO (2014) sieht die Verfassung der Mütter und ihrer ungeborenen Kinder, deren Wünsche und Autonomie als wesentliche Faktoren für das Geburtsmanagement. Erst nach medizinischer Indikation sollen geburtsbeschleunigende Maßnahmen eingeleitet werden. Auch Hildebrandt (2011) findet klare Worte zum Faktor Zeit: „Solange es keinen Anhaltspunkt für einen destruktiven Geburtsstillstand gibt, ist auch in der Austreibungsperiode eine Ruhepause erlaubt! Wir halten es für falsch, dass in vielen Geburtseinrichtungen die Austreibungsperiode zeitlich begrenzt wird.“ Ebenso schreiben Enkin et al. (2006), solange es Mutter und Kind gut geht und ein Geburtsfortschritt ersichtlich ist, soll die Austrittsphase nicht zeitlich eingeschränkt werden.

Immer mehr Empfehlungen gehen in Richtung einer Öffnung dieser Zeitgrenzen (ACOG, 2014, Enkin, 2006, Hildebrandt, 2011, Leveno et al 2016, WHO, 2014).

Aktuelle Leitlinien

Nachfolgend werden aktuelle Zeitangaben für die Austrittsphase einander gegenübergestellt. Besonderes Augenmerk ist, wie erwähnt, auf die Unterscheidung von aktiver Austrittsphase zu legen, das heißt erst ab Einsetzen des Pressdrangs und gesamter Austrittsphase, also ab verstrichenem Muttermund (Tab.1).

Die kürzeste gesamte Austrittsphase für Erstgebärende gibt Harder (2013) mit zwei bis drei Stunden an. Eine längere Dauer bei Leitungsanästhesie wird nicht genannt. Auch Schneider et al. (2011) und Mändle et al. (2015) nennen die in vielen Krankenhäusern übliche Zeitangabe von zwei Stunden für die gesamte Geburtsphase, wobei sie eine Verlängerung der Austrittsphase mit Periduralanästhesie bis zu drei Stunden vermerken. Mit drei Stunden bzw. vier Stunden bei Leitungsanästhesie ist die physiologische Dauer der aktiven Austrittsphase bei Erstgebärenden beim ACOG (2014) und bei Leveno et al. (2016) deutlich länger.

Die WHO empfiehlt nun 2014, im Gegensatz zu 1996 (siehe Tabelle), keine zeitliche Vorgabe für die Dauer der Austrittsphase bei kindlichem und mütterlichem Wohlbefinden. Warum könnte es von Vorteil sein, die zeitlichen Vorgaben zu lockern oder zu streichen?

Quelle	Erstgebärende	Mehrgebärende
ACOG (2014: 185) Leveno et al. (2016: 485)	Aktive AP 3 Stunden, mit Leitungsanästhesie 4 Stunden	Aktive AP 2 Stunden, mit Leitungsanästhesie 3 Stunden
NICE (2014: 61)	Aktive AP 3 Stunden	Aktive AP 2 Stunden
Harder (2013: 292)	Gesamte AP 2 bis 3 Stunden	Gesamte AP 0,5 bis 1 Stunde
Schneider et al. (2011: 690) Mändle et al. (2015: 595)	Gesamte AP 2 Stunden, mit Leitungsanästhesie 3 Stunden	Gesamte AP 1 Stunde, mit Leitungsanästhesie 2 Stunden
FIGO (2012: 112) EWIM (2000: 61) WHO (1996: 26)	Aktive AP 2 Stunden	Aktive AP 1 Stunde

Tab.1: Übersicht der aktuellen Zeitangaben für die Austrittsphase (AP)



Einfluss von Zeitdruck

Interviews mit drei Hebammen mit langer Berufserfahrung in verschiedenen geburtshilflichen Settings zeigen einen sehr unterschiedlichen Umgang mit dem Faktor Zeit und dem Einfluss auf ihr geburtshilfliches Management der Austrittsphase. Während Hebammen in der Hausgeburtsilfe mit wenig geburtsbeschleunigenden Interventionen auskommen, gehören diese in der Klinik zur Routine.

Im Krankenhaus wird laut Aussagen der Klinikhebamme eine Oxytocininfusion bei zirka der Hälfte aller Geburten angewandt. Jene Hebamme, die in beiden Settings Erfahrung hat, gibt in der Klinik häufiger Druck durch die diensthabenden GynäkologInnen an, wobei dies sehr von hausinternen Leit- und Richtlinien abhängig ist. Im Gegensatz dazu kommt die Hausgeburtsilfe großteils mit Positionswechseln als geburtsbeschleunigende Maßnahme aus.

In der Literatur fand sich, dass bei einer zeitlichen Begrenzung der Austrittsphase Interventionen wie forciertes Pressen und vaginal-operative Geburtsbeendigungen deutlich zunehmen (Lützelschwab-Weber, 2010). Bei der Recherche zeigte sich u.a., dass durch den Zeitdruck in der Austrittsperiode die Eröffnung des Muttermundes unkorrekt dokumentiert wird, um der Frau mehr Zeit zu verschaffen. Also

wird eine geringere Muttermundweite als tatsächlich eingeschrieben, beziehungsweise der Zeitpunkt des verstrichenen Muttermundes erst zu einem späteren Zeitpunkt dokumentiert, als dies der Wahrheit entspricht. Laut Angabe der Klinikhebammen wird dies bei etwa der Hälfte der Frauen so gehandhabt, wobei es stark von Hebamme zu Hebamme und von Haus zu Haus variiert.

Hausgeburtshilfliche Hebammen verfälschen die Eröffnung des Muttermundes in der Dokumentation laut eigenen Angaben nicht.

Da bei der Dokumentation der Muttermundweite zum Teil Werte angegeben werden, die nicht der Realität entsprechen, entsteht bei der Datenauswertung kein korrektes Bild über die tatsächliche Dauer der Austrittsphase. Retrospektive Datenanalysen sind daher kritisch zu hinterfragen.

Weiters bewirkt der Zeitdruck im klinischen Setting, dass neben dem häufigen Einsatz von Oxytocininfusionen, auch mehr Episiotomien und Amniotomien zur Beschleunigung Anwendung finden. Ebenso wird die Frau verstärkt zum Valsalva-Pressen angeleitet. Der Kristellerhandgriff kommt öfter zum Einsatz, und wie in der Literatur beschrieben nehmen vaginal-operative Geburten zu. Zeitdruck kann auch zu einer höheren Rate an Kaiserschnitten

führen, da beschleunigende Interventionen aufgrund der Diagnose Geburtsstillstand den kindlichen oder mütterlichen Allgemeinzustand beeinflussen können.

Alle diese Maßnahmen haben bei der Gefährdung von Mutter und/oder Kind ihre Berechtigung und können über Leben und Tod entscheiden. In diesem Artikel geht es darum, dass diese Interventionen ohne medizinische Indikation, nur auf Grund einer Zeitvorgabe getätigt werden.

Die Ergebnisse lassen die Frage offen, ob bei physiologischen kindlichen Herztönen, gutem Allgemeinzustand der Mutter und unter Berücksichtigung weiterer Faktoren eine längere Austrittsphase physiologisch sein kann und kein schlechteres Outcome für Mutter und Kind bedeutet. Auch stellt sich die Frage, ob womöglich die gekonnte Nichtintervention auch bei prolongierter Austrittsphase zu einem guten maternalen und fetalen Outcome beitragen kann.

Mütterliches und kindliches Outcome bei prolongierter Austrittsphase

Es gibt keinen wissenschaftlich bewiesenen Zusammenhang zwischen einer prolongierten Austrittsphase und einem schlechten kindlichen Outcome.

Gemessen am pH-Wert des Nabelschnurblutes, am APGAR-Wert, an der Häufigkeit einer Sepsis, sowie an der Intubations- und Verlegungsrate kann kein deutlicher Unterschied einer verlängerten Geburtsphase zu einer Austrittsphase mit durchschnittlicher Dauer festgestellt werden (ACOG, 2014, Schwarz, 2014).

Selbst bei einer Geburtsphase länger als sechs Stunden konnte keine signifikante Verschlechterung des kindlichen Outcomes festgestellt werden. Jedoch steigt die mütterliche Morbidität deutlich, je länger die Durchtrittsphase dauert. Dies ist vor allem aufgrund einer höheren Rate an vaginal-operativen Geburtsbeendigungen der Fall. Es bleibt die Frage, ob das mütterliche Outcome nur aufgrund der Eingriffe verschlechtert ist (Cheng et al., 2004). Auch wenn bei einer verlängerten Austrittsphase keine signifikante Gefährdung des Kindes festgestellt werden kann, so muss während dieser Zeit der kindliche Zustand genau beobachtet werden. Etwaige Veränderung im CTG, des Fruchtwassers, einer Geburtsgeschwulst und des Gesamteindrucks müssen genau begutachtet werden um eine Gefährdung des Kindes wahrzunehmen und wenn nötig weitere Schritte einzuleiten (Hildebrandt, 2011).

Leveno et al (2016) hingegen halten eine Austrittsphase bei Nullipara, die länger als drei Stunden mit Leitungsanästhesie und zwei Stunden ohne Leitungsanästhesie dauert, für den kindlichen Zustand für nicht sicher. Viele Studien zu den Outcomes seien älter und würden den heutigen Anforderungen nicht gerecht werden. Auch Allen et al. (2009) erkennen bei einer Austrittsphase von über drei Stunden bei Erstgebärenden und über zwei Stunden bei Mehrgebärenden ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind.

Fazit

Während der Austrittsphase sollte die Gesundheit von Mutter und Kind im Fokus stehen. Der Faktor Zeit sollte bei gutem mütterlichem und kindlichem Allgemeinzustand eine untergeordnete Rolle spielen. Wenn das Outcome und nicht die Zeitvorgabe im Vordergrund steht, könnte dies helfen, die Rate an

Kaiserschnitten und vaginal-operativen Geburtsbeendigungen zu senken und somit zur Gesundheitsförderung beitragen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen den Schluss nahe, dass die Austrittsphase prinzipiell nicht zeitlich begrenzt werden soll. Nur kindliche oder mütterliche Indikationen sollten zu einer Intervention führen.

Laut Cheng und KollegInnen (2004) leidet die mütterliche Gesundheit aufgrund operativer Geburtsbeendigungen unter der Zeitvorgabe. Sie stellen aber auch die Frage, ob das kindliche Outcome womöglich von den Interventionen profitiert. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Es liegt im Interesse aller, medizinische Interventionen nur so oft als wirklich nötig einzusetzen und einer natürlichen Geburt die Zeit zu geben, die sie benötigt.

Speziell Studien von protrahierten Austrittsphasen ohne geburtsbeschleunigende Maßnahmen – wie sie zum Beispiel bei Hausgeburten möglich sind – im Hinblick auf mütterliches und kindliches Outcome, könnten neue Erkenntnisse für das Management dieser Phase bringen.

Quellenangaben:

- Allen, VM, Baskett, TF, O'Connell, CM, McKeen, D & Allen, AC (2009). Maternal and Perinatal Outcomes With Increasing Duration of the Second Stage of Labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 113(6):1248–1258.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 123, 693–711. doi:org./10.1016/j.ajog.2014.01.026
- Cheng, YW, Hopkins, LM, Caughey, AB (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* doi:10.1016/j.ajog.2004.05.044
- Enkin, M, Keirse, MJNC, Neilson, J, Crowther, C, Duley, L, Hodnett, E & Hofmeyr, J (2006). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Bern: Verlag Hans Huber.
- European Workgroup of Independent Midwives (EWIM) (2000). Hebammengeburtshilfe Band 1. Betreuung während einer normalen Geburt. Ein praktischer Leitfadens. Deutschland: Phoenix Shanti.

- Harder, U (2013a). Phasen der Geburt. In Stiefel, C, Geist, C & Harder, U (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf.* (5. Aufl., S. 291–293). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Hildebrandt, S (2011). Der geburtsmechanisch bedingte Geburtsstillstand. In Hildebrandt, S. (Hrsg.) *Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe. Jahrbuch der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung* 2010. (S. 53–55). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2012). Management of the second stage of labour. *International journal of Gynecology and Obstetrics*, 119, 111–116. doi:10.1016/j.ijgo.2012.08.002
- Leveno, KJ, Nelson, DB, McIntire, DD (2016). Second-stage labor: how long is too long? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:10.1016/j.ajog.2015.10.926
- Lützelshwab-Weber, U (2010). Austrittsphase: Definition und Studienlage. *Die Hebamme* 2010, 210-213.
- Mändle, C & Opitz-Kreuter, S (2015). *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe.* (6. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- National Institut for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Intrapartum care for healthy woman and babies. Clinical guideline. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190> [18.04.2016]
- Schneider, H, Husslein, P & Schneider, KTM (2011). *Die Geburtshilfe.* (4. Aufl.) Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Schwarz, C (2014). Die Erlaubnis zum Nichtstun. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 64(9), 56–60.
- World Health Organisation (WHO) (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide.* Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organisation. WHO/FRH/MSM/96.24s

Angela Barth Bsc,

arbeitet angestellt im Universitätsklinikum Tulln und freiberuflich in Krams. Ihre Bachelorarbeit an der IMC FH Krams 2016 befasste sich mit den Auswirkungen des Zeitdruckes auf das Geburtsmanagement der Hebamme in der Austrittsperiode.

