

Spät abnabeln

Dr. Sven Hildebrandt

Fast reflexhaft wird das Neugeborene oft unmittelbar nach seiner Geburt abgenabelt. Diese Handlung erfolgt zu einem Zeitpunkt, bei dem der Geburtsvorgang noch gar nicht vollständig abgeschlossen ist. Gerade deprimierte Kinder verkraften diese Trennung von ihrer Sauerstoffquelle Plazenta nur schwer.

Der Mensch zeigt bei der Geburt ein Verhalten, das mit Blick auf die Erhaltung der Art für Säugetiere und Primaten untypisch ist: Er durchtrennt die Nabelschnur, bevor die Plazenta geboren wird. Und mehr noch: Er verteidigt diese Vorgehensweise mit einer fast leidenschaftlich anmutenden Energie. Es scheint, als könne der Mensch sich nicht schnell genug von einem seiner wichtigsten Körperteile trennen. Zugleich aber betrachtet er die evidenzbasierte Medizin als Grundparadigma seiner Geburtshilfe. Wie vertragen sich diese beiden Tatsachen?

Eingriff in den Geburtsverlauf

Die Geburt eines Menschen zeigt gegenüber anderen Primaten einige Besonderheiten. Diese sind in erster Linie auf die durch den aufrechten Gang bedingten anatomischen Beckenverhältnisse zurückzuführen. Insofern ist es richtig, dass wir nicht blind auf die biologischen Vorgaben der Natur vertrauen, sondern nach Wegen suchen, das „natürliche Geburtsrisiko“ zu vermindern. Die moderne Geburtsmedizin hat dieses Ziel zu ihrem zentralen Anliegen gemacht. Die Umsetzung erfolgt auf der Grundlage einer Methodik, die unter dem oft strapazierten Begriff der „evidenzbasierten Medizin“ zusammengefasst werden kann: Nicht mehr die Individualerfahrung von ÄrztInnen und Hebammen, sondern das weltweit erworbene kollektive Wissen ist das Maß für unser Handeln. Auch wenn viele WissenschaftlerInnen den Alleinanspruch dieses methodischen Ansatzes kritisieren, stellt die „evidenzbasierte Medizin“ im klinischen Alltag die allgemein anerkannte und verbreitete Verhaltensstrategie dar. Und doch befreit uns dieses Denkgebäude nicht von der generellen Pflicht, sämtliche Handlungsrountinen im Kreißsaal immer wieder zu prüfen und zu hinterfragen. Denn ein großer Teil dieser Routinen ist eben nicht durch wissenschaftliche Daten belegt, sondern entstammt einer gewissen Mythenbildung im Kreißsaal.

Der wichtigste Grundsatz der Geburtshilfe sollte nach wie vor lauten: Jeder Eingriff in den naturgegebenen Verlauf einer Geburt bedarf einer evidenzbasierten Indikation. Das setzt voraus, dass wir die Geburt als einen Naturvorgang verstehen, der prinzipiell auf Erfolg ausgerichtet ist. Es dürfte also für ÄrztInnen und Hebammen zunächst keinen Grund geben, an der Sinnhaftigkeit und Effizienz der biologischen Regulation aller Körperprozesse – somit auch der Geburt – zu zweifeln. Unser Handeln sollte darauf gerichtet sein, die natürlichen Abläufe zu unterstützen und Naturressourcen auszunutzen und zu stärken. Anders gesagt ist der Eingriff in den naturgegebenen Geburtsverlauf ein schwerwiegender Akt. Wir meinen, es besser zu wissen als die Natur. Zweifelsfrei ist dies nötig und richtig, wenn die Natur an ihre Grenzen stößt und der einzige Ausweg zur Rettung von Mutter und Kind unser Handeln zu sein scheint. Bei normal verlaufenden Geburten sollten wir jedoch diesen Grundsatz uneingeschränkt respektieren.

Schon wenige Momente nach der Geburt des kindlichen Körpers verletzen wir den Grundsatz regelmäßig und mit einer beachtenswerten Selbstverständlichkeit. Wir durchtrennen die Nabelschnur, obwohl der eigentliche Geburtsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Es gibt keine andere Tierart, die vor der Geburt der Plazenta deren Verbindung zum Kind zerstört. Wir tun dies und sind uns der Bedeutung des Eingriffs in die biologischen Abläufe nicht mehr bewusst. Wir haben es nicht anders gelernt und stellen diese Praxis nicht mehr in Frage. Und unsere wissenschaftliche Diskussion beschränkt sich auf die Überlegung, ob wir besser früh oder spät abnabeln sollten – wobei wir mit „spät“ immer noch einen Zeitpunkt deutlich vor der Geburt der Plazenta meinen. Es ist eine Tatsache, dass wir im täglichen Umgang mit Geburten nicht mehr wahrnehmen, dass wir mit dem Abnabeln gravierend in den Naturvorgang Geburt eingreifen.

Sauerstoffressource

Bis zur vollständigen Entfaltung der Lungen und des Lungenstrombettes stellt die Verbindung zur Plazenta für das Kind die einzige Sauerstoffquelle dar. Dieser Aspekt spielt beim stabilen Neugeborenen keine Rolle mehr, denn es kann durch seine Lungen atmen und benötigt keinen mütterlichen Sauerstoff mehr. Anders verhält es sich beim deprimierten Kind mit eingeschränkter oder gar fehlender Lungenfunktion:

Es ist auf die Plazenta essenziell angewiesen und braucht die Sauerstoffressource dringend. Wir sollten ein deprimiertes Kind unabgenabelt unter dem Niveau der Plazenta lagern. Damit können wir

eine spürbare Verbesserung der Sauerstoffsättigung erreichen, was unsere Reanimationsmaßnahmen maßgeblich unterstützt. Leider sieht die Realität im Kreißaal meist anders aus: Wir nabeln das Kind fast reflexhaft ab und tragen es zum Reanimationstisch, wo wir unter Umständen die gerade durchtrennte Nabelvene wieder mit einem Katheter eröffnen.

Abgesehen davon, dass wir dem Neugeborenen mit dieser Handlung seine wichtigste Sauerstoff- und Volumenquelle rauben, trennen wir es in einem traumatischen Moment von seiner Mutter. Gerade jetzt, wo das Kind panisch ist und oft sogar in Todesangst schwebt, braucht es den Zuspruch, die Berührung, die Wärme und die Nähe seiner Mutter – und übrigens ebenso seines Vaters. Wir kennen aus der Frühgeborenenforschung die elementare Bedeutung des direkten Körperkontakts für die Prognose des Kindes – und jeder von uns kann sich aus eigenem Erleben vorstellen, wie sehr das Kind im Moment der Gefahr die Nähe der Eltern braucht. Somit ist die nicht durchtrennte Nabelschnur ein Bindungsmitglied zur Mutter.

Signale zur Plazentalösung

Wir wissen so gut wie gar nichts über die Bedeutung der Verbindung des Kindes mit seiner Plazenta für den Prozess der Plazentalösung. Könnte es nicht sein, dass es über die Nabelschnur subtile Signalmechanismen gibt, mit denen das Kind der Plazenta sagt: „Es geht mir gut, du kannst dich lösen“? Vieles spricht dafür, dass es solche Verbindungen gibt. Zum einen kommt es beim unabgenabelten Kind in der Regel erst dann zur Lösung der Plazenta, wenn Atmung und Kreislauf stabil sind.

Zum anderen reagiert das unabgenabelte Kind oft mit einem seufzenden Weinen, wenn sich die Plazenta löst. Wenn diese Hypothese stimmen sollte, könnte unsere Abnabelungskultur große Bedeutung für die Entstehung von Störungen der Plazentalösung haben. Wir warten auf die Geburt der Plazenta, die ihrerseits auf das Freigabesignal vom Kind wartet. Niemand von uns darf solche Überlegungen als Nonsense abtun, solange wir diese subtilen Kanäle nicht ergründet haben. Fest steht, dass andere Säugetiere und Primaten das Problem der Störung der Plazentalösung nicht kennen – zumindest nicht in dieser Häufigkeit wie bei uns Menschen. Das Durchtrennen der Nabelschnur vor Geburt der Plazenta hat somit für das Neugeborene und für die Mutter drei bedeutsame Nachteile.

Beim deprimierten Neugeborenen:

- Verlust der Sauerstoff- und Volumenressource
- Gefahr der körperlichen und emotionalen Trennung von den Eltern

Bei allen Neugeborenen:

- Unwägbarkeit bezüglich des Auftretens von Plazentalösungsstörungen und Nachblutungen

Gegenargumente

Fast leidenschaftlich wird heute darum gerungen, die Nabelschnur möglichst rasch zu durchtrennen. Manche NeonatologInnen reagieren mit Unverständnis und Abwehr, wenn sie ein unabgenabeltes Kind vorfinden oder „zwischen den Beinen der Frau“ das Neugeborene versorgen sollen. Es lohnt sich, nach tieferen Beweggründen für diese Haltung zu suchen. Aber auch die „wissenschaftlichen Argumente“ sind beachtenswert. Immer wieder wird auf die Gefahr der „plazentoneonatalen Übertransfusion“ und der dadurch entstehenden Polyglobulie verwiesen. Beide Überlegungen gehen davon aus, dass Plazenta und Kind zwei getrennte Wesen seien und dass das eine dem anderen sein Blut „transfundiert“. Diese Betrachtung ist unzutreffend, denn das plazentare Strombett muss als ein Kreislaufabschnitt des Kindes verstanden werden, dessen Blut zwar einen höheren Sauerstoffpartialdruck, jedoch immer den gleichen Hämatokrit aufweist wie das Blut im übrigen Kreislauf. Somit ist das Einspeisen des plazentaren Blutes als Autotransfusion zu verstehen, die den Sauerstoffpartialdruck sowie das absolute und relative Blutvolumen des Kindes erhöht. Beide Effekte sind beim deprimierten Neugeborenen wünschenswert und sogar von großer hämodynamischer Bedeutung. Allein die Existenz des Ductus venosus, der sich im Moment des kindlichen Schocks weitstellt und somit eine direkte Einspeisung des sauerstoffreichen und volumenaktiven Blutes der Nabelvene in die untere Hohlvene erlaubt, beweist die Sinnhaftigkeit dieses Effektes. Das stabile Kind wird die zusätzliche Volumenzufuhr über die Nieren sofort kompensieren. Die verbreitete Sorge, das Blut könne durch die isolierte Wasserfiltration „eindicken“, ist angesichts der Volumen- und Zeitverhältnisse unbegründet. Es handelt sich allenfalls um eine von uns erwünschte Autotransfusion eines in sich geschlossenen Kreislaufsystems mit durchweg positiven Effekten. Im Grunde ist es der gleiche Effekt wie bei der Autotransfusion bei Erwachsenen, wenn die Beine hochgelegt werden und kein Mensch über eine potenziell nachteilige Hämatokriterhöhung nachdenkt.

Ein anderes Argument ist die Gefahr der Rhesus-Sensibilisierung. Diese Hypothese setzt eine erhöhte Rate fetomaternaler Blutkontakte in der Plazentarperiode voraus, die bei einer korrekten Geburtsbegleitung definitiv nicht gegeben ist. Natürlich kann ein unsachgemäßer Umgang mit der noch nicht gelösten Plazenta zu Beschädigungen des intervillösen Raumes führen. Bei Beachtung der Grundregeln für die Begleitung der Plazentarperiode, die jede taktile Reizung des Myometriums streng verbieten, darf man auf die strikte Kreislauftrennung von Mutter und Kind vertrauen. Somit ist die Gefahr der mütterlichen Sensibilisierung in dieser Phase der Geburt nicht größer als bei oder vor der Geburt des kindlichen Körpers. Das gleiche gilt für die Gefahr des Übertritts von Rhesus-Antikörpern aus dem mütterlichen Kreislauf ins kindliche Blut. Unter Einhaltung der Prinzipien einer zurückhaltenden Geburtshilfe – zum Beispiel konsequenter Verzicht auf jedes Kristellern – gelten die oben genannten Überlegungen auch für den gesamten Geburtsverlauf. Die Wahrscheinlichkeit einer Sensibilisierung der Mutter mit massiver Antikörperbildung ist angesichts der hier betrachteten Zeitfenster klinisch bedeutungslos: Die Minuten, die bis zur Lösung der Plazenta vergehen, werden sich nicht auf den kindlichen Antikörperstatus auswirken.

Teil der Geburt

Das Abnabeln vor Geburt der Plazenta stellt einen Eingriff in den naturgegebenen Geburtsverlauf dar, der für Mutter und Kind mit potentiellen Nachteilen verbunden ist. Die in der Gegenargumentation angeführten Vorteile dieser Praxis halten einer pathophysiologischen Erklärung nicht stand. Wir sollten die wissenschaftliche Evidenz derartiger Hypothesen kritisch hinterfragen.

Die Aufrechterhaltung einer stabilen Verbindung des Kindes mit seiner Plazenta und somit der Verzicht auf das Abnabeln vor dem Ende des gesamten Geburtsprozesses ist ein artgerechtes Verhalten, für das es gute biologische Gründe gibt. Im Respekt vor dem Sinn natürlicher Regulationsprozesse haben wir allen Grund, dem Kind sein lebenswichtiges Organ zu erhalten, bis es ganz geboren ist. Die Vermittlung einer solchen Haltung hat auch einen großen pädagogischen Wert: Die Plazenta wird wieder als wichtiges kindliches Organ verstanden, das wir nicht mehr im Sondermüll entsorgen sollten. Die Nachgeburtsperiode wird wieder ein gleichberechtigter Teil der Geburt, auf den wir uns mit dem gleichen Ernst, der gleichen Zuwendung und der gleichen Geduld einlassen müssen wie auf die Austreibungsperiode des Kindes.

Wir dürfen gespannt sein, welche Auswirkungen diese Haltung direkt und indirekt auf die Rate von Störungen der Plazentalösung und Nachblutungen haben wird.

Zum Autor:

Dr. Sven Hildebrandt ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden. Er hat das Geburtshaus „Hebammenpraxis Bühlau“ in Dresden (www.hebammenpraxisbuehlau.de) eine der größten außerklinischen Geburtseinrichtungen in der Bundesrepublik mit 240 Geburten im Jahr, mitbegründet und ist Gründer und Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (www.dafigb.de)

Kontakt: info@dr-sven-hildebrandt.de

(Quelle: Deutsche Hebammen Zeitschrift, Ausgabe 12/2008)