

Die Plazentarperiode: vom abwartenden Vorgehen zur operativen Hektik und zurück

*Die Leitung der Plazentarperiode hat sich in den letzten Jahrhunderten stark gewandelt. Das zeigt die Recherche in aktuellen und historischen Fachbüchern, die **Carolina Iglesias** für ihre Masterarbeit unternommen hat.*

Mussten Hebammen und Geburtshelfer in früheren Zeiten in der Plazentarperiode auf die Kräfte der Natur und auf ihr geburtshilfliches Geschick setzen, wird seit etwa 50 Jahren im Spital die Plazentarperiode aktiv geleitet.

Die aktive Leitung verursacht in diesem wichtigen Geburtsabschnitt eine große Interventionsdichte. Geburtsverläufe werden standardisiert, jede Frau scheint einer potenziellen Gefahr ausgesetzt. Physiologie wird nicht von Pathologie unterschieden. Diese Routine bedeutet einen erheblichen Eingriff in den physiologischen Geburtsverlauf, für ihren Nutzen existiert jedoch keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz.

Die biologischen Prozesse bleiben unbeachtet. Die Plazenta ist ein wichtiges Organ, dessen Geburt die gleiche Sorgfalt, Achtsamkeit und Zuwendung verlangt, wie die vorausgegangen Geburtsphasen. Die Übergangs- und die Pressphase verlangt von der Frau höchste Konzentration, körperliche Kraft und Hingabe. Die Geburt erreicht einen Höhepunkt, wenn das Kind geboren wird. Oft ist dieser Moment des Zaubers von kurzer Dauer. Denn: folgt man der Geburtsmedizin, fängt nun die gefährlichste Phase an, und die Interventionen beginnen.

Die Plazentarperiode in der medizinischen Fachliteratur

Der Zeitraum der Plazentarperiode wird in der Literatur nur selten genau definiert. Während ältere Literaturan-



Eine historische Plazentageburt

(Sinnini de Manoncourt: „Voyage en Grece et en Turquie...“, Paris 1801)

gaben eine zeitliche Begrenzung von einer Stunde beschreiben, wird sie heute häufig auf 15 bis 30 Minuten reduziert. (Brezinka/Henrich 2006: 608) Harder (2013: 336) empfiehlt eine Lösung innerhalb von 5 bis 30 Minuten; wenn keine verstärkte Blutung auftritt, sei im außerklinischen Setting eine längere Lösungszeit als normal anzusehen. Hildebrandt und Göbel (2008: 66) gehen von keiner zeitlichen Begrenzung aus, doch brauche die Lei-

tung der Nachgeburtsperiode nach einem pathologischen Geburtsverlauf besondere Beachtung. Häufig definiert die Fachliteratur die Plazentarperiode als gefährlichste Periode der Geburt.

Der körperliche Ablauf wird als defizitär angesehen. Damit wird die Botschaft von einem Geburtsabschnitt vermittelt, der von Angst und Misstrauen begleitet wird und in den interveniert werden muss.

Das als „Pathologie der Plazentarperiode“ bezeichnete Kapitel im Standardwerk „Die Geburtshilfe“ von Schneider/Husslein/Schneider beginnt so:

„Die Minuten und Stunden nach der Geburt des Kindes stellen für die Mutter die gefährlichste Phase während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dar. Ein Blutverlust kann so gravierend sein, dass unverzüglich operative und medikamentöse Maßnahmen erforderlich werden. Hauptursachen für postpartale Blutungen sind die Uterusatonie mit oder ohne Plazentaretention sowie Rissverletzungen der Geburtswege.“
(Brezinka/Henrich 2011: 988)

Die Autoren befürworten generell eine aktive Leitung. Im Unterschied zu den NICE Guidelines wird in der Fachliteratur kaum auf die Wahlfreiheit und das Recht der Frau, über Interventionen in der Plazentarperiode und deren mögliche Nebenwirkungen informiert zu werden, eingegangen.

Eine ungestörte Atmosphäre hat auch einen Einfluss auf die Hormonproduktion von Mutter und Kind. Das „Hormon der Liebe“ Oxytocin bewirkt die Kontraktion des Uterus, die Plazentalösung und fördert das Kolostrum und die Bindungsbereitschaft von Mutter und Kind. Medizinische Interventionen können die Freisetzung von Oxytocin hemmen. Geist (2013: 499) hält fest, dass weniger Aktivitäten des Personals die Chance auf eine ungestörte Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung vergrößern. Ein ungestörtes Bonding hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Die körperliche und die emotionale Ebene dieser Phase sollte gleichermaßen berücksichtigt werden. Interventionen und Schmerzen, die die Zuwendung von Mutter und Kind stören, sollten vermieden und nur in klar indizierten Situationen angewandt oder verursacht werden.

Geschichtliche Literaturrecherche
Über zwei Jahrhunderte praktizierte die Mehrzahl der Geburtshelfer ein abwartendes, gemäßigtes Vorgehen (Fassbender 1964: 990ff). Nur wenige, wie Credé, griffen massiv ins Geschehen

ein. Bemerkenswert ist, dass Credès Schüler die eingreifende Haltung kritisierten und danach eine abwartende Leitung praktizierten.

Die Recherche der historischen medizinischen Fachbücher konzentrierte sich aufs 18. und 19. Jahrhundert. Die Schriften von drei Vertretern der abwartenden Leitung der Plazentarperiode, Johann Melchior Aeppli (1744), Jean Louis Baudelocque (1745) und Johann Friedrich Ahlfeld (1843) wurden genauer untersucht.

Aeppli verteidigte die passive Leitung. Mit seinem Hauptwerk „Die sichere Zurücklassung der Nachgeburt in bestimmten Fällen“ (1776) wies er auf die Gefahren der frühzeitigen Wegnahme der Plazenta hin. Er sah die Aufgabe des Arztes darin, die Natur zu unterstützen, förderte die Hebammen in ihrer Professionalisierung und stellte detaillierte Beobachtungen der Plazentarperiode an.

„Die Entbindung des Mutterkuchens ist also allein ein Wert der Natur. Diese vollendet ihre Arbeiten halb früher halb später, aber allemal gewiss, und lässt sich selten von den herrschsüchtigen Menschen ungestraft Gesetze geben.“
(Aeppli 1776: Einleitung)

Baudelocque (1745) wollte die Kräfte und Grenzen der Natur verstehen und betonte, dass es kein besseres Verfahren gebe, als die abwartende Methode. Ein Eingreifen brauche immer eine Rechtfertigung. Allgemeine Regeln ließ er nicht gelten, diese schaden den einzelnen Frau. Er warnte vor dem Herausziehen der Plazenta, denn dies könne gefährliche Folgen nach sich ziehen, und die Lösung der Plazenta der Frau große Schmerzen verursachen. Unumstritten war für ihn, dass eine vermehrte Blutung das Eingreifen einer Fachperson verlangt.

Ahlfeld (1843) war ein bedeutender Forscher, der sich durch fortwährende klinische Beobachtung ein tiefes Verständnis der Physiologie aneignete. Die Plazentarperiode wurde von ihm umfassend, systematisch und anhand von detaillierten Bildern beschrieben.

Er beschrieb die Rolle der Fachpersonen als zurückhaltend und beobachtend, um mögliche Blutungen zu bemerken. Es sollte keine Störung des natürlichen Prozesses der Plazentalösung stattfinden, auf gar keinen Fall durfte man manipulieren. Ahlfeld versuchte die postpartale Blutung als physiologischen, blutstillenden Prozess zu verstehen.

Alle drei Autoren empfehlen:

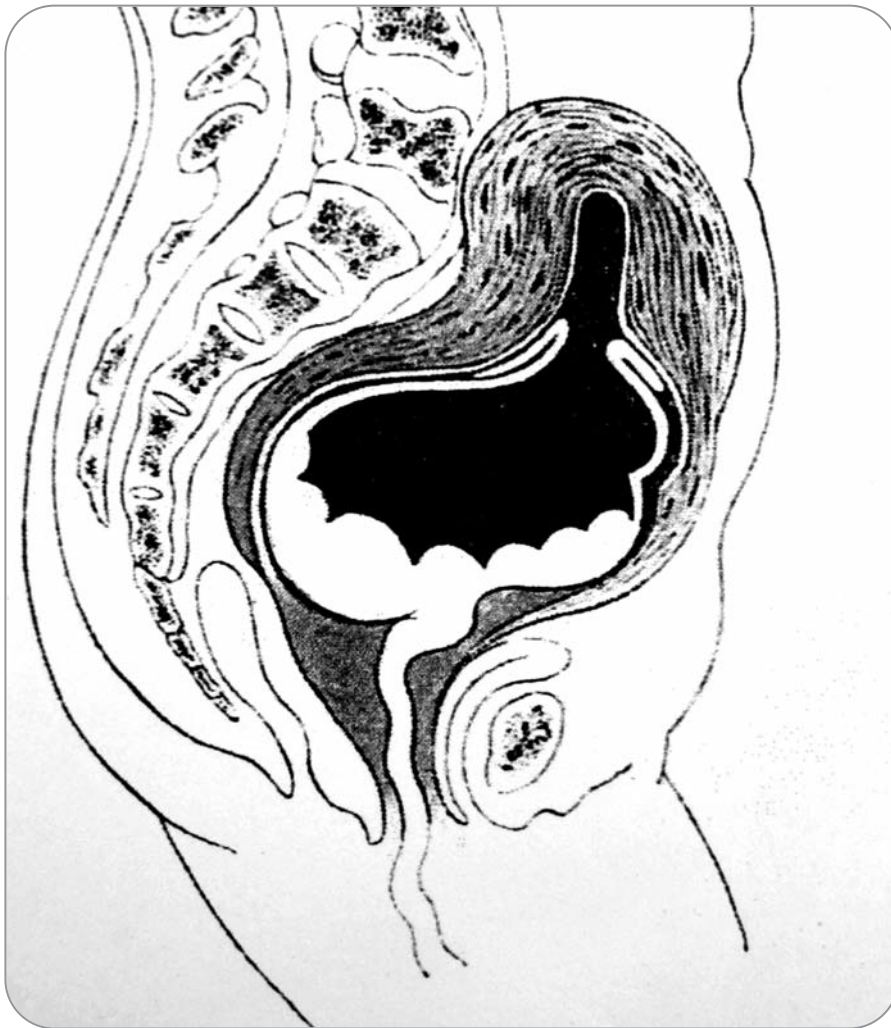
- Der Vorgang der Plazentalösung darf durch Manipulationen nicht gestört werden. Fachpersonen sollten eine hohe Beobachtungskompetenz besitzen und den natürlichen Prozess nicht stören, sondern unterstützen.
- Die Ressourcen der Gebärenden sind zu stärken. Das Umfeld der Frau hat einen Einfluss auf den Verlauf der Ausstoßung der Plazenta. Auf Wohlbefinden sollte durch Intimität, Wärme, ruhige, zuversichtliche Haltung der Fachpersonen geachtet werden.
- Allgemeine Regeln schaden der einzelnen Frau.

Experteninterviews

Im zweiten Schritt wurden Experteninterviews mit einer Ärztin und einem Arzt durchgeführt, die beide jahrelange empirische Erfahrung mit der abwartenden Methode haben. Der Gynäkologe und Geburtshelfer ist nach langjähriger Klinikstätigkeit selbstständig in eigener Praxis mit Belegarztstätigkeit, die Ärztin leitet eine Frauenabteilung in der Schweiz und ist IBCLC. Beide haben einen Schwerpunkt in anthroposophischer Medizin.

Ihr Verständnis der Plazentarperiode ist umfangreich und detailliert:

Die Phase, in der die Plazenta gelöst und geboren wird, hat nicht nur eine körperliche Bedeutung. Es ist ein sensibler, ja heiliger Moment, in dem sich Mutter und Kind erstmals begegnen. Durch die aktive Leitung, durch die Manipulation am Körper der Frau und das Zufügen von Schmerzen durch Syntocinon stört man diese Hinwendung. Der Verzicht auf Syntocinon hat ihrer Erfahrung nach keinen erhöhten Blutverlust verursacht. Ausschlaggebend für die Blutungsgefahr ist es, pathologische Geburtsverläufe zu erkennen. Eine ruhige, warme und sti-



Die gelöste Plazenta (Ahlfeld 1894: 106)

Handgriff nach Credé (Ahlfeld 1894: 146)



mulationsreduzierte Umgebung ist für die Entspannung der Frau von großer Wichtigkeit. Die Fachpersonen sollten zurückhaltend und wachsam sein und Ruhe vermitteln, denn die Anwesenden prägen die Stimmung des Raumes. Eine abwartende Haltung erfordert hohe Beobachtungskunst und Urteilsvermögen, denn durch unnötiges Eingreifen können sie bedeutende Nebenwirkungen verursachen. Eine vorliegende Gefahr muss erkannt werden, dafür braucht es eine klare Differenzierung.

Viele Fragen

Die Physiologie der Plazentarperiode sollte neu definiert und erforscht werden. Auch die Bezeichnung dieser Phase sollte überdacht werden, die Bezeichnung *passiv* durch *abwartend* ersetzt werden. Um eine Situation gekonnt als gefährlich einschätzen zu können, muss eine genaue und differenzierte Zeichenlehre vorliegen. Die Zeichenlehre von Aepli, Baudelocque und Ahlfeld konzentrierte sich auf die Blutmenge, den Blutungszeitpunkt, die Blutungsart, Plazentalösungszeichen, Verhalten und körperliches Befinden der Frau. Alle Ärzte beschrieben das beobachtende Abwarten und die Handgriffe der Leitung ausführlich. Sie warnten vor Eingriffen und setzten auf die Kräfte und Weisheit der Natur. Der Zeitfaktor ist nicht maßgeblich und stellt keine grundsätzliche Gefahr dar. Im Fall einer starken Blutung beschreiben sie die aktive Leitung, die sofort angewendet werden soll. Sie konnten auf manuelle Interventionen zurückgreifen oder auch auf natürliche Pflanzentinkturen und Umschläge. Aepli wandte auch Aderlässe an, das war zu seiner Zeit üblich. Die Analyse im Theorieteil der heute anerkannten medizinischen Fachbücher ergab, dass eine differenzierte physiologische Zeichenlehre für die Betreuung der Plazentarperiode fehlt. Aeplis Fragen, die aus dem Jahre 1776 stammen, sollten fast 250 Jahre später kritisch beantwortet werden können:

- Kann die Gebärmutter aus eigenen Kräften die Plazenta ausstoßen?
- Wie gefährlich ist die Plazentarperiode?
- Wie lange dauert die Plazentarperiode?
- Welche Vorteile hat eine aktive Plazentalösung?



Johann Melchior Aepli



Jean Louis Baudelocque



Johann Friedrich Ahlfeld

Der jetzige Forschungsstand reicht nicht aus, um den Vorteil der aktiven Leitung in allen Aspekten zu belegen. Bisher wurden alle Untersuchungen in Krankenhäusern durchgeführt, in denen das aktive Management der Nachgeburtsperiode Standard ist, und mit der abwartenden Leitung verglichen. Dieses kombinierte Management wurde bereits kritisiert, denn es gab beachtliche Unterschiede in der abwartenden Leitung.

Die Resultate des Cochrane Review von 2012 zeigen, dass sich der gesamte Blutverlust bei der aktiven Leitung um durchschnittlich 80 ml reduziert. Diese Verringerung ist bezogen auf das gesamte Blutvolumen der Gebärenden unbedeutend. Die Folgen der aktiven Leitung für Mutter und Kind sind jedoch beträchtlich. So wurde im Review eine Verringerung des Risikos für schwere Blutungen und Anämie nachgewiesen, aber auch, dass die Frauen nach aktiver Leitung mehr Schmerzen und Übelkeit haben und häufiger rehospitalisiert werden. Der Cochrane Review fasst zusammen, dass weitere Studien notwendig sind, um die Leitung der Plazentarperiode differenzierter zu beurteilen.

Fazit

Die körperliche und emotionale Ebene der Plazentarperiode sollte gleichermaßen berücksichtigt werden. Interventionen, die die Zuwendung von Mutter und Kind stören, sollten vermieden und nur in klar indizierten Situationen angewandt werden. Die abwartende Leitung der Plazentarperiode heißt nicht, **nichts zu machen**. Die Leitung dieser Geburtsphase verlangt von Hebammen und Ärzten höchste Aufmerksamkeit.

Die hier vorgestellten fünf Ärzte, die über drei Jahrhunderte praktiziert haben, betonen, dass es diagnostische Begründungen braucht, eine Gefahr zu erkennen und in einen natürlichen Prozess einzugreifen. Die Geburt sehen sie als natürlicher Vorgang, den wir grundsätzlich nicht stören dürfen.

Hebammen sollten die Interventionen der Plazentarperiode reflektieren, denn diese Minuten können die wichtigsten sein beim Beginn der Mutter-Kind-Beziehung. Wir sollten versuchen die Physiologie der Geburt genau zu verstehen und schützen. Als Merksatz kann die Aussage aus dem Experteninterview dienen: *„Die Physiologie ist so reich und weise, dass wir immer mehr fragen müssen, wo wir nicht stören und wo wir Pathologie durch unser Tun produzieren.“*

Die Masterarbeit: „Physiologische Ansätze zur Leitung der Plazentarperiode. Das Wissen der physiologisch praktizierenden Ärzte zwischen 1776 und heute“ wurde in Angewandte Physiologie für Hebammen an der FH Salzburg 2011-2013 verfasst.

Literaturverzeichnis

- Ahlfeld, F. (1894). Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig: Wilhelm Grunow.
- Aepli, J.M. (1776). Die sichere Zurücklassung der Nachgeburt in bestimmten Fällen mit Gründen und Erfahrung bewiesen. Zürich: Orell, Gessner, Fuesslin und Compagnie.
- Aepli, J. M. (1807). Leitfaden zum Unterricht für Hebammen und Ihre Lehrer. Sanitäts-Rath des Kanton Thurgau.
- Brezinka C.W., Henrich, W. (2011). Pathologie der Plazentarperiode. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.T. (2011). Die Geburtshilfe. Heidelberg: Springer, 988-991.
- Fassbender, H. (1964). Geschichte der Geburtshilfe. Hildesheim: Georg Olms Verlagsbuchhandlung.
- Harder, U., Steining, I., Kirchner, S. (2013). Die

Nachgeburtsperiode. In: Stiefel, A., Geist, C., Harder, U. (Hg.) (2013). Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Stuttgart: Hippokrates, 336-348.

Lalonde, A., Daviss, B.A., Acosta, A., Herschderfer, K. (2006). Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiativ 2004- 2006, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 94: 243-253.

Meckel, P.F. (1782). Baudelocque's Anleitung zur Entbindungskunst. Leipzig: Wengandsche Buchhandlung.

McDonald, S.J., Middleton, P. (2008). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and Neonatal Outcomes (Review). The Cochrane Library.

National Institut for Excellence (2007). Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 55, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf>

Odent, M. (2010). Geburt und Stillen. München: Beck.

Walsh, D. (2007). Evidence-Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives. New York: Routledge.

Begley, CM, Gyte, GML, Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review). The Cochrane Library.

World Health Organisation (1996). Care in normal birth. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_ger.pdf

Carolina Iglesias MSc Midwifery,

erfahrene Hebamme und Mutter, arbeitet als Beleghebamme im Spital Triemli Zürich und freipraktizierend.

Kontakt:

Carolina.iglesias@me.com

