

Wie spät ist zu spät?

Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung



Warten auf...

Grafik: Heike Wiechmann

Christiane Schwarz

In Deutschland wird mindestens jede fünfte Geburt medikamentös eingeleitet, davon etwa jede Dritte wegen „Terminüberschreitung“. Ziel der Einleitung ist es, Tod, Behinderung oder Krankheit des Kindes zu verhindern. Eine Auswertung von über fünf Millionen Geburtsdaten bestätigt allerdings nicht, dass sich ab dem überschrittenen Geburtstermin die Rate der Totgeburten oder schweren Geburtskomplikationen erhöht. Die routinemäßige Geburtseinleitung bei gesunden Schwangeren, die ein gesundes Kind erwarten, gehört vermutlich nicht zu den Maßnahmen, die eine Totgeburt verhindern.

Eine Einleitung sollte nur durchgeführt werden, wenn es dafür eine klare medizinische Indikation gibt, und wenn die erwarteten Vorteile größer sind als die möglichen Nachteile.¹ Dieses Zitat der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

von 2011 klingt banal, jedoch ist die Geburtseinleitung in allen Industrieländern eine häufige Maßnahme. Ihre Anwendung muss umsichtig erwogen werden. Auch in Deutschland werden viele Geburten eingeleitet. Die Rate steigt seit einigen Jahren an: Für das Jahr 2016 verzeichnet die Perinatalstatistik bei 21 Prozent aller Schwangerschaften eine Geburtseinleitung – das sind übrigens 162.475 Frauen.²

Indikationen für die Geburtseinleitung

Es gibt medizinische Indikationen für eine Geburtseinleitung: zum Beispiel nach einem Blasenprung vor mehr als 24 Stunden und anderen Gründen, wie etwa dem Wunsch der Frau, oder einer Terminüberschreitung. Die WHO bezieht dazu klar Stellung (vgl. Tabelle 1).

Die häufigsten in Deutschland dokumentierten Indikationen waren 2016 der vorzeitige Blasenprung (25 %), die Terminüberschreitung (30 %)

und Gestose/Eklampsie (5 %) sowie der Verdacht auf eine Funktionseinschränkung der Plazenta (6 %).³ Die Evidenzlage beim vorzeitigen Blasensprung ohne Wehen ist recht gut und spricht dafür, die Wehen einzuleiten, wenn die Schwangere 24 Stunden nach Blasensprung noch keine eigenen wirksamen Wehen hat. Es ist sinnvoll, bei (Verdacht auf) Blasensprung eine vaginale Untersuchung zu vermeiden, um die Infektionsgefahr gering zu halten. Gegebenenfalls kann eine vorsichtige Inspektion des Gebärmutterhalses mithilfe eines Spekulum durchgeführt werden.⁴ Unter Berücksichtigung eines Infektionsrisikos von etwa einem Prozent nach Blasensprung im Vergleich zu 0,5 Prozent mit intakter Fruchtblase kann zunächst abgewartet werden, denn 60 Prozent aller Schwangeren werden nach Blasensprung innerhalb von 24 Stunden eigene Wehen bekommen. Abstriche und Laboruntersuchungen in diesem Zeitraum sind unnötig – allerdings sollen alle vier Stunden Temperaturkontrollen durchgeführt werden.⁵

Schwierige Studienlage

Bei der Geburtseinleitung wegen Terminüberschreitung gibt es auch im internationalen Kontext viel Verwirrung. Die Vermutung, dass ab dem „errechneten Termin (ET)“ das Risiko für das ungeborene Kind steigt, intrauterin zu versterben, lässt sich nicht ohne Weiteres halten.

Eine Übersichtsarbeit der Cochrane Datenbank berechnet eine Nutzenanalyse für die Geburtseinleitung: Nach dieser Berechnung müssten 410 Geburten zum Zeitpunkt des Erreichens der 41. Schwangerschaftswoche (im Folgenden werden die Angaben nach dem Muster 41+0, Schwangerschaftswoche/SSW+Tage, wiedergegeben) eingeleitet werden, um ein Kind vor dem intrauterinen Tod zu retten.⁶ Allerdings sind die hier zugrunde gelegten 22 Studien mit insgesamt 9.383 Frauen zum Teil sehr alt (ab 1969) oder wurden in Ländern durchgeführt, in denen die Gesundheitsversorgung und der allgemeine Gesundheitszustand der Schwangeren nicht mit der Situation in Deutschland vergleichbar sind (China 1989; Indien 2000; Thailand 2003; USA 1987; Türkei 1998 und andere).

Ärztliche Leitlinien

Nachdem in Deutschland im Jahr 2010 durch die ärztlichen Fachgesellschaften

Geburtseinleitung	Qualität der Evidenz	Empfehlungsgrad
Empfohlen bei Terminüberschreitung > 41 SSW	niedrig	schwach
NICHT empfohlen ohne medizinische Indikation vor 41+0 SSW	niedrig	schwach
NICHT empfohlen vor 41+0 SSW bei Schwangerschaftsdiabetes ohne zusätzl. Komplikationen	sehr niedrig	schwach
NICHT empfohlen bei Verdacht auf Makrosomie	niedrig	schwach
Empfohlen bei Blasensprung ohne Wehen	gut	stark
Unklar bei Zwillingsschwangerschaft	fehlt	fehlt

Tabelle 1: Empfehlungen zur Geburtseinleitungen mit der dazu hinterlegten Evidenz. Modifiziert nach WHO (2011), S. 4.

unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zunächst eine S1-Leitlinie mit der Empfehlung zur Einleitung ab 41+0 SSW veröffentlicht worden war⁷, wurde 2014 eine aktualisierte Fassung publiziert.⁸ Dafür wurden erstmals Daten aus einem deutschen Bundesland berücksichtigt, die zeigten, dass im Zeitraum bis 42+0 SSW nur sehr wenige Fälle von fetaler Mortalität vorgekommen waren. Die Empfehlung lautete nun, den Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften eine Geburtseinleitung ab 41+0 SSW anzubieten und ab 41+3 SSW zu empfehlen. Eine Indikation – begründet mit dem Anstieg des Risikos für eine Totgeburt – ergibt sich nach dieser aktuellen Leitlinie erst ab 42+0 SSW.

Bemerkenswert ist auch eine Grafik in dieser Leitlinie, die die Definitionen der „Übertragung“ und „Terminüberschreitung“ voneinander abgrenzt: Eine Geburt zwischen 37+0 und 41+6 SSW ist eine Reifgeburt, erst ab 42+0 SSW wird von einer Übertragung gesprochen. Das ist insbesondere deswegen interessant, als es in keiner anderen Sprache den Begriff „Terminüberschreitung“ für eine Schwangerschaft zwischen 40+0 SSW und 41+6 SSW gibt. Generell wird immer erst ab 42+0 SSW von „post-maturity“ oder „post-term pregnancy“ gesprochen.

Risiken für eine Totgeburt

In der Debatte um Totgeburten wird nicht ausreichend berücksichtigt, welche Faktoren diese beeinflussen: Im Hinblick auf die Diskussion um Terminüberschreitung als Risikofaktor muss die individuelle Schwangerschaftsdauer betrachtet

werden, die sich zwar anhand von empirisch-statistischen und biologisch begründeten Modellen schätzen, aber nicht hundertprozentig festlegen lässt. Ähnlich wie bei der Reifung jeglichen Organismus gibt es ein Zeitfenster, in dem der optimale Reifezustand erreicht wird, und nicht einen dezidierten Tag. Die in Deutschland übliche Praxis, einen Stichtag, den „ET“, im Mutterpass zu dokumentieren, verführt Laien wie Fachleute dazu, diesen als definierten „Geburtstermin“ zu überschätzen und bei Erreichen des Stichtags ungeduldig zu werden.

Weitere Risiken für eine Totgeburt⁹ sind Wachstumsverzögerungen beim Fötus¹⁰, Diabetes, hoher Bodymassindex sowie fortgeschrittenes Alter der Mütter, insbesondere bei Erstgebärenden.¹¹ Auch Schlafgewohnheiten der Frauen (Rückenlage)¹² und Rauchen¹³ sind relevant.

Einleiten oder abwarten?

Generell gibt es in der Geburtshilfe immer die Handlungsoption, der Natur ihren Lauf zu lassen. Dies müsste tatsächlich in der Nutzenbewertung jeder geburtshilflichen Intervention als Goldstandard zugrunde gelegt werden, da hier – anders als im Krankheitsfall bei einem Patienten – ein physiologischer Prozess stattfindet, der biologisch darauf ausgerichtet ist, erfolgreich zu sein.¹⁴ Das Vorgehen bei Terminüberschreitung muss sich also daran messen, ob ein Eingreifen ein besseres Ergebnis erzielt.

Ein Kompromiss in der geburtshilflichen Risikominimierung wird in der Option des „Beobachtenden Abwartens“ („Watchful Waiting“) gesehen, wobei der Aspekt der Beobachtung nicht anhand

Vorbereitung auf die Zusatzqualifikation



Stillbeauftragte in der Klinik und auf das IBLCE-Examen



Neue Seminare ab Februar 2019

in Berlin-Rangsdorf, Hamburg, München und Wächtersbach

www.stillen.de

Entwicklungsfördernde NeonatalbegleiterIn **EFNB®**

Entwicklungsfördernde Begleitung

für Familien mit Frühgeborenen und kranken Neugeborenen

Veranstaltungsorte
Augsburg, Berlin-Rangsdorf, Hamburg, Solingen

www.neonatalbegleitung.de

Information & Anmeldung

Ausbildungszentrum Laktation und Stillen
Frühe Kindheit und Familie

Telefon +49 571-710618
info@stillen.de
info@neonatalbegleitung.de

Zertifiziert nach DIN ISO 9001:2015

solider aktueller Evidenz definiert ist: Wer, wann, wie oft, was und bei wem genau beobachten soll, ist je nach Betreuungskontext unterschiedlich. Bei der Abwägung von Einleitung versus „Beobachtendem Abwarten“, wenn der „Geburtsstermin“ erreicht oder überschritten ist, werden mögliche Nutzen und potenzielle Risiken gegeneinander abgewogen. Als möglicher Nutzen einer Einleitung gilt die Verhinderung von Totgeburt und Komplikationen durch das Auftreten einer Schulterdystokie, bei der nach der Geburt des Kopfes die Schulter des Kindes im Becken der Mutter klemmt und den weiteren Geburtsverlauf beeinträchtigt. Als Nachteile werden die (höhere) Wahrscheinlichkeit von operativen Geburten und Anpassungs- oder auch Entwicklungsstörungen bei knappsreifen Neugeborenen diskutiert.¹⁵ Die Datenlage ist uneinheitlich.¹⁶

2015 wurde eine Analyse von fast sechs Millionen Datensätzen bundesdeutscher Perinataldaten von Einlingen ohne Fehlbildungen durchgeführt, die ab 37+0 SSW geboren wurden.¹⁷ Auch hier zeigte sich, dass das Risiko für eine Totgeburt bis zum Ende der 42. SSW sehr gering ist, und erst ab 42+1 SSW ansteigt. Von derselben Forschergruppe wurde auch ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Einleitungsrate und der Rate an Totgeburten oder Klinikeinweisung von Neugeborenen seit der Einführung der DGGG-Leitlinie von 2010 ausgewertet.¹⁸ Es zeigte sich ein Anstieg der Einleitungsrate bei gleichbleibender Häufigkeit von Totgeburten. Gleichzeitig wurden sowohl bei eingeleiteten als auch bei nicht eingeleiteten Geburten immer mehr Neugeborene mit Morbiditätsdiagnosen dokumentiert (Anpassungsstörung, Mekoniumaspiration, Infektion und andere). Diese sind zwar nicht direkt lebensbedrohlich, machen aber eine stationäre Behandlung notwendig.

Eine Geburtseinleitung bei einer gesunden Schwangeren allein aufgrund einer einfachen Terminüberschreitung lässt sich anhand dieser Daten nicht rechtfertigen.

Entscheidungshilfen in der Praxis

Der Prozess der Entscheidungsfindung stellt für alle an Schwangerschaft und Geburt beteiligten Menschen eine Herausforderung dar. Für Schwangere verschärft sich die Situation dadurch, dass sie po-

tenziellen Nutzen und Schaden für sich selbst gegen die angenommenen Interessen ihres ungeborenen Kindes abwägen müssen.¹⁹ Das ist umso schwieriger, wenn weder über einen potenziellen Nutzen noch Schaden valide Daten vorliegen und sich auch kein individuelles Risiko beschreiben lässt, wie dies bei der Überschreitung des errechneten Geburtstermins der Fall ist.²⁰

Hinzu kommt, dass eine Entscheidung immer dann besonders schwierig wird, wenn ein mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretender Nachteil einer Intervention, wie etwa eine schmerzhaftere Geburt bei Einleitung²¹, ein tolerierbares Ausmaß hat, während der unwahrscheinlichere Schadensfall eher schwerwiegend wäre – hier etwa eine dauerhafte Schädigung des Kindes. Selbst im Fall einer klaren Entscheidung für die Geburtseinleitung bleiben weitere Optionen zu klären, etwa der Zeitpunkt der Geburtseinleitung und die medizinischen, mechanischen oder komplementärmedizinischen Methoden, die gewählt werden.

Schwangere Frauen am Geburtstermin, die sich entscheiden müssen, ob, wann und wie sie die Wehen einleiten lassen wollen, befinden sich in einer komplexen Entscheidungssituation. Sie müssen möglicherweise den Wunsch nach einer „natürlichen“ Geburt und die diffuse Sorge um ihr ungeborenes Kind gegeneinander abwägen. Nur eine sorgfältige, ergebnisoffene Beratung kann dann Grundlage einer guten gemeinsamen Entscheidungsfindung sein. ■

Die Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Wozu sind Sie definitiv nicht geboren?

„Um mich zu langweilen.“



Prof. Dr. Christiane Schwarz

geb. 1962, ist Hebamme und Professorin für Hebammenwissenschaft an der Universität zu Lübeck.
christiane.schwarz@uni-luebeck.de