

# **Der Damm bei der Geburt**

## **Risikofaktoren und schützende Maßnahmen**

Masterarbeit  
von Ute Sonvilla  
*Advanced Practice Midwifery*  
*fhg Tirol in Innsbruck*

# Der Damm bei der Geburt

- dehnt sich gut
- wird überwunden
- bleibt intakt
- kann reißen
- wird von der Hebamme geschützt
- wird geschnitten
- wird genäht oder nicht

Der Damm im engeren Sinne, situiert zwischen der hinteren Kommissur und dem Anus, hat die Form einer Pyramide, deren Basis von der Hautoberfläche gebildet wird.

Die Spitze der Pyramide liegt 2-3 Zentimeter hinter dem Hymen.

# Veränderungen in der Schwangerschaft

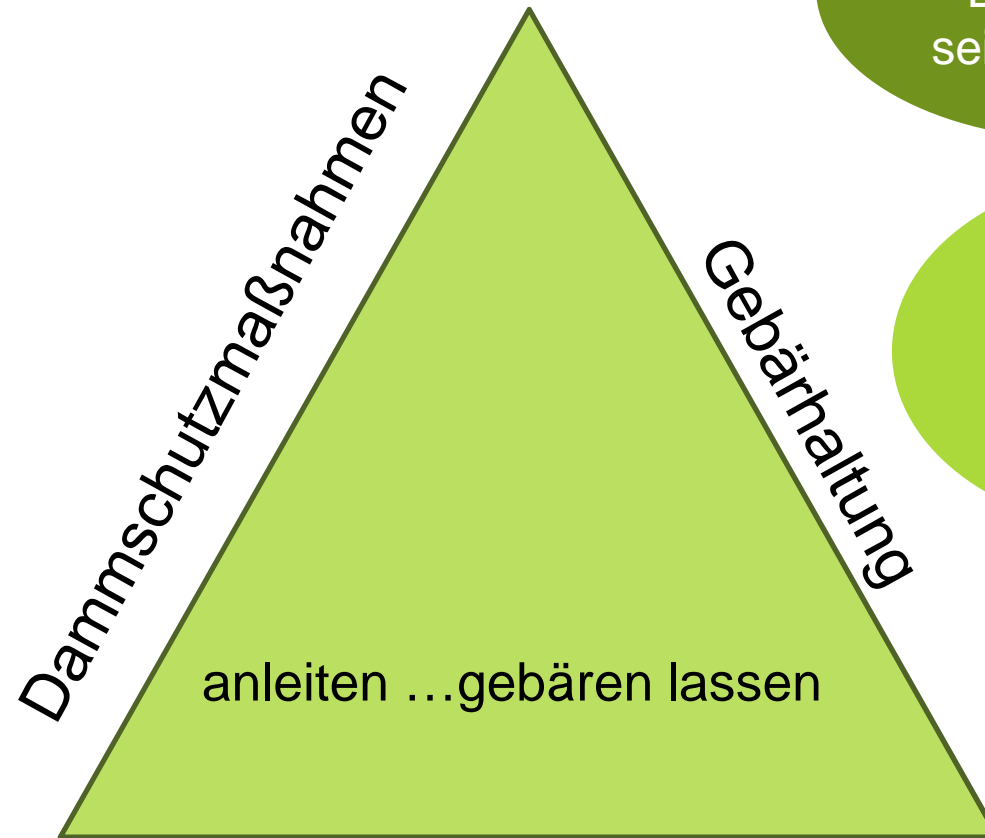
- Einfluss der Hormone Östrogen und Relaxin " Knochenstruktur – die Knochen werden „weicher“ - und die Dehnbarkeit der Bänder nimmt zu
- Bewegungsmöglichkeiten des Beckens sind viel größer als sonst
- Vaginalschleimhaut wird dicker
- glatte Muskulatur der Vagina wächst stark
- Scheidensekretion verstärkt

# Vorgänge am Damm im weiteren Sinne bei der Geburt

- muskuläre und bindegewebige Strukturen des Dammes in der Schwangerschaft aufgelockert
- bei der Geburt dehnen und entfalten sie sich
- besondere Gleitfähigkeit bei der Geburt

# Vorgänge bei der Geburt und Hebammentätigkeiten

Enrfaltung  
Dehnung  
Gleitfähigkeit



knöchernes Becken mit seine Bändern

muskuläre und bindegewebige Strukturen des Beckenbodens

Haut und Schleimhaut

physikalische und komplementärmedizinische Maßnahmen

# Der Dammschutz und höhergradige Dammrisse

Paragraph 2 des Österreichischen Hebammengesetzes im Zusammenhang mit der „Beistandsleistung bei der Geburt“ (Bundesgesetz zum Hebammenberuf § 2 Absatz 1). Dammschutz explizit als eigene Aufgabe genannt. „Spontangeburt einschließlich Dammschutz (...) und, sofern erforderlich, die Durchführung eines Scheidendammschnittes“ (Bundesgesetz zum Hebammenberuf § 2 Absatz 6)

- DR III und IV als Qualitätsindikator
- Rate an DR III/IV in Österreich bei allen vaginalen Geburten ab Schwangerschaftswoche 37+0

DR III und IV			
	DR III/IV	Kein DR III/IV	Gesamt
2009	757 (1.53%)	48845 (98.47%)	49602 (100.00%)
2010	780 (1.51%)	50896 (98.49%)	51676 (100.00%)
2011	822 (1.60%)	50667 (98.40%)	51489 (100.00%)
2012	929 (1.79%)	50926 (98.21%)	51855 (100.00%)
2013	943 (1.81%)	51223 (98.19%)	52166 (100.00%)
<b>Gesamt</b>	<b>4231 (1.65%)</b>	<b>252557 (98.35%)</b>	<b>256788 (100.00%)</b>

# Forschungsinteresse

- Warum gibt es Frauen, deren Körper heil aus der Geburt hervorgeht, die keinerlei Verletzungen erleiden, und andere, deren Vagina, Schamlippen, Muttermund und Damm reißen?
- Es sind die Hebammen, die bei einer vaginalen Geburt ihre Hände oder zumindest ihre Aufmerksamkeit am Damm der Gebärenden haben. Daher sind die Beobachtungen, Erfahrungen und Praktiken der Hebammen von größtem Interesse, wenn es darum geht, Faktoren zu ermitteln, die ein Risiko für den Damm darstellen oder diesen schützen können.



### Forschungsfrage F1:

Welche Risikofaktoren für schwerwiegende Dammverletzungen werden in der Forschungsliteratur untersucht?

### Forschungsfrage F2:

Welche den Damm schützenden Maßnahmen bei der Geburt evaluiert die Forschung?

### Forschungsfragen F3:

F3a: Welche Maßnahmen halten österreichische Hebammen für optimal, um den Damm bei der Geburt zu schützen?

F3b: Was begünstigt die Umsetzung des als optimal angesehenen Vorgehens, was steht ihr entgegen?

F3c: Wie schätzen die Hebammen die Risikofaktoren für schwerwiegende Dammverletzungen ein?

# Methode für F1 und F2

- Medline, Web of Science und MIDIRS wurde folgende Suche durchgeführt:  
(((pelvic floor) OR (perineal tear) OR perineal trauma) OR perineal support) AND ((birth) OR (midwife))
- Suche in der Cochrane Library mit (perineum AND tear) und (perineum AND midwife) mit der Einschränkung auf Full Systematic Reviews

# Präpartale Risikofaktoren

- Parität
- fetale Größe,
- Body Mass Index, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
- ethnische Zugehörigkeit

# Intrapartale Risikofaktoren

- Einstellung und Haltung des kindlichen Kopfes
- Dauer der Austreibungsperiode
- Schulterdystokie
- Epiduralanästhesie
- Vaginal-operative Geburt
- Fundusdruck – Kristeller-Manöver

# Scoringsysteme, Risikobewertung

- Risikobewertung anhand von Striae-Score oder Dammhöhenmessung
- Was tun mit identifizierten Risikofaktoren?
- Es gibt sogar AutorInnen, die bei anhaltender hinterer Hinterhauptshaltung zu einem Kaiserschnitt raten.

# Episiotomie

- = iatrogene Geburtsverletzung
- restriktive Anwendung in Leitlinien empfohlen
- im Hinblick auf schwerwiegende Dammrisse sowohl als Risikofaktor aber auch als protektiver Faktor identifiziert
- 2012 bei 17,5% aller vaginalen Geburten in Österreich
- zwei Schnitttechniken
  - Ø mediolateral (Winkel von 40 bis 60 Grad): 97,7% aller Episiotomien in Österreich 2012
  - Ø median

# Protektive Maßnahmen für den Damm bei der Geburt

- Gebärhaltung/Gebärposition
- Begleitung und Anleitung der Gebärenden durch die Hebamme
- manuelle Dammschutztechniken, Hands-on versus Hands-off
- physikalische und komplementärmedizinische Maßnahmen

# Auswahl von untersuchten Outcomes

- keine OASI versus OASI (OASI ist die Abkürzung für den englischen Begriff Obstetric Anal Sphincter Injury, also Geburtsverletzungen mit Sphinkterbeteiligung)
- Dammverletzung, die eine Nahtversorgung erfordert versus keine derartige Verletzung
- Verletzungen werden gemäß der Klassifizierung gelistet und gegebenenfalls gruppiert
- Schmerzen im Bereich der Perineums zu verschiedenen Zeiten nach der Geburt
- Harn-, Flatus- und Stuhlkontinenz einige Monate nach der Geburt



# Gebärpositionen

- Gebärhaltung
- starke soziokulturelle Komponente
- Hebammen üben einen wesentlichen Einfluss bei der Wahl der Gebärposition aus
- Soong 2005: Frauen in halbliegender Position geboren hatten, mussten häufiger genäht werden. Nach einer Geburt im Vierfüßler traten signifikant weniger Geburtsverletzungen auf.
- Gupta 2012: keine Relation

# Begleitung und Anleitung durch die Hebamme

- *birth talk*: universelle Konstanten in der Kommunikation
- *push* = das am häufigsten verwendete Wort
- Betreuungsstile: begleiten oder mehr anleiten
- Anleiten zum Luftanhalten und möglichst langem und starkem Mitschieben noch immer verbreitete Praxis – obwohl es Evidenz für die negative Auswirkungen auf Mutter und Kind gibt
- „unterstützende Anleitung“

# Manuelle Dammschutztechniken

- *hands-on versus hands-off*
- *HOOP*-Studie von McCandlish 1998: Outcome = Schmerzen 10 Tage nach der Geburt: Die Frauen aus der Hands-poised-Gruppe verspürten signifikant mehr Schmerzen, nach drei Monaten kein Unterschied mehr
- Mayerhofer 2002: empfehlen die Hands-poised-Methode als sichere und effektive Alternative.
- Trochez 2012: Interview von 1000 Hebammen in England; Hypothese, dass mehr Hands-off weniger Episiotomien und mehr OASI bedeute.

# Hands-on-Techniken

- Beugetechnik
- Ritgen-Handgriff
- Interventionsprogramm in Norwegen

*Die Hebamme drückt mit der linken Hand den Kopf des Neugeborenen, um die Durchtrittsgeschwindigkeit am Scheideneingang zu kontrollieren. Die rechte Hand unterstützt den Damm und versucht das Kinn des Neugeborenen zu fassen. Wenn ein guter Griff auf das Kinn möglich ist, wird die Gebärende dazu aufgefordert, mit dem Mitschieben aufzuhören und schnell zu atmen. Die Hebamme hilft dem Kopf durch den Scheideneingang. Wenn der Großteil des Köpfchens geboren ist, wird der Ring, den der Damm bildet, über das Kinn des Kindes hinuntergestreift.*

Reduktion von 4-5% OASI auf 1-2%

Andere mögliche Faktoren für Reduktion durch das Interventionsprogramm.

# Weitere Maßnahmen am Damm

- Positiver Effekt von warmen Kompressen und Massage mit Gleitgel
- bei Anwendung Rate von DRIII/IV signifikant niedriger

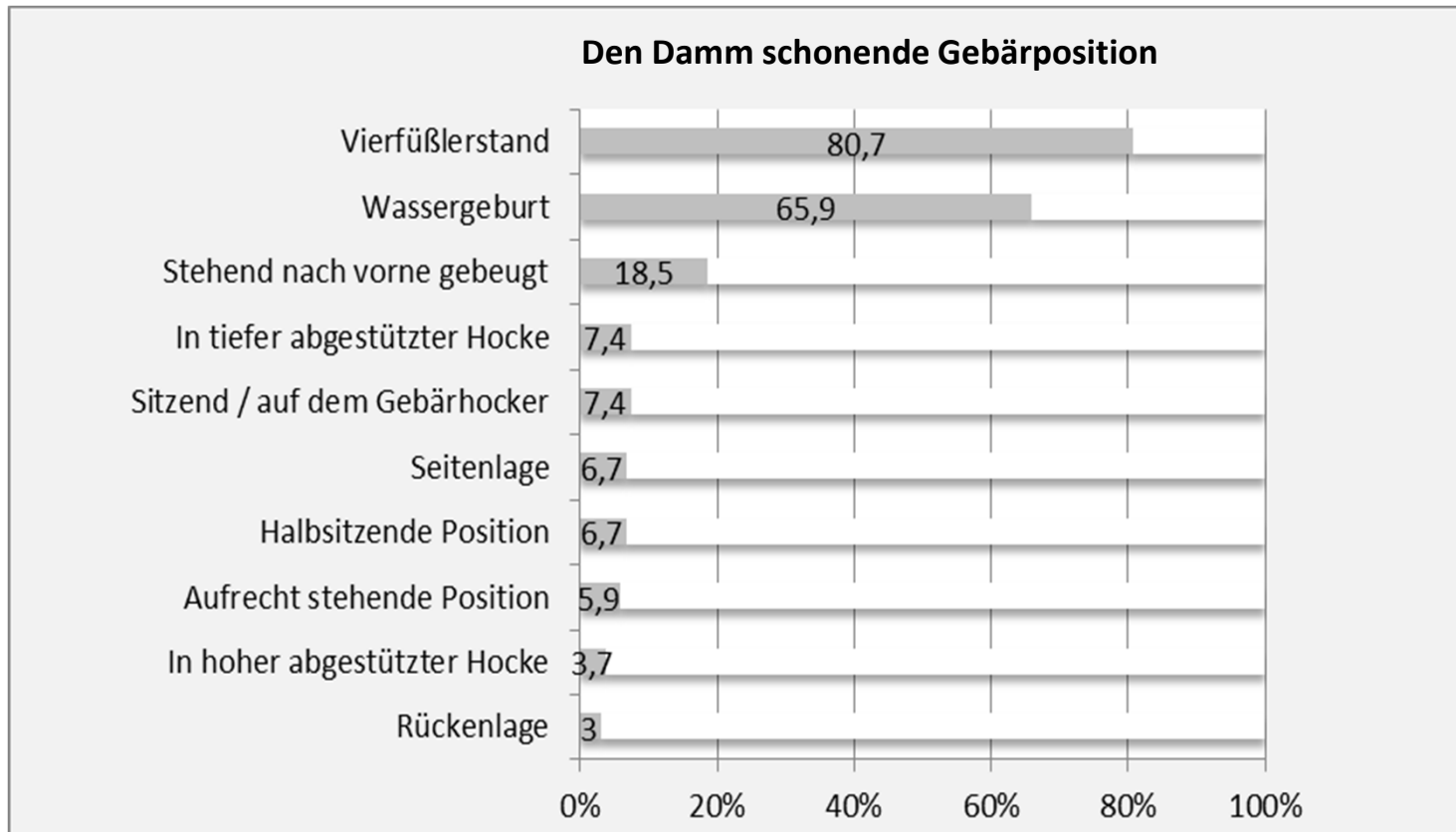
# Befragung von österreichischen Hebammen

- F3a: Welche Settings und Maßnahmen halten österreichische Hebammen für optimal, um den Damm bei der Geburt zu schützen?
- F3b: Was begünstigt die Umsetzung des als optimal angesehenen Vorgehens, was steht ihr entgegen?
- F3c: Wie schätzen die Hebammen die Risikofaktoren für schwerwiegende Dammverletzungen ein?

# Methode

- 2016 Hebammen im Frühjahr 2014 registriert
- an jede fünfte Hebamme wurde per Post ein Fragebogen geschickt
- Rücklauf: 135 (davon 133 vollständig) – 33,8%

# Welche Gebärpositionen beim Durchtritt des Kindes halten Sie für besonders schonend für den Damm?



Der Damm bei der Geburt



*„Welches Vorgehen in der Durchtrittsperiode halten Sie für am besten geeignet, um Geburtsverletzungen vorzubeugen?“*

Nur 8 von 135 Hebammen, also 5,9% fanden aktives Anleiten am geeignetsten. 119 hingegen hielten das spontane Mitschiebenlassen für das schonendste Vorgehen

# Umsetzung

## **facilitators**

- gute Kooperation mit Ärztin/Arzt
- 1:1 Betreuung
- gutes Körpergefühl der Gebärenden
- Geduld, Zeit
- Ruhe
- physiologische Geburt, gutes CTG

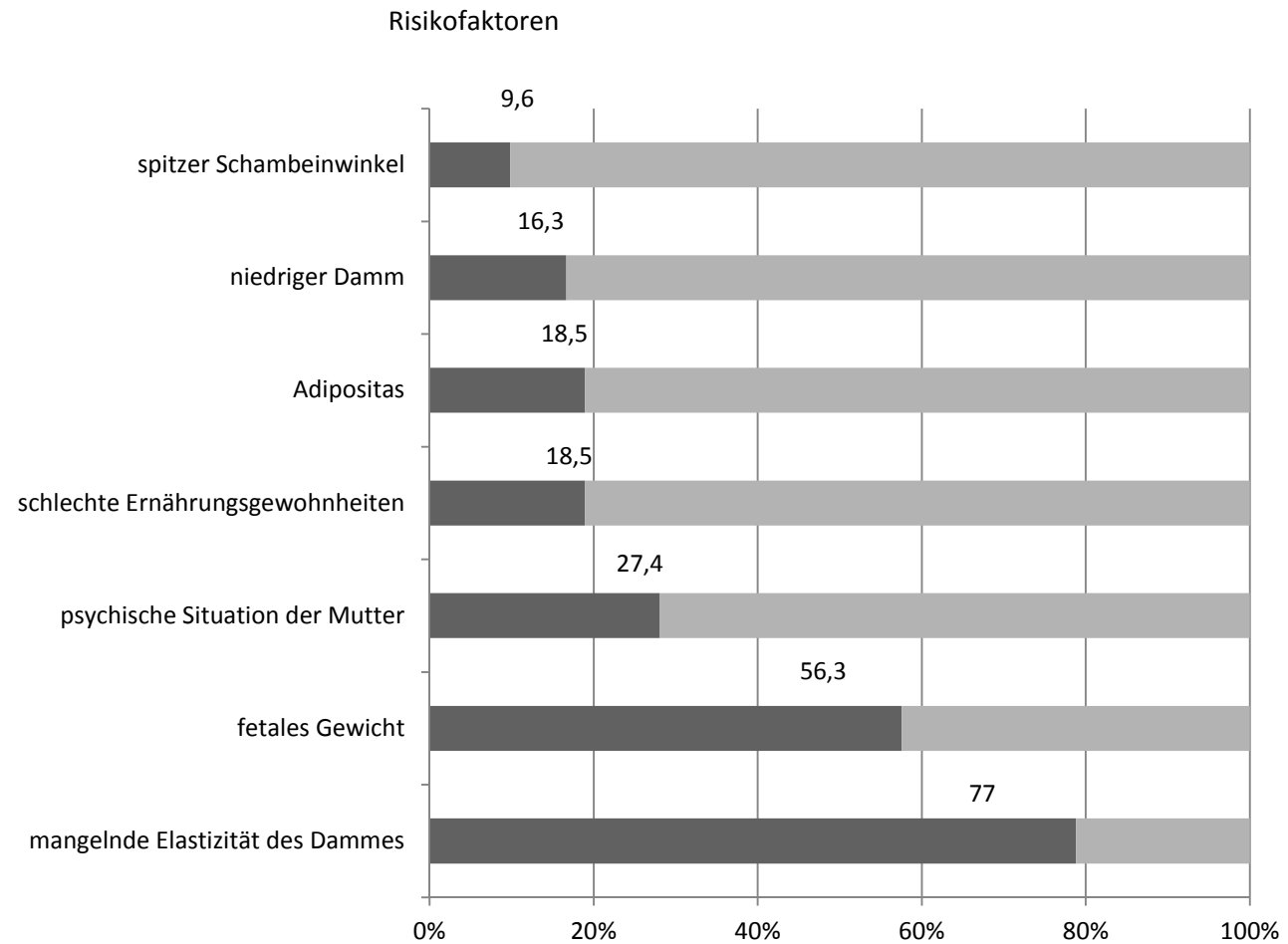
## **inhibitors**

- schlechte Kooperation mit Ärztin/Arzt
- zu viele Frauen gleichzeitig
- schlecht informierte Gebärende
- Stress
- Hektik
- pathologischer Geburtsverlauf; Dauer-CTG

# Dammschutztechniken

- zwei Drittel: eine Hand am Kopf des Kindes
- ein knappes Drittel (30,4%): Hands-off. (Wassergeburten)
- 51,1%: klassischer Dammschutz
- 14,1%: Hinterdammgriff nach Rittgen (bei Bedarf)

## F3c *Wie schätzen die Hebammen die Risikofaktoren für schwerwiegende Dammverletzungen ein?*



Der Damm bei der Geburt

Fragen nach **Risikofaktoren** und nach den **protektiven Maßnahmen** wurden sowohl an die Forschungsliteratur als auch an die Hebammen gerichtet.

- Forschung: sehr unterschiedliche Bewertung der Risikofaktoren
- Hebammen : Verteilung hingegen prägnant.
  - Ø mehr als drei Viertel geben mangelnde Elastizität des Dammes an
  - Ø mehr als die Hälfte das Gewicht des Kindes
  - Ø mehr als ein Viertel: psychische Situation der Gebärenden

- wenig evidenzbasierte Empfehlungen für Maßnahmen, die sich schützend auf den Damm bei der Geburt auswirken
- Über die **Entfaltungsvorgänge**, die **Dehnung** am Damm bei der Geburt und der Bedeutung von **körpereigenen Gleitmitteln** liegen keine genauen Erkenntnisse vor.

## Bei der Geburt

Ausgehend von den Antworten der Hebammen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten.

- Die Gebärende darin unterstützen, die jeweils für sie passende **Haltung** einzunehmen. Die Evidenz und die Befragung der Hebammen sprechen dem Vierfüßlerstand einen stark protektiven Effekt zu. Dabei ist zu bedenken, dass die Gebärende in dieser Position eher exponiert und ungeschützt ist.
- Als Hebamme überhaupt die Möglichkeiten nutzen, die **Bewegungen des Beckens** für den Geburtsverlauf bieten. Dazu gibt es bereits viel Wissen auch von anderen Berufsgruppen.
- Die **Dauer der Austreibungsphase** per se ist kein Grund für Interventionen.

- **Langsame** Geburt des Kopfes und der Schultern ermöglichen.
- **Wassergeburt** ermöglichen.
- Valsalva-Manöver vermeiden. Wenn es notwendig ist, mehr anzuleiten, dann ausgehend vom Pressdrang der Frau anleiten – im Sinne von *supportive directive*
- Unterschiedliche **Dammschutztechniken** anwenden können.
- Anwendung von warmen **Kompressen** oder wasserlöslichem **Gel** erwägen.
- **Ruhe** im Kreißzimmer ist dem Geburtsgeschehen zuträglich und fördert die Konzentration aller Beteiligten.
- **Episiotomie** nach strenger Indikation. Eventuell andere Indikationen als fetalen Stress mitbedenken.



*birth must occur slowly*  
*R-E-A-L-L-Y-S-L-O-W-L-Y*  
*(Julie Frohlich 2011)*