Gute Geburt genadelt...? – Wirkung der geburtsvorbereitenden Akupunktur

Aida Burkart, Studentin an der ZHaW, Winterthur

Die Nachfrage von Schwangeren nach geburtsvorbereitender Akupunktur ist groß. Hebammen, die Akupunktur anbieten, verweisen darauf, dass die geburtsvorbereitende Akupunktur den natürlichen Verlauf einer Geburt unterstützt. Was sagt die Forschung? Aida Burkart ist dieser Frage in ihrer Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft nachgegangen und hat Studien recherchiert, mit denen die Effekte der Akupunktur untersucht wurden. Die betreuende Lehrperson der Arbeit war Isabell Schmid.

Erklärungsmodelle: Wie wirkt Akupunktur?

Die Wirkungsweise der Akupunktur wird in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) und in der westlichen Medizin unterschiedlich beschrieben. Die TCM ist eine jahrtausendalte Erfahrungs- und Beobachtungsheilkunde, die sich durch ihre ganzheitliche Betrachtung von Körper und Seele auszeichnet [1, 2]. Ein zentraler Begriff in der TCM ist das Qi. Es ist die Basis aller Energien und vitalen Substanzen eines Organismus und ist die treibende Kraft für alle Lebensprozesse [2]. In der chinesischen Vorstellung fließt das Qi in den menschlichen Körperleitbahnen, den sogenannten Meridianen [1]. Ziel der TCM in der Schwangerschaft ist, dass das Qi korrekt fließt, da dies unter anderem die Basis ist für eine harmonische Geburt [3]. Mit der geburtsvorbereitenden Akupunktur können Ungleichgewichte (Blockaden/Mangel/Überschuss) so beeinflusst werden, dass ein **Gleichgewicht an Qi-Energien** wieder hergestellt wird [4].

Die westliche Medizin beschreibt die Wirkweise der Nadelung. Durch das Nadeln eines Akupunkturpunktes wird ein oberflächlich gelegener Nerv gereizt. Dieser Stimulus gelangt zum Rückenmark und wird von dort zum Hirn weitergeleitet [5]. Hier setzen die Signale körpereigene Substanzen wie **Endorphine** frei. Diese wirken wie starke Schmerzmittel [6]. Des Weiteren bewirkt die periphere Reizausübung der Akupunktur eine **Innervation mit einem inneren Organ**, wodurch dessen Funktion beeinflusst werden kann [5].

Römer et al. wiederum beschreiben die Einflussnahme der geburtsvorbereitenden Akupunktur auf den natürlich ablaufenden Prozess der Zervixreifung. Sie vermuten, dass Akupunktur eine Aktivitätssteigerung dieses Prozesses bewirkt [7].

Geburtsvorbereitende Akupunktur

Geburtsvorbereitende Akupunktur wird ab der 36. SSW einmal wöchentlich durchgeführt mit einer Behandlungsdauer von 20–30 Min. und von speziell ausgebildeten Gynäkologen und Hebammen [17]. Je nach Position der Schwangeren kann bilateral oder einseitig genadelt werden [3]. Die Nadel wird während der Sitzung nicht gedreht oder bewegt. Diese Technik wird als neutral bezeichnet [3]. Für die Geburtsvorbereitung werden bestimmte Nadelpunkte akupunktiert, die vielzählig kombiniert werden können – auch abhängig von der geburtshilflichen Anamnese.

Ziel der geburtsvorbereitenden Akupunktur ist eine optimale körperliche und geistige Vorbereitung auf die Geburt.

Akupunktur gilt als nahezu nebenwirkungsfreie Therapie [7]. In manchen Fällen können lokale Hautirritationen auftreten. Gelegentlich kann eine Erstverschlechterung der Symptome auftreten, welche in der Regel nach einigen Stunden wieder abklingt [8].

Abb. 1–8 zeigen die in den Studien verwendeten Akupunkturpunkte. Abb. 1–5 zeigen die Punkte, die laut Literatur üblicherweise für die Geburtsvorbereitung genadelt werden.

Literaturrecherche

Zum Thema Akupunktur in der Geburtshilfe finden sich zahlreiche Ratgeber, in denen jedoch die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit von Akupunktur kaum thematisiert wird. In einer systematischen Literaturrecherche in den beiden Datenbanken *The Cochrane Library* und

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

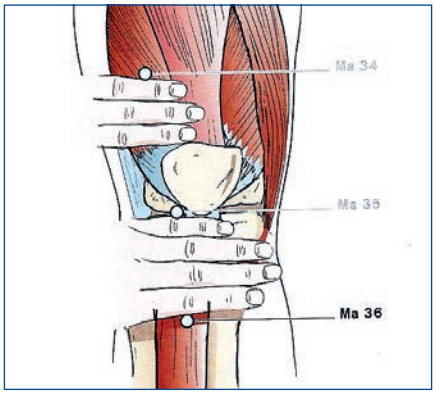

Abb. 1 Ma (=Magen) 36 Zusanli. Dieser Akupunkturpunkt nährt Qi [3].

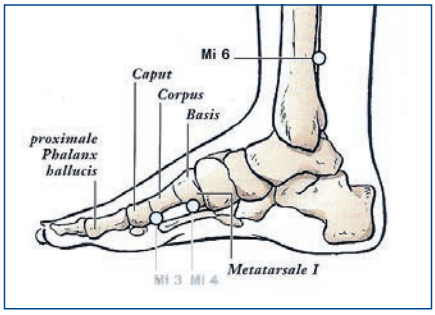

Abb. 2 Mi (=Mitte) 6 Sauginjiar. Dieser Akupunkturpunkt wirkt auf die Zervixdilatation [3].

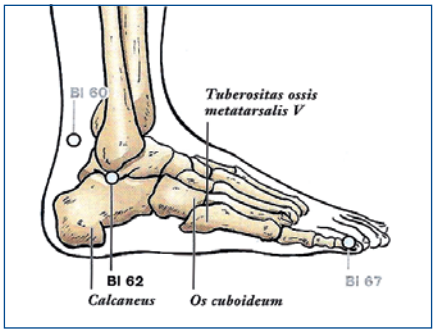

Abb. 3 Bl (=Blase) 62 Shenmai. Dieser Akupunkturpunkt wirkt auf die Entspannung von Muskeln und Sehnen [6].

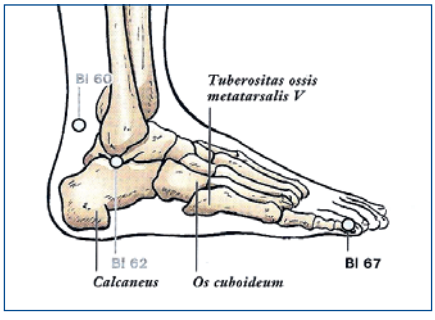

Abb. 4 Bl 67 Zhiyin. Dieser Akupunkturpunkt wirkt geburtsvorbereitend [1]. Außerdem wird er für die Kindsdrehung bei BEL genadelt [6].

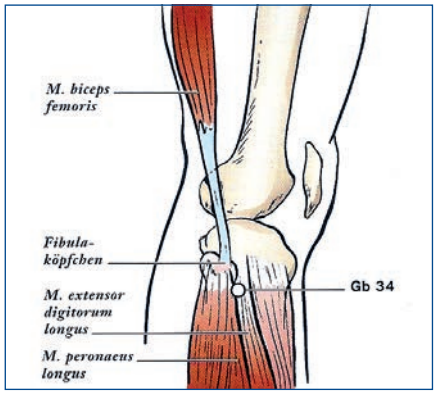

Abb. 5 Gb (=Gallenblase) 34 Yanglingqua. Dieser Akupunkturpunkt bewirkt eine Lockerung und Entspannung der Ligamente [3].

Abb. 6 He (=Herz) 7 Shenmen. Dieser Akupunkturpunkt hilft bei psychosomatischen Erkrankungen und Angstzuständen. Zusätzlich beruhigt er den Geist [9].

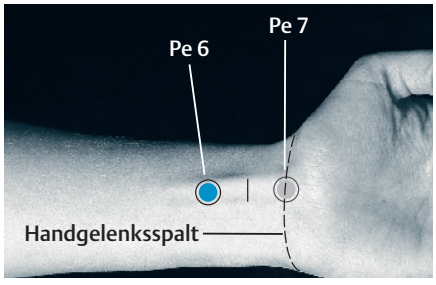

Abb. 7 Pe (=Perikard) 6 Neignan. Dieser Akupunkturpunkt hilft bei psychosomatischen und gynäkologischen Funktionsstörungen mit schmerzhaftem Spannungsgefühl. Er reguliert Abdomen und Unterleib (Hecker et al., 2002). Er beruhigt den Geist [2].

MiDirs im Zeitraum September bis November 2013 unter Verwendung der Schlüsselbegriffe *„acupuncture“*, *„duration of labo“*, *„labor“ AND „effect“* wurden drei Forschungsberichte gefunden. Die Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Literaturarbeit waren:

- Die Studien müssen den Effekt geburtsvorbereitender Akupunktur bei Primiparae auf die Geburt untersuchen. Die Akupunktur wird demnach bereits in der Schwangerschaft und vor Einsetzen der Wehen angewendet.
- Als Akupunkturmethode wird in der Studie einzig die traditionelle chinesische Methode der Manual Akupunktur einbezogen.
- Es werden nur deutsch- und englischsprachige Studien verwendet.
- Studien, die auf Tierversuchen basieren, werden ausgeschlossen.

Studien zur Wirksamkeit: Vorgehen und Qualität

Tab. 1 zeigt die drei Studien, die mit dem o. g. Vorgehen recherchiert wurden und die die Einschlusskriterien erfüllen.

Studie von Römer et al. (2000) [7]

Die Studie von Römer et al. ist eine **randomisierte kontrollierte** Studie mit einer großen Zahl an Studienteilnehmerinnen (N=878) (Evidenzlevel Ib gemäß Stahl 2008) [13]. Die Kollektivzugehörigkeit der Teilnehmerinnen erfolgte prospektiv fortlaufend nach einer Liste mit aufsteigender Nummerierung. Die Listenposition ist nach dem Zufall besetzt. Der Bishop-Score ist in der Studie eines der zentralen Datenerhebungsinstrumente

Abb. 1–5 aus: Hecker, H.-U., Steveling, A., Peuker, E. T. & Kastner, J. (2002). Lehrbuch und Repetitorium mit TCM-Modulen. 2. Aufl. Hippokrates Verlag Stuttgart [9].
Abb. 6–7 aus: Römer, A. (2013). Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen. Hippokrates Verlag Stuttgart [10].

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Tab. 1 Studien zur Wirksamkeit von geburtsvorbereitender Akupunktur.

	Römer, Weigel, Zieger & Melchert „Veränderung der Zervixreife und Geburtsdauer nach Geburtsvorbereitender Akupunkturtherapie. Das Mannheimer Schema“ [7]	Zeisler, Tempfer, Mayerhofer, Barrada & Husslein „Influence of Acupuncture on Duration of Labor“ [11]	Lyrenäs, Lutsch, Hetta & Lindberg „Acupuncture before Delivery: Effect on Labor“ [12]
Jahr	2000	1998	1987
Design	Randomisierte kontrollierte Studie	Fallkontrollstudie	Fallkontrollstudie
Ziel	Einfluss von geburtsvorbereitender Akupunktur auf Zervixlänge, Bishop-Score und Geburtsdauer	Einfluss von geburtsvorbereitender Akupunktur auf die Dauer der Geburt	Einfluss von geburtsvorbereitender Akupunktur auf Zervix, Uterus (Kontraktionen) und Schmerz
Ort	Universitätsklinik Mannheim, Deutschland	nicht benannt	Zwei Geburtskliniken in Uppsala, Schweden
Größe der Stichprobe	878	120	168
Drop outs	nicht benannt	59	nicht benannt
Einschluss-kriterien	Primiparae, geburtsvorbereitende Akupunktur ab der 36. SSW	Primiparae, komplikationslose Schwangerschaft, Spontangeburt. Empfohlen: mindestens vier Akupunktursitzungen	Primiparae, geburtsvorbereitende Akupunktur ab der 36. SSW, freiwillige Teilnahme
Ausschluss-kriterien	alle Indikationen zur primären Sectio, Blutungen in der Spätschwangerschaft (ab der 28. SSW), geplante Sectio bei BEL, Mehrlinge, vorzeitige Wehentätigkeit mit erforderlicher Tokolysebehandlung, Gerinnungsstörung der Mutter	Diabetes, schwangerschaftsbedingte Hypertonie, BEL, Rhesusinkompatibilität, Mehrgebärende, fetale Wachstumsretardierung, Fehlbildungen, Zervixreifungen mit Prostaglandinen, schlecht geführte Dokumentation	nicht benannt
Intervention	Interventionskollektiv: ab 36. SSW 1 × Woche geburtsvorbereitende Akupunktur Kontrollkollektiv (A): ab 36. SSW einmal wöchentlich eine als „psychisch ausgleichend“ geltende Akupunkturtherapie Kontrollkollektiv (B): keine Akupunktur	Interventionskollektiv: ab 36. SSW 1 × Woche geburtsvorbereitende Akupunktur Kontrollkollektiv: keine Akupunktur	Interventionskollektiv: ab 36. SSW 1 × Woche geburtsvorbereitende Akupunktur Kontrollkollektiv (A): Lymphpunktion (keine AT) und psychologisches Gespräch Kontrollkollektiv (B): keine Akupunktur
Nadelpunkte	Ma 36 (Zusanli), Gb 34 (Yanglingquan), Mi 6 (Sanyinjiao), Bl 67 (Zhinyin) ab 38. SSW	LG 20 (Baihui), He 7 (Shenmen), Pe 6 (Neiguan)	Ma 36 (Zusanli), Gb 34 (Yanglingquan) Mi 6 (Sanyinjiao), Bl 62 (Shenmai)
Primär erhobene Daten	Geburtsdauer, Bishop-Score, Zervixlänge, Trichterbildung	Geburtsdauer, Dauer spontaner Blasensprung bis Geburt, vorzeitiger Blasensprung	Geburtsdauer
Sekundär erhobene Daten	Sekundäre Wehenschwäche, dysfunktionelle Wehentätigkeit, wehenunterstützende Maßnahmen, Geburtseinleitungen	wehenunterstützende Maßnahmen, Häufigkeit der Epiduralanästhesie, Schmerzmittel, Episiotomie und Geburtsverletzungen, Vakuumextraktionen	Eintrittszeitpunkt in Geburtsklinik, Schwangerschaftsdauer, wehenunterstützende Maßnahmen, Häufigkeit der Epiduralanästhesie, Schmerzmittel, Vakuumextraktionen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

und gilt als valide. Die verwendete Kombination der Akupunkturpunkte entspricht dem **in der Literatur typischerweise beschriebenen Vorgehen**. Die beiden angewendeten **statistischen Verfahren** (t-Test und χ^2-Test) sind für die Auswertung der vorliegenden Daten der Studie geeignet.

Ein Qualitätsmerkmal von Forschungsarbeiten ist die sogenannte **Verblindung** bei der Datenerhebung: die Personen, die die Daten der Studienteilnehmerinnen erfassen, wissen nicht, zu welcher Untersuchungsgruppe (Intervention- oder Kontrollgruppe) die jeweiligen Teilnehmerinnen gehören. Das Wissen um die Gruppenzugehörigkeit kann die Beteiligten bei der Datenerhebung (z. B. bei der VU zur Erfassung des Bishop-Scores) unbewusst beeinflussen und somit die Ergebnisse verfälschen. Im Forschungsbericht von Römer et al. wird nicht beschrieben, ob eine solche Verblindung durchgeführt wurde.

Damit die Ergebnisse in den Interventions- und Kontrollgruppen vergleichbar sind, sollten die Gruppen hinsichtlich relevanter Aspekte homogen sein (da man sonst Äpfel mit Birnen vergleicht). In der Studie von Römer et al. stimmen die Untersuchungsgruppen überein bei Faktoren wie Parität, Alter, Belastungen in der Schwangerschaft, Anwendung anderer geburtsvorbereitender Maßnahmen. Allerdings werden wichtige Einflussgrößen für den Geburtsverlauf wie Körpergröße, Gewicht, Ethnie, Zeitpunkt und Art des Blasensprunges nicht beachtet.

Die Geburtsdauer, als ein **primäres Outcome-Kriterium** der Studie, ist insofern problematisch, da die Definition des Geburtsbeginnes – ab Beginn regelmäßiger muttermundswirksamer Wehen – naturgemäß unpräzise ist. Da diese Aspekte die Aussagekraft der Studie von Römer et al. mindern, handelt es sich um eine teilweise valide Forschungsarbeit.

Studie von Zeisler et al. (1998) [11]

Die Zuteilung der Studienteilnehmerinnen in die Interventions- oder in die Kontrollgruppe findet in der Forschungsarbeit von Zeisler et al. nicht nach dem Zufallsprinzip (**Randomisierung**) statt (Evidenzlevel III gemäß Stahl 2008) [13]. Das **Outcome-Kriterium Geburtsdauer** ist folgendermaßen definiert: MM 3 cm bis Geburt des Kindes. Diese Definition ist exakter im Vergleich zur Studie von Römer et al.. Um die Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Einflussgrößen Blasensprung und Weheninfusion zu gewährleisten, haben die Autoren **homogene Untergruppen** gebildet und verglichen. Die **statistischen Verfahren** Wilcoxon-Test und χ^2-Test sind für die Analyse der Daten dieser Studie geeignet.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

In der Arbeit von Zeisler et al. fehlen Angaben zum Ort und zum Zeitraum der Datenerhebung. Die **Stichprobengröße** mit 120 Teilnehmerinnen scheint eher klein. Außerdem wurde keine statistische Analyse durchgeführt, mit der man die Stichprobengröße ermitteln kann, die für die Ermittlung von signifikanten Ergebnissen notwendig ist (**Powerkalkulation**). Des Weiteren fehlen **Angaben zur Vergleichbarkeit** der Untersuchungsgruppen hinsichtlich Einflussgrößen auf den Geburtsverlauf wie Alter, Größe, Gewicht oder Ethnie. Da diese Variablen die Ergebnisse beeinflussen können, ist die **Validität** der Studie eingeschränkt. Es wird nicht deutlich, ob eine sog. Verblindung stattgefunden hat. Die Auswahl der Akupunkturpunkte in der Studie **unterscheidet sich von der üblichen Auswahl**, wie sie in der gängigen Literatur beschrieben wird. Dies wird nicht begründet. Diese genannten Aspekte mindern die **Validität und Aussagekraft** der Untersuchungsergebnisse.

Studie von Lyrenäs et al. (1987) [12]

Die Studie von Lyrenäs et al. weist sehr **gravierende Mängel** auf, die ihre Aussagekraft sehr einschränken. Es werden keine Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmerinnen genannt und es ist nicht nachvollziehbar, ob die Studienteilnehmerinnen in den Gruppen homogen und somit vergleichbar sind hinsichtlich der relevanten Einflussgrößen. Bei der Datenerhebung findet keine Verblindung statt. Sehr problematisch ist die Definition der Geburtsdauer mit Eintritt der Gebärenden in die Geburtsklinik bis zur Geburt des Kindes. Hier wird der Beginn der Geburt fälschlicherweise gleichgesetzt mit einer persönlichen und medizinischen Entscheidung der Frauen und des Klinikpersonals aus sehr unterschiedlichen Gründen. Außerdem weist die Untersuchung formale Ungenauigkeiten auf und liegt bereits 27 Jahre zurück. Die Studienergebnisse von Lyrenäs et al. werden deshalb nachfolgend nicht näher vorgestellt.

Tab. 2 Ergebnisse.

	Römer et al. [7]	Zeisler et al. [11]
Statistisch signifikante Ergebnisse	Verkürzte Geburtsdauer um 2 h 4 min Stärkere Zervixreifung Verbesserte Wehentätigkeit	Verkürzte Geburtsdauer um 2 h 5 min Häufiger vorzeitiger Blasensprung Verbesserte Wehentätigkeit
Nicht signifikante Ergebnisse	Terminüberschreitungen	Epiduralanästhesie Gebrauch von Schmerzmittel Episiotomie Verletzungen der Vagina Vakuumextraktionen

Welche Effekte hat geburtsvorbereitende Akupunktur?

Tab. 2 zeigt die Ergebnisse der beiden in die Literaturarbeit eingeschlossenen Studien in der Übersicht.

Römer et al. ermitteln eine **signifikant kürzere Geburtsdauer** der Interventionsgruppe (akupunktierte Frauen) im Vergleich zur Kontrollgruppe B (nicht akupunktierte Frauen) (t-Test, $p < 0.0001$). Auch im Vergleich mit der Kontrollgruppe A (Frauen mit einer Akupunktur, welche nicht speziell geburtsvorbereitend ist) ist die Geburtsdauer in der Interventionsgruppe signifikant kürzer (t-Test, $p < 0.002$). Die mittlere Geburtsdauer der Interventionsgruppe beträgt 470 Min. mit einer Standardabweichung von 190 Min. (Mittelwert ± 1 Standardabweichung). Im Kontrollkollektiv A hingegen beträgt diese 536 ± 200 Min. und im unbehandelten Kontrollkollektiv B 594 ± 241 Min. Die verkürzte Geburtsdauer der Interventionsgruppe bezieht sich auf die Eröffnungsperiode, die **Dauer der Austreibungsperiode ist nicht verändert** im Vergleich zu den beiden anderen untersuchten Gruppen.

Die Zervixreifung wird mit dem Bishop-Score ermittelt. Mit diesem Score wird nach einer vaginalen Untersuchung die prognostische Geburtsbereitschaft der Schwangeren beurteilt [14]. Es zeigt sich eine **signifikant größere Geburtsreife in der Interventionsgruppe** im Vergleich zu den beiden anderen untersuchten Gruppen.

Die Veränderungen der Zervixlänge wurden außerdem vaginalsonografisch ermittelt (Differenz der Zervixlänge zu Beginn der Akupunkturtherapie bzw. in der 36. SSW und nach der 4. Akupunktursitzung bzw. in der 40. SSW). Sie unterscheiden sich ebenfalls signifikant in den Kollektiven. Die Interventionsgruppe weist gegenüber beider Kontrollgruppen eine **signifikante Zervixverkürzung** auf sowie eine **signifikant häufigere Trichterbildung** im Bereich des inneren MM. Die Forscherinnen interpretieren diesen Nachweis als vorgeburtliche Reifung der Zervix.

Retrospektiv kann im Studienkollektiv ein **signifikant geringeres Vorkommen** von sekundärer Wehenschwäche, dysfunktioneller Wehentätigkeit und ein signifikant seltener Gebrauch von medikamentösen wehenfördernden Maßnahmen ermittelt werden im Vergleich zu den anderen beiden Kollektiven.

Die Autoren kommen zum Fazit, dass geburtsvorbereitende Akupunktur die Wehenkoordination unter der Geburt deutlich verbessert und somit der Gebrauch von Wehenmittel (intravenöser Oxytocintropfinfusion) merklich reduziert ist.

Bezüglich der Parameter Zeitpunkt der Geburt und Anzahl der Terminüberschreitungen finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kollektiven. Die Autoren schließen daraus, dass geburtsvorbereitende Akupunktur keinen Einfluss auf die Dauer

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

der Schwangerschaft und das Vorkommen von Übertragungen hat.

Zeisler et al. ermitteln eine **signifikant verkürzte Geburtsdauer** (Wilcoxon 2-sample Test, $p<0.0001$) der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die mittlere Dauer der Eröffnungsperiode der Interventionsgruppe beträgt 196 Min., in der Vergleichsgruppe 321 Min. Die Dauer der Austreibungsphase ist in beiden Kollektiven gleich (57 Min.).

Die Zeitspanne zwischen spontanem Blasensprung und Geburt des Kindes zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Die mittlere Dauer der Interventionsgruppe beträgt 376 Min., in der Kontrollgruppe lediglich 194 Min. In der Interventionsgruppe kann ein signifikant häufigeres Auftreten eines vorzeitigen Blasensprungs gegenüber der Kontrollgruppe ermittelt werden. Bei 66.7 % der akupunktierten Frauen, jedoch nur in 33.3 % der nicht-akupunktierten Frauen ist dies der Fall (χ^2-Test, $p=0.02$).

Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass die geburtsvorbereitende Akupunktur den vorzeitigen Blasensprung begünstigt.

Frauen mit geburtsvorbereitender Akupunktur erhalten während der Geburt signifikant seltener eine Wehenunterstützung mit Oxytocin.

In der EP bekommen 85 % der Kontrollgruppe, im Vergleich zu 15 % der Interventionsgruppe (χ^2-Test, $p=0.01$) Oxytocin zur Wehenunterstützung. Während der AP erhalten 72 % der nicht-akupunktierten Frauen, jedoch nur 28 % der akupunktierten Frauen eine Weheninfusion (χ^2-Test, $p=0.03$). Mit Blick auf die Häufigkeit einer Epiduralanästhesie, dem Gebrauch von Schmerzmittel, der Notwendigkeit einer Episiotomie sowie Verletzungen der Vagina lassen sich **keine signifikanten Unterschiede** beider Gruppen ausmachen.

Fazit

Beide vorgestellte Studien weisen methodische Schwächen auf, weshalb ihre Aussagekraft eingeschränkt ist.

Nichtsdestotrotz verweisen die Ergebnisse darauf, dass die geburtsvorbereitende Akupunktur die Eröffnungsperiode verkürzen kann.

Einen Einfluss auf die Austreibungsperiode wurde dahingegen nicht nachgewiesen. Frauen, die in der Schwangerschaft akupunktiert werden, benötigen offenbar weniger Wehenmittel. Dies lässt auf eine **bessere Koordination der Wehentätigkeit** schließen. Trotz kürzerer

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Geburtsdauer benötigen die akupunktierten Frauen **nicht mehr bzw. nicht häufiger Schmerzmittel**. Keinen Einfluss scheint die Akupunktur auf das Vorkommen von vaginalen **Geburtsverletzungen**, auf die Notwendigkeit einer **Episiotomie** und einer **operativen Geburtsbeendigung** mittels VE zu haben. Ferner konnte kein Einfluss der geburtsvorbereitenden Akupunktur auf die **Dauer der Schwangerschaft** und auf einen **früheren Geburtsbeginn** ermittelt werden.

Die Studienergebnisse verweisen darauf, dass die geburtsvorbereitende Akupunktur den physiologischen Geburtsverlauf fördern kann.

Schwangere, die regelmäßig akupunktiert werden, werden in diesen letzten Wochen vor der Geburt in der Regel von einem konstanten Personenkreis betreut und erfahren dadurch eine zusätzliche kontinuierliche Begleitung. Dieser Aspekt hat möglicherweise weitere Auswirkungen auf die Geburtsphysiologie [15].

Empfehlungen für Forschung und Praxis

Weitere Forschung mit randomisierten kontrollierten und bestenfalls multizentrischen Studien ist für eine weitere Evidenzbasierung und für eine Aktualisierung notwendig.

Für die Bewertung einer Geburt ist – neben Kriterien wie die Geburtsdauer und die Anzahl der Interventionen – das **Erleben der Frauen** maßgeblich. Deshalb sollten unbedingt die Erfahrungen und Empfindungen der Frauen mit der geburtsvorbereitenden Akupunktur erforscht werden.

Experten wie Ansgar Römer und Monika Walter, die viel Praxiserfahrung mit geburtsvorbereitender Akupunktur haben, beobachten einen weiteren wichtigen Effekt: eine **verbesserte Rekonvaleszenz** nach der Geburt. Dieser Aspekt ist jedoch bislang nicht wissenschaftlich belegt und sollte in weiteren Studien untersucht werden.

Akupunktur kann schwangeren Frauen als Möglichkeit zur Geburtsvorbereitung aufgezeigt werden. Hierbei ist es wichtig, dass die Frauen beraten werden und ihnen nicht-invasive Alternativen aufgezeigt werden, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können. Evidenzbasiertes Arbeiten bedeutet nämlich in der Praxis die Forschungserkenntnisse und die Bedürfnisse der Frauen zu berücksichtigen [16].

Trotz oder gerade wegen der hochtechnischen Medizin im 21. Jahrhundert ist es wünschenswert, wenn der natürliche Prozess der Geburt respektiert und behütet wird. Hierfür brauchen wir im Arbeitsalltag eine salutogenetische Grundhaltung. Akupunktur scheint hierfür eine gute Möglichkeit zu bieten.

Literatur

1 Römer A (1999). Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen. Ein Kurzlehrbuch. Stuttgart: Hippokrates Verlag

2 Maciocia G (1997). Die Grundlagen der Chinesischen Medizin. Ein Lehrbuch für Akupunkteure und Arzneimitteltherapeuten. 2. Auflage. Kötzting: Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr

3 Betts D (2010). Akupunktur für Schwangerschaft und Geburt. München: Urban & Fischer

4 Szabados S (2009). Auswirkungen der geburtsvorbereitenden präpartalen Akupunktur auf das Geburtsergebnis bei Erst- und Mehrgebärenden. Dissertation. Universität Hamburg

5 Schneider H, Husslein P-W, Schneider KTM (Hrsg.) (2011). Die Geburtshilfe. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag

6 Hecker H-U, Peuker ET, Steveling A, Kluge H (2003). Handbuch Traditionelle Chinesische Medizin. Stuttgart: Haug Verlag

7 Römer A, Weigel M, Zieger W, Melchert F (2000). Veränderung der Zervixreife und Geburtsdauer nach geburtsvorbereitender Akupunkturtherapie. Das Mannheimer Schema. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 60, 513–518

8 Friese-Berg S (2014). Interview am 7. September 2014. Konstanz

9 Hecker H-U, Steveling A, Peuker ET, Kastner J (2002). Lehrbuch und Repetitorium mit TCM-Modulen. 2. Aufl. Stuttgart: Hippokrates Verlag

10 Römer A (2013). Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen. Stuttgart: Hippokrates Verlag

11 Zeisler H, Tempfer C, Mayerhofer K, Barrada M, Husslein P (1998). Influence of Acupuncture on Duration of Labor. Gynecol. Obstet. Invest. 46: 22–25

12 Lyrenäs S, Lutsch H, Hetta J, Lindberg B (1987). Acupuncture before Delivery. Effect on Labor. Gynecol. Obstet. Invest. 24: 217–224

13 Stahl K (2008). Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V. evidenzbasiertes Arbeiten. Karlsruhe: BDH/Deutscher Hebammenverband. 23–30

14 Geist C, Harder U, Stiefel A (2007). Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 3. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag

15 Schmid V (2011). Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell. Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH

16 Cluett ER, Bluff R (Hrsg), Sayn-Wittgenstein F zu (dt. Hrsg.), (2003). Hebammenforschung. Grundlagen und Anwendung. Bern: Hans Huber Verlag

17 Römer A, Weigel M, Zieger W (Hrsg.) (1998). Akupunkturtherapie in Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Standortbestimmung in klinischer Forschung und praktischer Anwendung. Stuttgart: Hippokrates Verlag

Aida Burkart
Rosenweg 5
CH-8590 Romanshorn
E-Mail: burkaaid@students.zhaw.ch

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.