



Geburtsarbeit

Hebammenwissen zur Unterstützung
der physiologischen Geburt



DHV-
Expertinnenwissen



Anschrift der Autorinnen

Esther Göbel

Hebammenpraxis Bühlau
Grundstr. 174
01324 Dresden

Kirstin A. Hähnlein

Berner Fachhochschule Gesundheit
Murtenstr. 10
CH-3008 Bern

Ursula Jahn-Zöhrens

Alte Dobler Str. 2
75323 Bad Wildbad

Astrid Krahl

Lindenstr. 9
48282 Emsdetten

Vera Luft

Isarstr. 1
76694 Forst

Renate Meyer

Stapelfelder Stieg 4 a
22143 Hamburg

Andrea Mora

Libanonstr. 54
70184 Stuttgart

Astrid Olshausen

Keplerstr. 5
22765 Hamburg

Rainhild Schäfers

Hägerstr. 77
48161 Münster

Gerlinde Schmidt

Glücksburgerstr. 55
28219 Bremen

Elisabeth Schmidt-Bäumler

Im Schammat 25
54294 Trier

Petra Schönberner

Markelstr. 17
12163 Berlin

Henriette Thomas

Eisenlohrstr. 18
76135 Karlsruhe

Sandra Tomaselli

Musikantenweg 44
60316 Frankfurt a. M.

Viola Weiss

Badstr. 27
71134 Aidlingen

Projektleitung:**Antje Kehrbach**

Cellerstr. 60
28205 Bremen

Inhalt

Grundlagen	1	4.5	Vorgeburtliche Maßnahmen zum Umgang mit dem Schmerzerleben während der Geburt	39
1 Was ist eine normale Geburt?	2	4.6	Maßnahmen während der Geburt ...	41
<i>Astrid Krahl</i>				
1.1 Definition der normalen Geburt	2			
1.2 Warum ist die Förderung der normalen Geburt wichtig?	3	5	Manualdiagnostik während der Geburt	57
1.3 Die Beurteilung des Geburtsfortschritts	4	5.1	<i>Kirstin A. Hähnlein</i>	
1.4 Hebammen, die Expertinnen für die normale Geburt?	5	5.2	Für die Hebammenarbeit ist Manualdiagnostik bedeutend	57
2 Rechtsfragen	7	5.3	Manualdiagnostik trainieren	58
<i>Henriette Thomas, Petra Schönberner</i>		5.4	Harnblase	61
2.1 Vorbehaltene Tätigkeiten	7	5.5	Bauchmuskulatur und Bindegewebe .	62
2.2 Homöopathie und Akupunktur	7	5.6	Uterusmuskulatur und funktionelle Kontraktionen	65
2.3 Sorgfaltspflicht	8	5.7	I. Leopoldscher Handgriff	72
2.4 Aufklärungspflicht	10	5.8	II. Leopoldscher Handgriff	77
2.5 Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Arzt	11	5.9	III. Leopoldscher Handgriff	85
2.6 Dokumentation	13	5.10	IV. Leopoldscher Handgriff	88
2.7 Das Selbstbestimmungsrecht der Frau	13	5.11	Zangemeister-Handgriff	93
3 Die Begleitung der Geburt	20	6	Ballotement	96
<i>Petra Schönberner, Rainhild Schäfers, Antje Kehrbach</i>			Gebärhaltungen	100
3.1 Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess	20	6.1	<i>Esther Göbel</i>	
3.2 Beziehungsaufbau und Kommunikation während der Geburt	22	6.2	Was sind Gebärhaltungen?	100
3.3 Entscheidungsfindung	26	6.3	Grundlagenwissen	100
3.4 Maßnahmen zur Vermeidung einer Traumatisierung während der Geburt	31	6.4	Gebärhaltungen für nichtaktive Geburtsphasen	120
4 Schmerzmanagement	36	6.5	Gebärhaltungen, die Intimität vermitteln oder zulassen	121
<i>Rainhild Schäfers</i>		6.6	Gebärhaltungen, die den Kontakt zum Kind fördern	121
4.1 Definition	36	6.7	Gebärhaltungen, die die Reflexe des Kindes fördern	122
4.2 Hintergrund	36	6.8	Bestimmung der Gebärhaltung im Zusammenspiel von Kopf und Körper des Kindes und Wehenkraft ..	124
4.3 Ätiologie des Geburtsschmerzes	37		Zusammenfassung: Günstige Gebärhaltungen in speziellen Situationen	127
4.4 Funktion des Geburtsschmerzes	38			

7	MH Kinaesthetics in der Geburtsarbeit	138
	<i>Andrea Mora</i>	
7.1	Was ist MH Kinaesthetics?	138
7.2	Erstes Konzept: Interaktion	139
7.3	Zweites Konzept: Funktionale Anatomie	141
7.4	Drittes Konzept: menschliche Bewegung	145
7.5	Viertes Konzept: Anstrengung	147
7.6	Fünftes Konzept: Menschliche Funktion	150
7.7	Sechstes Konzept: Umgebung	153
7.8	Fazit	154

Praxis

8	Geburtsbeginn/Frühe Eröffnungsphase/Latenzphase	156
	<i>Elisabeth Schmidt-Bäumler, Ursula Jahn-Zöhrens</i>	
8.1	Definition	156
8.2	Was braucht die Gebärende?	158
8.3	Betreuungsschwerpunkte	159
8.4	Terminüberschreitung, Vorzeitiger Blasensprung ohne Wehen, Einleitung gewünscht	159
8.5	Wehenschwäche	163
8.6	Wehensturm	168
8.7	Sehr schmerzhaftes Wehen	169
8.8	Stagnerender Geburtsfortschritt	170
8.9	Suspekte kindliche Herztöne	172
8.10	Ungünstige kindliche Einstellung	172
8.11	Grünes Fruchtwasser	173
8.12	Auftreten von Blutungen	173
8.13	Angst vor der Geburt, den Schmerzen, Komplikationen oder um das Kind ...	174
8.14	Ungeduld	177
9	Aktive Eröffnungsphase	180
	<i>Viola Weiss, Vera Luft</i>	
9.1	Definition	180
9.2	Was braucht die Gebärende?	180
9.3	Betreuungsschwerpunkte	183
9.4	Unerträgliche Schmerzen	184
9.5	Suspekte Herztöne	192
9.6	Wehenschwäche	194

9.7	Geburtsstillstand/ geringer Geburtsfortschritt	198
9.8	Muttermundsdystokie	200
9.9	Wehensturm, Polysystolie	203
9.10	Drohende Pathologie	204
9.11	Hintere Hinterhauptshaltung	205
9.12	Deflexionshaltungen	210
9.13	Hoher Geradstand	211
9.14	Scheitelbeineinstellung	212
9.15	Roederer-Kopfhaltung	212
9.16	Angst der Betreuer	213
9.17	Ungeduldiger Partner	215
9.18	Ungeduldiges Kreißsaalteam	217
10	Übergangsphase	219
	<i>Esther Göbel, Gerlinde Schmidt</i>	
10.1	Definition	219
10.2	Was braucht die Gebärende?	219
10.3	Betreuungsschwerpunkte in der Übergangsphase	220
10.4	Muttermund nicht vollständig und massives Druckgefühl	220
10.5	Schwer aushaltbare Wehen in der Phase kurz vor dem Loslassen, starke Schmerzen	223
10.6	Schnell aufeinander folgende Wehen, we- nig Erholungsmöglichkeiten für Frau und Kind	225
10.7	Wehenschwäche	229
10.8	Nichttieftreten des vorangehenden Teils	231
10.9	Psychische Probleme der Frau beim Übergang von Passivität zu Aktivität	233
10.10	Suspekte kindliche Herztöne ab der 1. Presswehe	236
10.11	Angst der Frau, weiterzugehen (starkes Halten)	237
10.12	Todesangst der Frau	243
11	Geburt	246
	<i>Renate Meyer, Astrid Olshausen</i>	
11.1	Definition	246
11.2	Was braucht die Gebärende?	246
11.3	Betreuungsschwerpunkte	247
11.4	Fehlendes Tieftreten des Köpfchens	248
11.5	Stagnation, fehlende Kraft und Erschöpfung der Mutter	252
11.6	Wehenschwäche	253

11.7	Starke Schmerzen	255	13	Umstrittene Interventionen in der Geburtshilfe	291
11.8	Suspekte Herztöne	258		<i>Rainhild Schäfers, Sandra Tomaselli, Petra Schönberger</i>	
11.9	Schieben versus Pressen	259	13.1	CTG (Kardiotokographie)	291
11.10	Angst vor Dehnungsschmerz	260	13.2	Dammkompressen	295
11.11	Angst der Frau, die Scham loszulassen	262	13.3	Damm-Massage, intrapartal	296
11.12	Drohender Dammriss	263	13.4	Damm-Massage, präpartal	297
11.13	Angst der Betreuer	264	13.5	Dammschutz: hands off- versus hands on-Technik	298
12	Nachgeburtsphase	266	13.6	Einlauf	298
	<i>Petra Schönberger</i>		13.7	Epi-no®	299
12.1	Definition	266	13.8	Episiotomie	300
12.2	Was braucht die Gebärende?	266	13.9	Gebärhaltungen: Rückenlage und langes Hocken	301
12.3	Betreuungsschwerpunkte	266	13.10	Hyaluronidase-Injektion (HAase) in das Perineum	303
12.4	Unterstützung beim Erstkontakt mit dem Neugeborenen	267	13.11	Kristellerhilfe	303
12.5	Anpassungsstörung des Neugeborenen	268	13.12	Lokalanästhesie im Dammbereich ...	304
12.6	Abnabelung	269	13.13	Vaginale Untersuchungen während der Geburt	305
12.7	Probleme beim ersten Stillen	270	13.14	Wehenmittel	306
12.8	Begleitung der Plazentalösung	271			
12.9	Verzögerte Plazentalösung	274	Anhang	313	
12.10	Postpartale Blutungen	276	Abbildungsnachweise	314	
12.11	Geburtsverletzungen	280	Die Autorinnen	315	
12.12	Geburt eines Kindes mit besonderen Bedürfnissen	283	Sachregister	322	
12.13	Starke Nachwehen	284			
12.14	Schmerzen im Genitalbereich	285			
12.15	Harnverhalt post partum	286			
12.16	Traumatische Situation	287			
12.17	Verlegung der Mutter oder des Kindes in der außerklinischen Geburtshilfe	288			

Grundlagen

1	Was ist eine normale Geburt?	2
2	Rechtsfragen	7
3	Die Begleitung der Geburt	20
4	Schmerzmanagement	36
5	Manualdiagnostik während der Geburt	57
6	Gebärhaltungen	100
7	MH Kinaesthetics in der Geburtsarbeit	138

1 Was ist eine normale Geburt?

Astrid Krahl

Hebammen vertreten den Standpunkt, dass Schwangerschaft, Geburt und Familienentwicklung vitale, normale, gesunde und soziale Lebensprozesse sind. In der Förderung der normalen Geburt erkennen sie ein Potenzial, das kurz- und langfristig positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und deren Familien hat (16).

In der Münchener Erklärung bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen mit der deutschen Politik, vertreten durch die damalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer, Hebammen als die geeigneten Expertinnen für die Betreuung der normalen Geburt (22). In Deutschland besitzen Hebammen die rechtlichen Grundlagen für eine selbstständige und selbstverantwortete Betreuung und Begleitung von Frauen und ihren Kindern bei regelrecht verlaufender Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenen- und Wochenbettzeit. Regelrecht meint den Normen entsprechend.

Doch was kennzeichnet die normale Geburt und wie kann sie gefördert werden? Vom beruflichen Standpunkt aus ist es für Hebammen unerlässlich, möglichst genau zu definieren, was ein normaler Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf ist, um einen geeigneten Bewertungsmaßstab für ihre selbstständige Arbeit zu entwickeln und zu nutzen.

1.1

Definition der normalen Geburt

Eine allgemein anerkannte Definition einer normalen Geburt stammt von der **WHO** (1996):

Eine normale Geburt zeichnet sich aus durch einen „spontanen Geburtsbeginn bei niedrigem Ausgangsrisiko und gleichbleibend wenig Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufes. Das Neugeborene wird aus Schädellage spontan mit einem Gestationsalter von 37 bis 42 vollendeten Wochen geboren. Post partum befinden sich Mutter und Kind in gutem Allgemeinzustand.“

In Großbritannien werden neben dem physiologischen Prozess auch die Nicht-Intervention, die Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit von Frauen sowie eine unterstützende Geburtsumgebung als Merkmale einer normalen Geburt benannt (2).

Zum einen geht es also um eine gelungene natürliche oder physiologische Geburt, an deren Ende eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind stehen. Zum anderen geht es aber auch um die soziale Unterstützung, die Mit- und Selbstbestimmung von Frauen und um die Förderung des Wohlbefindens von Mutter und Kind. Soo Downe (5) nennt dies eine **salutogenetische Geburt**, da physische, psychische, soziale und kulturelle Bedürfnisse der Frauen gleichermaßen Beachtung finden.

Diese Definitionen erfordern **zusätzliche Unterdefinitionen**, um im praktischen Arbeitsalltag für Hebammen handhabbar zu werden. Wann beginnt eine Geburt? Was kennzeichnet ein niedriges Ausgangsrisiko? Was genau bedeutet: „gleichbleibend wenig Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufes“?

In der konkreten Geburtsbegleitung brauchen Hebammen weitere Unterdefinitionen, die den Geburtsverlauf differenzierter betrachten, und die ihnen eine fortlaufende und vorausschauende Einschätzung des Vorgangs erlauben. Nur dann wird es möglich, sich auf notwendige Interventionen zu beschränken und die normale Geburt zu fördern.

In der Debatte um die Medizinalisierung und Medikalisierung weiblicher Lebensphasen werden medizinische Normierungen während der Geburt kritisch hinterfragt (10). Aus diesem Grund stellt sich die Frage, welche Unterscheidungen oder Normierungen sinnvoll sind, um Hebammen und Frauen den oben genannten Zielen näher zu bringen.

1.1.1 Was ist normal?

Was Einzelne als normal erachten, ist abhängig von gesellschaftlichen und sozialen Definitionen, vom Wissens- und Forschungsstand, von dem was üblich und damit bekannt ist. Der **Sinn von Normierungen** liegt darin, eine Vergleichsbasis zu schaffen, die eine Einschätzung und Orientierung und sinnvolle Handlung ermöglicht. Eine Norm ist daher eher zielangemessen und zweckdienlich und nicht primär „wahr“ oder „richtig“ (18).

Normierungen richten sich nach **verschiedenen Kriterien** aus. Die Idealnorm folgt traditionellen oder individuellen Werten wie Schönheit oder Richtigkeit. Sie hat beispielsweise Einfluss auf das individuelle Selbst-Ideal. Die statistische Norm folgt Berechnungen von Häufigkeiten, Wahrscheinlichkeiten, Durchschnittswerten und Idizes. Funktionelle Normen betrachten Gegenstandsbe- reiche wie Laufen, Sprechen und Liebenkönnen, aber auch z. B. ganz allgemein das Wohlbefinden.

Abweichungen von statistischen Normwerten brauchen zur Bewertung der Aussage immer einen Bezugspunkt. Dieser erfolgt über eine Funktionsnorm, die messbar sein kann, oder, wie im folgenden Beispiel, eine subjektive Einschätzung. Beispiel: Ein Blutdruck von 95/50 mm Hg wird als niedrig und behandlungsbedürftig eingeschätzt, wenn die betreffende Person auch über Schwindel und Müdigkeit klagt. Fühlt sie sich dagegen gut und im täglichen Leben nicht eingeschränkt, erscheint die Hypotonie „funktionsbereinigt“ für diese Person als normal und nicht therapiebedürftig.

Eine Normierung muss sich immer an ihrer **Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit** messen lassen. Alles davon Abweichende ist zunächst einmal wertungsfrei eine Varianz. Ab wann wird daraus eine Störung, Regelwidrigkeit, Abnormalität oder Pathologie? Das heißt, ab wann wird die Zielverwirklichung behindert?

1.2

Warum ist die Förderung der normalen Geburt wichtig?

Eine Geburt ist, wie jeder andere vitale Prozess auch, ein **komplexes physiologisches Zusammenspiel** von verschiedenen Prozessen, das bislang noch nicht gut verstanden wird. Die Dynamik

der Prozesse und die Auswirkungen von vielfältigen physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Einflussfaktoren sind weitgehend unerforscht und rücken nur langsam in das wissenschaftliche Interesse.

Der **Rhythmus der Geburt** folgt einem sensiblen Zusammenspiel verschiedener Hormone. Einige Untersuchungen untermauern das Erfahrungswissen von Hebammen, dass dieser physiologische Prozess der Geburt hochsensibel auf die Geburtsumgebung, Interventionen und den zwischenmenschlichen Umgang reagiert (3, 15, 12). Das Hormon Oxytocin spielt hier eine zentrale Rolle. Es wirkt sich nicht nur körperlich direkt auf den Uterus und die Erzeugung von Wehen aus, sondern fördert als sogenanntes Liebeshormon auch die ganze Bandbreite mütterlicher Gefühle.

Ob Ultraschall, medikamentöse Geburtseinleitung und Wehenförderung, vaginale Untersuchungen, Amniotomie, Episiotomie oder cardiotocographische Untersuchungen, **jede Intervention während der Geburt** greift in irgendeiner Form in die physiologische Dynamik der Körperprozesse ein. Was sie dort genau bewirkt, ist in vielen Fällen bis heute nicht systematisch untersucht (19, 17).

Doch konnten beispielsweise Studien zum routinemäßigen Einsatz von Einläufen, Rasuren und Episiotomien mögliche schädigende Auswirkungen belegen und inzwischen ein Umdenken in den Kliniken bewirken (s. auch ► **Kap. 13**).

Auch die medizinischen Definitionen von **normal, suspekt, abweichend oder pathologisch** sind häufig umstritten und nicht immer gut erforscht. Viele medizinische Interventionen sind nur in Bezug auf eine Behandlung pathologischer Zustände untersucht worden (17, 9).

Im Zuge der Entwicklung der **evidenzbasierten Geburtshilfe** in den letzten zwei Jahrzehnten entspannen sich zahlreiche Kontroversen um diese, häufig routinemäßig durchgeführten, Praktiken. Zeitgleich etablierten sich die ersten wissenschaftlich ausgebildeten Hebammen in diesem Forschungsbereich und untersuchen seither geburtshilfliche Betreuungspraktiken aus einem völlig neuen Blickwinkel. Diese Entwicklung setzt sich immer weiter fort, so dass hebammenspezifische

sche und frauenorientierte Fragestellungen heute zumindest im anglo-amerikanischen und skandinavischen Raum einen festen Platz in der geburts-hilflichen Forschungslandschaft erhalten haben. Auch wenn viele Bereiche bislang noch wenig beleuchtet sind, können Hebammen heute auf einen stattlichen Fundus von Forschungsergebnissen zurückgreifen, um Konzepte zur Förderung der normalen Geburt zu erarbeiten und zu untermauern.

1.3

Die Beurteilung des Geburtsfortschritts

Viele Interventionen ergeben sich aus der Beurteilung des Geburtsfortschritts. Zur kontinuierlichen Bewertung des Voranschreitens wird die Geburt in Phasen unterteilt, die spezifische physiologische Prozesse markieren. Diese **Geburtsphasen** sind international nicht einheitlich definiert und so verwundert es nicht, dass Diagnosen, wie protrahierte Eröffnungs- oder Austreibungsphase, Geburtsstillstand, sekundäre Wehenschwäche oder Zervixdystokie, sehr unterschiedlich getroffen werden.

Für alle heute im Berufsleben stehenden Hebammen ist es selbstverständlich, Geburten je nach ihrem Verlauf in **normale oder protrahierte Geburten** zu unterteilen und mit entsprechenden Interventionen zu reagieren. Die Feststellung der normalen oder protrahierten Geburt erfolgt über vaginale Untersuchungen. Diese sind heute selbstverständlich und nicht mehr wegzudenken.

Diskussionen ranken sich primär darum, welcher maximale Abstand notwendig ist, um eine protrahierte Geburt nicht zu verschleppen. In Deutschland übliche Partogramme gehen von einem zweistündlichen Untersuchungsrythmus aus, der wenigstens eingehalten werden sollte. Spätestens dann sollte eine Zustandsbeurteilung erfolgen mit dem Ziel, einen protrahierten Verlauf zu erkennen und rasch zu reagieren.

Nach **heute gängiger Lehrbuchmeinung** eröffnet sich der Muttermund bei einer normalen Geburt um einen Zentimeter pro Stunde. Der Untersuchungsrythmus ist auf alle zwei Stunden festgelegt. Nach Ablauf dieser Frist kann ein protrahierter Verlauf bereits diagnostiziert und eine regulierende Intervention eingeleitet werden.

1.3.1 Worauf beruhen diese Zahlen und Zeitachsen?

Friedman (1954) war der erste Geburtshelfer, der eine „**Normkurve**“ für den **Geburtsverlauf** in Form einer S-förmig verlaufenden Kurve erstellt und zeitliche Durchschnitts-, Norm- und Grenzwerte festgelegt hat (7). Auch wenn seine Untersuchungen nicht mehr auf heutige geburts-hilfliche Verhältnisse übertragbar sind – beispielsweise weil wir heute über Möglichkeiten verfügen, eine Gefährdung von Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen-, haben sie grundlegend zum Verständnis des Geburtsverlaufes beigetragen.

Friedman und seine Mitarbeiter haben der S-Form der Muttermundseröffnung im zeitlichen Verlauf entlang **verschiedene Phasen mit unterschiedlichen Eröffnungsgeschwindigkeiten** beschrieben. Für die Eröffnungsphase sind das vom Beginn regelmäßiger Wehen an die Latenzphase und die aktive Eröffnungsphase, die wiederum unterteilt ist in die Akzelerationsphase, die Phase der maximalen Steigung und die Dezelerationsphase.

Friedmans Definitionen zum normalen und protrahierten Geburtsverlauf beeinflussen auch heutige geburts-hilfliche Entscheidungen. Aus dieser Zeit resultiert die **Daumenregel** von einer normalen Eröffnung des Muttermundes bei einer Geschwindigkeit von 1 cm pro 1 Stunde, die streng genommen nach Friedman jedoch nur auf die Phase der maximalen Steigung, d. h. in der Zeit zwischen MM 4 cm und 8 cm anzuwenden wäre.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass es eine große Variationsbreite an Geburtslängen gibt, und dass auch bei einer Muttermunderweiterung von 0,5 cm pro Stunde das Risiko einer Gefährdung für Mutter und Kind nicht wächst (1, 4).

Diese Eröffnungsgeschwindigkeit bezieht sich ausschließlich auf die **aktive Eröffnungsperiode**, d.h. ab dem Zeitpunkt, an dem sich der Muttermund nach heutigem Verständnis 3–5 cm weit geöffnet hat (27).

Die **Unterteilung der Eröffnungsperiode** in eine Latenzphase und eine aktive Eröffnungsphase ist in Deutschland nicht ganz üblich. In Bezug auf eine individualisierte Geburtsbetreuung macht es jedoch Sinn diese Unterteilung vorzunehmen.

Die **Latenzphase** beginnt mit dem Geburtsbeginn, der von den Frauen subjektiv sehr unterschiedlich empfunden wird (8). Für Hebammen beginnt die Geburt mit Zervix-wirksamen Wehen, ein Zeitpunkt, der nur annähernd angegeben werden kann.

Nach Friedman (24) beginnt die Geburt mit regelmäßiger wenigstens 10-minütiger Wehentätigkeit. Die Latenzphase kann sehr lange andauern, insbesondere wenn sich die Zervix bei Geburtsbeginn in einem noch geburtsunreifen Zustand befand. Friedman (24) bezeichnet eine Latenzphase erst ab einer Länge von 20 Stunden als prolongiert.

Andere Studien ziehen die Grenze bei 8 oder 12 Stunden, nach deren Ablauf sich ein **Anstieg an negativen Auswirkungen** auf Mutter und Kind in den retrospektiv ausgewerteten Daten zeigte (23, 29). Bei einer kritischen Auswertung dieser Studien bleibt jedoch die Frage offen, ob die negativen Auswirkungen ursächlich auf die verlängerte Geburtsphase zurückzuführen sind oder auf die daraufhin eingeleiteten Interventionen (25).

Wenn die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Muttermundseröffnung geschaffen wurden, tritt die Frau in die **aktive Eröffnungsphase** ein. Die Zervix ist verstrichen, zentriert und ca. 3–5 cm weit geöffnet. Auch wenn sich die Frau schon vorher im Geburtsprozess befindet, macht es erst ab diesem Zeitpunkt Sinn sie so zu betreuen als sei sie „unter der Geburt“.

Erst ab der aktiven EP ist es sinnvoll, das Vorschreiten des Geburtsprozesses auf einem Par-togramm zu bewerten.

In Großbritannien konnte festgestellt werden, dass Frauen, die in der Latenzphase in den **Kreis-saal** aufgenommen wurden, wesentlich **häufiger Interventionen** erhielten als Frauen, die sich bei der Aufnahme bereits in der aktiven Eröffnungsphase befanden (13). Eine zuvor durchgeführte Ersteinschätzung mit anschließendem Aufklärungsgespräch über die Geburtsphasen und die Möglichkeiten, damit umzugehen, führten zu einer starken Senkung der Interventionsraten.

Da **das Zuhause der Frauen** als der beste Aufenthaltort in der Latenzphase angesehen wird, gibt es in einigen Bezirken sogar Hebammen, die diese Geburtseinschätzungen auch dort vorneh-

men. Offensichtlich wird während der Kreißaalbetreuung bei der Frau und der Hebamme die Erwartung geschürt, dass die Geburt nun auch zügig voranschreiten muss.

Die Förderung der normalen Geburt verlangt von den Hebammen eine genaue Diagnose der Geburtsphase und einen entsprechend behutsamen Umgang mit der Bewertung des Geburtsfortschritts.

Diese Bewertung sollte immer innerhalb einer **umfassenden Beurteilung der Gesamtsituation**, des mütterlichen und kindlichen Wohlbefindens und unter der Berücksichtigung der Förderung der Selbstbestimmung der Frau erfolgen.

1.4

Hebammen, die Expertinnen für die normale Geburt?

Angesichts der hohen Interventionsraten (> 90%) während der Geburt und einer immer weiter steigenden Kaiserschnitt-rate stellt sich die Frage, was heute Hebammen als normale Geburt betrachten. Ist es die „übliche“ Geburt wie sie tagtäglich in deutschen Kliniken stattfindet, d.h. eine Geburt, bei der der Geburtsfortschritt durch engmaschige vaginale Untersuchungen überwacht wird, Wehen mit Oxytocin und/oder durch eine Amniotomie „unterstützt“ werden, ein Schmerzmanagement mit einer PDA durchgeführt wird und das Kind sicherheitshalber per Dauer-CTG überwacht wird? Oder ist es für die meisten Hebammen ein unbekanntes Phänomen, worüber viel geschrieben wird, was aber nur selten selbst erlebt wird?

Um Expertise zu entwickeln ist es wichtig, den entsprechenden Gegenstandsbereich nicht nur theoretisch, sondern praktisch kennen zu lernen. Das ist weder in der Ausbildung von Hebammen noch in ihrem klinischen Alltag gewährleistet. Wie also sammeln Hebammen Erfahrung in der Begleitung und Betreuung der normalen Geburt, damit sie Expertinnen werden können?

Ein wichtiger Schritt dahin ist, dass Hebammen **Konzepte der Betreuung und ihr Erfahrungswissen zusammentragen**, so wie in diesem Buch. Dieses Wissen muss wissenschaftlich



Elisabeth Schmidt-Bäumler

Hebamme, MSc Midwifery

- 1991 Hebammenexamen in Paderborn
 1991 – 1995 Angestellte Hebamme in Ansbach und Trier
 1995 – 1997 Auslandsaufenthalte in Holland, Pakistan und Uganda
 1997 – 2000 freiberufliche Hebammenarbeit in allen Bereichen
 2000 – 2003 Arbeit in Uganda, danach Vollzeitstudium an der University of Surrey in Guildford/Großbritannien, Abschluss: Master of Science (Midwifery)
 Seit 2003 freiberufliche Hebammenarbeit mit Beleg- und Hausgeburten in Trier



Henriette Thomas

Hebamme

- 1989 Hebammenexamen in Karlsruhe
 1989 – 1990 Klinikhebamme in Karlsruhe
 1990 – 1995 Klinikhebamme in Malsch sowie freiberufliche Schwangeren- und Wochenbettbetreuung
 Seit 1995 Hebamme in der Geschäftsstelle des Deutschen Hebammenverbandes



Sandra Tomaselli

Hebamme

- 1998 Hebammenexamen in Mainz
 1999 – 2002 Klinikhebamme im Kreiskrankenhaus Langenau, zusätzlich freiberufliche Arbeit in der Wochenbettbetreuung und Geburtsvorbereitung
 2003 – 2005 Forschungsassistentin an der University of British Columbia, Vancouver, Kanada
 2005/2006 freiberufliche Hebammenarbeit in der Wochenbettbetreuung und Geburtsvorbereitung
 Seit 2007 Klinikhebamme in Bad Homburg



Viola Weiss

Hebamme

- 1999 Hebammenexamen in Stuttgart
- 1999–2001 Klinikhebamme in der Städtischen Frauenklinik Stuttgart
- 2002–2005 Leitende Hebamme im Kreißaal der Städtischen Frauenklinik Stuttgart
- Seit Mitte 2005 Elternzeit, freiberufliche Hebammenarbeit und Urlaubsvertretung in der Schwangerenambulanz und im Kreißaal der Frauenklinik des Klinikums Stuttgart



Projektleitung

Antje Kehrbach

Hebamme, Krankenschwester und Dipl.-Berufspädagogin Pflegewissenschaft

- 1979 Krankenpflegeexamen
- 1979–1983 Arbeit als Krankenschwester in Neuss und Düsseldorf
- 1983–1985 Hebammenausbildung
- 1985–1992 Klinikhebamme an der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf
- 1992–1994 Schulassistentin und kommissarische Leitung der Hebammenschule in Bensberg
- 1994–1995 Klinikhebamme am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek in Hamburg
- 1994–2000 Lehramtsstudiengang Sekundarstufe II an der Universität Bremen
- 2000 1. Staatsexamen als Dipl.-Berufspädagogin Pflegewissenschaft
- 2000–2004 Beirätin für den Bildungsbereich im Präsidium des Bundes Deutscher Hebammen
- 2001–2003 Lehrerin an der Hebammenschule Bremerhaven
- 2002–2003 Projektleitung des Modellversuchs Hebammenkreißaal beim Senator für Frauen und Gesundheit in Bremen
- 2003–2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück
- Seit 2006 1. Vorsitzende der Hebammengemeinschaftshilfe e.V.
- Seit 2007 Referentin der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen

Sachregister

A

Ablenkung 157
 Abnabelung 269
 Akupressur 43
 Akupunktur 7, 39, 42
 Amniotomie 166
 Angst 188
 – die Scham loszulassen 262ff
 – der Betreuer 213, 264
 – vor Dehnungsschmerz 260
 – vor der Geburt 174ff
 – vor Kontrollverlust
 – vor Unbekanntem 242
 Angstmanagement 215
 Anordnungen, telefonische 11
 Anpassungsstörung
 des Neugeborenen 268
 Aromaöle als Badezusatz 187
 Aromaölmischungen, bewährte 187
 Aromatherapie 43
 Arzt, unerfahrener 11
 – Unerreichbarkeit 10
 – Untätigkeit 12
 Atemschiffchen 190
 Aufklärungspflicht 10
 Ausländische Frauen 149
 Austreibungsphase 246ff

B

Bach-Blütentherapie 44
 Bad, warmes 9, 44
 Ballottement 96, 98
 Bandelsche Furche 71, 180
 Basaltonus, uterinen beurteilen 65
 Bauchmuskulatur und Bindegewebe
 beurteilen 62
 Bauer-Reaktion 122
 Beckenbodenmuskulatur 117
 Beckenendlage 10
 Beckenmobilisation nach
 Ulrike Harder 250
 Beckenschaukeln im Tuch 207
 Belastungsstörung 17
 Belegarzt 12
 Beteiligung an Entscheidungen 30
 Betreuung, kontinuierliche 41
 Beziehungsaufbau während der
 Geburt 22
 Blasensprung vor Beginn
 regelmäßiger Wehen 160

Blutung, pathologische 173
 – postpartale 272, 276
 Brustwarzenstimulation 196

C

Cord-traction 275
 Cranio-Sakral-Therapie 40, 238
 Credéscher Handgriff 275
 CTG 291ff
 – pathologisches 10

D

Dammbereich, Lokalanästhesie 304
 Dammkompressen 295ff
 Damm-Massage, intrapartal 296
 – präpartal 297
 Dammriss 280, 282
 – drohender 263
 Dammschmerz 285
 Dammschutz: hands of- versus
 hands on-Technik 298
 Deflexionshaltungen 210ff
 Dokumentation 13
 Drucktest nach Penny Simkin 237

E

Einlauf 298
 Einleitung auf Wunsch 161
 Einstellungsanomalien 144, 152,
 172, 212, 256
 Entscheidungsfindung 26ff
 Entspannungsbad 9, 44
 Epi-no® 299
 Episiotomie 300
 Ergotamin 279
 Eröffnungsphase, aktive 5, 180ff
 – frühe 156ff
 Erschöpfung der Gebärenden 142,
 252
 Erstkontakt mit dem
 Neugeborenen 267
 Evidenzbasierte Hebammenarbeit 28
 – Medizin (EBM) 28

F

Frauen, angespannte 140, 142
 – Angst, die Scham loszulassen 262ff
 – ausländische 149

– erschöpfte 142
 – psychologische Probleme 233
 – Todesangst 243
 Fruchttod, intrauteriner 186
 Fruchtwasser, grünes 173
 Frühgeburt 283
 Fußmassage, metamorphische 221

G

Gate-Control-Theory 41
 Gebärhaltungen 100ff
 – Auswirkung auf die
 Beckenräume 101
 – die Autonomie, Schutz und Kraft
 ermöglichen 241
 – die den Kontakt zum Kind
 fördern 121
 – die die Reflexe des Kindes
 fördern 122
 – die Intimität vermitteln 121
 – dynamikbremsende 226
 – für nichtaktive
 Geburtsphasen 120
 – günstige, in speziellen
 Situationen 127ff
 Geburt 246ff
 – Angst vor der 174ff
 – Beziehungsaufbau während der 22
 – eines Kindes mit
 besonderen Bedürfnissen 283
 – Kommunikation während der 22ff
 – Manualdiagnostik während
 der 57ff
 – normale, Definition 2
 – traumatische 287
 – Traumatisierung während der 31
 – vaginale Untersuchungen während
 der 305
 – zu schnelle 186
 Geburtsbeginn 156ff
 Geburtsfortschritt, geringer 198ff
 – Beurteilung 4
 – stagnierender 170ff
 Geburtshindernis 200
 Geburtsphasen 4
 Geburtsprozess, Beziehungsarbeit 20
 Geburtsraum 26
 Geburtsschmerz, Funktion 38
 – psychosomatische Aspekte 41
 – Ursachen 37

Geburtsstillstand 198ff
 – destruktiver 199, 237
 – konstruktiver 199
 Geburtsverlauf, Normkurve 4
 Geburtsverletzungen 280ff
 – Blutungen 282
 – Versorgung 280
 Geburtsvorbereitungskurse 40
 Genitalbereich, Schmerzen 285
 Gesichtshaltung 210
 Gradient, dreifach absteigender 67
 Greifreflex, palmarer 124

H

Haltungsanomalien 144, 199
 Hämorrhoidenschmerz 285
 – Kräutertinktur 286
 Haptonomie 40, 197
 Harnblase, Palpation der 61
 Harnverhalt post partum 286
 Hebammenkreißaal 11
 Herpes labialis, Vater 9
 Herztöne, kindliche, suspekta 146, 172, 192, 258
 – – – ab der 1. Presswehe 236
 Hintere Hinterhauptshaltung 205
 Hirtenposition 240
 Hocken, langes 302
 Hoher Geradstand 211, 256
 Homöopathie 7, 45
 Hyaluronidase-Injektion (HAase) in
 das Perineum 303
 Hypnose 46

I

Iliosakralgelenk 100
 – Blockade 105
 – Prüfung der Beweglichkeit 237
 Indische Brücke 211
 Informed choice 27
 Informed consent 27
 Interventionen, geburtshilffliche 32
 – umstrittene 291

K

Kardiotokographie 291ff
 Katheterisieren 287
 Kinästhetik 138ff
 Kindsteil, vorangehender,
 Bewegungsfähigkeit 97
 – – identifizieren 88
 Kleidung 181
 Klitorisriss 282
 Knebelzeichen 97
 Kommunikation während der
 Geburt 22 ff

Kommunikationsmodell nach
 Schulz von Thun 23
 Kontraktionen, funktionelle,
 tasten 65
 – – Uterusmuskulatur 69
 – hypotone 70
 Kontraktionstypen 69
 Kontrollverlust, Angst vor 30
 Köpfchen, fehlendes Tiefertreten 248
 Kopfgefühl 97
 Kraniosakraltherapie 40, 238
 Kreißaalteam, ungeduldiges 217
 Kristellerhilfe 303

L

Labiensriss 280
 Labienbeschmerz 285
 Labienverletzung 282
 Labyrinthreflex, tonischer 122, 124
 Lachgas 48
 Lagerungsregel 172
 Latenzphase 5, 156ff
 Leopoldscher Handgriff, I. 72ff
 Leopoldscher Handgriff, II. 77ff
 Leopoldscher Handgriff, III. 85ff
 Leopoldscher Handgriff, IV. 88ff
 Lösungszeichen der Plazenta 271

M

M. longissimus dorsi 115
 M. pectoralis major 116
 M. piriformis 105, 239
 M. psoas major 110, 239
 M. rectus abdominis 115
 Manualdiagnostik während der
 Geburt 57ff
 Massagen 46
 Metamorphische Fußmassage 221
 MH Kinaesthetics 138ff
 Mikroblutuntersuchung (MBU) 192
 Milchprobe 274
 Misoprostol 307
 Muttermund, Lösen des 203
 – nicht vollständig und massives
 Druckgefühl 220
 Muttermundsdystokie 146, 200ff

N

Nabelschnur, Abriss 279
 Nachblutung, atonische 17
 Nachgeburtsphase 266ff
 Nachwehen, starke 284
 Nackenreflex, asymmetrischer
 tonischer 122, 124
 – symmetrischer tonischer 122
 Nahtmaterial 281

Nahttechnik 281
 Nelkenöl-Tampons 162
 Neugeborenes mit Fehlbildungen 283
 Noreia-Essenzen 229

O

Opioide 48
 Oxytocin 306

P

Partner, ungeduldiger 178, 215ff
 Pathologie, drohende 204ff
 Periduralanästhesie (PDA) 23, 50
 Plazenta, Inspektion 273
 – Lösung 271
 – – verzögerte 274
 – unvollständige 279
 Plazentaretention ertasten 72
 Plazentarperiode 266ff
 Polaritätsbehandlung 189
 Polysystolie 147, 203ff
 Posttraumatische
 Belastungsstörung 17
 Pressdrang, vorzeitiger 146
 Prostaglandine 307
 Pudendusnästhesie 52

Q

Quaddeln 47

R

Rechtsfragen 7ff
 Ressourcen mobilisieren 17, 175,
 238
 Retraktionsring tasten 70
 Rizinus-Cocktail 162
 Roederer-Kopfhaltung 152, 212
 Rückenlage 301
 Rückenschonendes Arbeiten 152

S

Sanduhrkontraktion 70
 Scheidensriss 280, 282
 Scheitelbeineinstellung 95, 152, 212
 Schieben versus Pressen 259
 Schmerzen im Genitalbereich 285
 – starke 184ff, 255ff
 – ohne erkennbare Ursache 256
 Schmerzmanagement 36ff
 Schocksymptomatik 279
 Schulterdystokie 9f
 Schürfwunde, schmerzhaft 286
 Schutzreaktion, dissoziative 33
 Sectioindikation 10

Seitenlage, asymmetrische 202
 Selbstbestimmung, psychologische
 Bedeutung 16
 Selbstbestimmungsrecht der Frau 13
 Shared decision making 27
 Sims-Lage 202
 Sorgfaltspflicht 8
 Spasmolytika 47
 Sphinkterverletzung 282
 Spinalanästhesie 52
 Stillen, erstes 270
 Stirnhaltung 210

T

Tätigkeiten, vorbehaltene 7
 Terminüberschreitung 159
 Tiefenentspannung 195
 Todesangst der Gebärenden 243
 Tokolyse 188
 Totgeborenes Kind 283
 Transaktionale Analyse 24

Traumatisierung, sexuelle 31
 Traumatische Geburt 31, 287

U

Übergangsphase 219ff
 Übertragung 159
 Ungeduld des Kreißsaalteams 217
 – des Partners 178, 215ff
 Uterusmuskulatur beurteilen 65
 Uterusruptur 71

V

Vaginale Untersuchung 305
 Verlegung der Mutter 289
 – des Kindes 290
 Vertrauensaufbau 21
 Visualisierung 228
 Vorangehender Teil,
 Nichttiefertreten 231
 Vorderhauptshaltung 210

W

Wehen, schnell aufeinander
 folgende 193, 225
 – schwer aushaltbare 223f
 Wehenanbetreuung zu Hause 158
 Wehenmittel 306ff
 Wehenpause, physiologische 199
 Wehenschwäche 142, 163ff, 194ff,
 229f, 253ff
 Wehensturm 168ff, 203ff
 Wehentee nach
 Ingeborg Stadelmann 162
 Wunsch-Section 15

Z

Zangemeister-Handgriff 93
 Zeichenblutung 156, 173
 Zervixriss 280
 Zilgreiübungen 208, 257
 Zusammenarbeit zwischen
 Hebamme und Arzt 11