

Christiane Schwarz, Katja Stahl (Hrsg.)

Beate Ramsayer

Die physiologische Geburt

EVIDENZ & PRAXIS

1. Auflage 2013
Elwin Staude
Verlag GmbH,
Hannover



ELWIN
STAUDE
VERLAG

und zeitnah durch verschiedene Hilfestellungen beispielsweise in Form von Bewegung und aufrechten Gebärhaltungen verhindern, dass sich daraus schwere Probleme entwickeln, die eine Geburt auf natürlichem Weg unmöglich machen.

Die Gebärende kann Sicherheit empfinden, weil sie beim Gebären nicht allein gelassen wird und sich gut auf die Geburt einlassen kann (26). Es gibt klare Hinweise darauf, dass dieses Gefühl der Sicherheit eine entscheidende Rolle im Prozess des Gebärens spielt, weil es wichtig ist, damit sich das körpereigene Hormon Oxytocin entfalten kann (45) (87).

Der besondere Wert der Hebammenbetreuung kann damit zusammenhängen, dass Hebammen zum einen Expertinnen für die Begleitung normaler Geburtsverläufe sind (108), weil sie über ein breites Fachwissen im Bereich des Gebärens verfügen. Durch dieses umfassende Wissen und aufgrund ihrer Ausbildung sind sie befähigt, selbstständig und eigenverantwortlich normale Geburtsverläufe zu betreuen (109) (110). Hebammenbetreuung geht mit einer hochwertigen, erreichbaren, effizienten und gleichzeitig einfühlsamen Betreuung der Gebärenden einher (111). Dabei scheint gerade eine langjährige Berufserfahrung mit einem hohen Maß an Einschätzungsfähigkeit im Prozess des Gebärens in Zusammenhang zu stehen (107).

Empfehlungen für die Praxis

- Alle Frauen sollten eine qualifizierte Hebammenbetreuung während der Geburt erhalten (6) (92).
- Alle Gebärenden sollten während der Geburt kontinuierlich in Form einer 1:1-Betreuung betreut werden (90).
- Hebammengeleitete Betreuung sollte jeder Gebärenden, die keine schwerwiegenden medizinischen oder geburtshilflichen Komplikationen aufweist, als Wahlmöglichkeit zur Verfügung stehen (92).

Gebärhaltung und Bewegung

„Mein Urinstinkt rief mir zu: Immer schön in Bewegung bleiben.“

Erfahrung von Martina, 2 Kinder (26)

Aufrechte Gebärhaltungen und Bewegung tragen zur Sicherheit eines normalen Geburtsverlaufs bei, weil dadurch nicht nur die Dynamik des Gebärens unterstützt wird, sondern sich auch das mütterliche Schmerzempfinden verringert und eine bessere Sauerstoffversorgung des Kindes damit einhergeht (112) (113) (114) (115) (116). Obwohl in Industrienationen die Rückenlage die häufigste Geburtsposition ist, gibt es keine Evidenzen für Vorteile dieser Gebärhaltung. Weder aus Sicht der Gebärenden noch

aus Sicht ihrer Kinder – außer dass es bequemer für die Betreuungspersonen sein mag (114).

Frauen bewegen sich seit Jahrhunderten während der Geburt und versuchen so, dem Wehenschmerz zu begegnen und mit ihm umzugehen. Sie haben ihre Kinder geboren, indem sie Positionen eingenommen haben, die dafür am angenehmsten waren und die ihnen am vorteilhaftesten schienen. Es war und ist ein zutiefst logisches Verhalten, um dem Prozess des Gebärens zu begegnen und ihn durchzustehen. Bereits vor ungefähr 2.500 Jahren wurde die aufrechte Gebärhaltung beschrieben, beispielsweise durch Hippokrates (460–337 v.Chr.), der Sohn einer Hebamme war. Noch ältere Hinweise geben ägyptische Zeichnungen, die beispielsweise Geburten auf Gebärstühlen darstellen oder Frauen zeigen, die gebären, indem sie sich über einen warmen Stein lehnen oder dort abstützen.

Die Bedeutung von aufrechten Gebärhaltungen und Bewegung geriet mit dem Einzug einer immer stärker medikalisierten und männlich geprägten Geburtshilfe zunehmend in Vergessenheit. So befürwortete der französische Geburtshelfer Francois Mauriceau (1637–1709) die liegende Gebärhaltung, weil sie für die Geburtshelfer bequemer war (116). Eine Zunahme geburtshilflicher Operationen durch die Gebärzange erforderte für die Durchführung eine liegende Position der Gebärenden (117) (118). Mit der Entwicklung technischer Überwachungsmöglichkeiten, vor allem seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts, wurde seitens der Geburtshelfer nicht nur die liegende Position in der Geburtsphase selbst präferiert, sondern es entstand auch eine immer stärkere Einschränkung während der Eröffnungsphase, besonders häufig aufgrund einer Überwachung der kindlichen Herztöne während des Gebärens (57). Hinzu kommen Möglichkeiten der Schmerztherapie, beispielsweise durch eine Periduralanästhesie, die zwar theoretisch sogar aufrechte Gebärhaltungen zulassen, praktisch jedoch eine Gebärende meist in liegender Position an das Gebärbett binden (119) (120).

■ Auf einen Blick: Was wir über Bewegung und aufrechte Haltungen während des Gebärens wissen und nicht wissen

Vier Hauptgründe sprechen für die Sicherheit, die durch Bewegung und aufrechte Haltungen während des Gebärens gegeben sind. Die Dynamik des Gebärens wird unterstützt und gefördert (16) (17) (114). Zudem kommt es zu einer besseren Sauerstoffversorgung der Mutter und des Kindes (12) (114) (115), einem verringerten Schmerzempfinden (113) (115) (121) (122) und einer größeren mütterlichen Zufriedenheit mit der Geburt (25) (26). Hinzu kommen Vorteile einer Geburt im Wasser, die eine Sonderrolle im Bereich der Gebärhaltungen einnimmt, da sie meist nicht komplett aufrecht, sondern halbsitzend stattfindet und durch die Schwerelosigkeit

und Wärme des umgebenden Wassers andere Einflussfaktoren gegeben sind (123) (124).

■ Im Detail: Was wir über Bewegung und aufrechte Haltungen während des Gebärens wissen und nicht wissen

Die Dynamik des Gebärens wird unterstützt

Frauen, die sich während des Gebärens bewegen und aufrechte Gebärhaltungen einnehmen, nutzen die für den Geburtsverlauf positiven Effekte der Schwerkraft, da bei Bewegung und in der Vertikalen das kindliche Eigengewicht auf den Muttermund drückt und dieser sich so leichter öffnen kann (125). Durch den Druck des kindlichen Köpfchens auf den Muttermund werden die Druckrezeptoren in der Zervix stimuliert und eine Ausschüttung des Gebärhormons Oxytocin veranlasst: Die Wehen werden regelmäßiger und effektiver (Ferguson-Reflex) (125). Bewegung während der Geburt ermöglicht dem kindlichen Köpfchen, sich optimal dem Geburtsweg anzupassen, um gut hindurchgeboren zu werden (125). Hinzu kommt, dass sich der Beckenneigungswinkel in Abhängigkeit von der eingenommenen Körperhaltung ändert (16) (17). Durch eine aufrechte Gebärhaltung können sich Kreuzbein und Steißbein bewegen, sodass dem Kind bei der Geburt mehr Raum im Beckenausgang zur Verfügung steht. In liegender Position kann es sein, dass der Gegendruck der Unterlage verhindert, dass sich Kreuzbein und Steißbein bewegen können, so dass die Geburt des Kindes schwerer verläuft, weil der Beckenausgangsraum kleiner ist (18) (19). Vor der Geburt wissen wir nicht, welche Dynamik des Gebärens bei welcher Frau und welchem Kind eintreten wird.

Bessere Sauerstoffversorgung der Mutter und des Kindes

Bewegung und das Einnehmen aufrechter Gebärhaltungen gehen mit einer besseren Sauerstoffversorgung des Kindes einher. Man vermutet, dass dies damit zusammenhängt, dass die Mutter in aufrechter Haltung besser atmen kann, weil sich die Lungen besser entfalten können (12). Zudem wird einer Sauerstoffunterversorgung beim Kind vorgebeugt, da das kindliche Köpfchen auf den Muttermund und nicht auf mütterliche Blutgefäße drückt, die hinter der Gebärmutter liegen. Eine Kompression der Vena Cava wird so vermieden (125). Das seltenere Auftreten suspekter kindlicher Herztonmuster bei aufrechten Gebärhaltungen (115) kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Positionen mit einer besseren Sauerstoffversorgung der Mutter und des Kindes einhergehen.

Das Schmerzempfinden wird verringert

Die Gebärende kann durch die Wahl verschiedener Gebärhaltungen ihre Geburt aktiv beeinflussen, indem sie einen Umgang mit den Schmerzen findet und dadurch ein Gefühl der „Kontrolle“ erlebt, das in Rückenlage nicht möglich ist (125). Verschiedene Studien zeigen Zusammenhänge

zwischen Bewegung und dem Einnehmen einer aufrechten Gebärhaltung und einem verringerten Schmerzempfinden auf. So benötigten Frauen, die während der Eröffnungsphase ermutigt wurden, aufrechte Gebärhaltungen einzunehmen, seltener als Frauen der Kontrollgruppe eine Epi-/Periduralanästhesie (114). Eine aufrechte Gebärhaltung ging in einer weiteren Untersuchung mit einem geringerem Schmerzempfinden während der Geburtsphase einher (115).

An der Sporthochschule in Köln wurde der schmerzlindernde Effekt von körperlicher Aktivität auf Wehen während der Geburt untersucht (113). In die Studie aufgenommen wurden Gebärende nach komplikationslosen Schwangerschaftsverläufen mit regelmäßigen und als schmerzhaft empfundenen Wehen. Insgesamt nahmen 50 Frauen an der Untersuchung teil. Sie belasteten sich während der Geburt für einen Zeitraum von 20 Minuten moderat und kontinuierlich auf einem Fahrradergometer. Gemessen wurde ihre subjektive Schmerzwahrnehmung vor und während der Belastung. Zudem wurden Beta-Endorphin, Cortisol, Katecholamine, Prolaktin und Laktat in Ruhe und direkt nach der Belastung bestimmt. Die Wehen wurden während der Belastung von 84 % der Gebärenden als subjektiv weniger schmerzhaft als in Ruhe empfunden. Nach der Belastung war eine erhöhte Beta-Endorphinausschüttung messbar. Das Kind reagierte auf die Belastung mit einem leichten Herzfrequenzanstieg im Normbereich. Nach der Belastung war die Wehenhäufigkeit höher als davor. Vermutlich lässt sich die reduzierte Bezifferung der Schmerzintensität physiologisch durch die erhöhte Beta-Endorphinausschüttung nach der Belastung erklären. Die physische Aktivität auf dem Fahrradergometer während der Geburt scheint sicher für das Kind und förderlich für die Wehentätigkeit zu sein sowie schmerzlindernd zu wirken.

Eine andere Arbeitsgruppe der Sporthochschule Köln untersuchte den Einfluss von Bewegung und Sport in der Schwangerschaft auf den Schmerzmittelbedarf während der Geburt (122). Die Ergebnisse zeigten, dass ein höheres Maß an Aktivität während und auch bereits vor der Schwangerschaft mit einem geringeren Einsatz an Schmerzmitteln während der Geburt in Zusammenhang stand. Eine mögliche Erklärung ist, dass sportlich aktive Frauen aufgrund einer gesteigerten Körperwahrnehmung über eine erhöhte Schmerztoleranz und möglicherweise eine erhöhte Bereitschaft verfügen, sich dem „Geburtsschmerz zu stellen“.

In einer weiteren Studie wurde die Schmerzwahrnehmung im Zusammenhang mit Bewegung und Positionswechseln untersucht (112). In die Studie aufgenommen wurden 39 Erstgebärende und 19 Mehrgebärende, die wechselweise die sitzende Gebärhaltung beziehungsweise die Rückenlage im Untersuchungszeitraum einnahmen. Der Untersuchungszeitraum umfasste die Zeitspanne, in der sich der Muttermund von sechs auf acht

Zentimeter öffnete. Die Schmerzintensität wurde über eine visuelle Analogskala erhoben, wodurch die subjektive Empfindung des Schmerzes gemessen wurde. Den Wehenschmerz nahmen Frauen in der sitzenden Gebärhaltung mit Positionswechseln signifikant geringer als in der Rückenlage wahr. Besonders der Wehenschmerz im unteren Rückenbereich wurde in der sitzenden Gebärhaltung als signifikant schwächer als in Rückenlage empfunden.

Höhere mütterliche Zufriedenheit mit der Geburt

Frauen, die sich während des Gebärens frei bewegen konnten und zur Geburt ihres Kindes eine Gebärhaltung ihrer Wahl eingenommen hatten, berichteten übereinstimmend über ein hohes Maß an Zufriedenheit (25) (26). Dies könnte mit dem Gefühl einer selbstbestimmten Geburt zusammenhängen, jedoch auch Hinweise darauf geben, dass andere Faktoren der Geburt eine Rolle spielen. Frauen, die ihr Kind aus einer aufrechten Gebärhaltung geboren hatten, zeigten häufiger Dammsrisse zweiten Grades, jedoch seltener eine Episiotomie (115). Gebärende, die während der Eröffnungsphase ermutigt wurden, eine aufrechte Gebärhaltung einzunehmen, hatten eine durchschnittlich um eine Stunde verkürzte Geburtsdauer (121). Frauen, deren Kinder aus einer aufrechten Gebärhaltung geboren wurden, hatten zudem eine kürzere Geburtsphase (115).

Sonderfall: Wassergeburt

Wassergeburten nehmen eine Sonderrolle in Bezug auf die Gebärhaltung ein, da sie meist nicht komplett aufrecht, sondern halbsitzend oder asymmetrisch nach vorn gebeugt stattfinden, das mütterliche Becken sich dabei trotzdem frei bewegen kann. Über die Risiken und Wirkungen einer Wassergeburt besteht keine Einigkeit: Kritiker nennen hauptsächlich ein erhöhtes Risiko für mütterliche beziehungsweise kindliche Infektionen und ein erhöhtes Risiko einer kindlichen Aspiration des Wassers. Befürworter argumentieren unter anderem mit einer erhöhten mütterlichen Entspannung und einem reduzierten Schmerzmittelverbrauch während der Geburt (123) (126).

Eine Studie aus der Schweiz, in der mütterliche und kindliche Outcome-Parameter von 3.205 Wassergeburten mit 4.723 Landgeburten verglichen wurde, zeigt, dass Frauen, die im Wasser geboren hatten, den geringsten Schmerzmittelbedarf, den geringsten mütterlichen Blutverlust und retrospektiv das schönste Geburtserlebnis hatten (127). Die Episiotomierate lag bei den Wassergeburten bei 8,9 % (vs. 24,9 % bei Geburten auf dem Maiahocker und 30,7 % bei Bettgeburten). Kinder, die im Wasser geboren wurden, hatten durchschnittliche bessere pH-Werte der kindlichen Nabelschnurarterie sowie bessere 5-Minuten-Apgar-Werte. Dabei weiß man noch nicht genau, welche Vorteile eine Geburt im Wasser aus biomechanischer Sicht im Vergleich zu Landgeburten mit sich bringt,

was sich beispielsweise auf die freie Beweglichkeit des Beckens und die schmerzlindernde Wirkung zurückführen lässt.

■ Reflexion

Das Einnehmen aufrechter Gebärhaltungen geht mit einer Vielzahl an Vorteilen einher, erfordert jedoch von der Gebärenden Kraft. Daher kann es für Gebärende, die erschöpft sind, schwierig sein, aufrechte Gebärhaltungen einzunehmen und sich zu bewegen. Aus diesem Grund kommt im Umgang mit aufrechten Gebärhaltungen und Bewegung der betreuenden Hebamme eine wichtige Rolle zu: Es scheint wichtig zu sein, das richtige Maß zwischen Bewegung und Ruhephasen zu unterstützen. Es ist wichtig, dass die Gebärende von den Vorteilen der aufrechten Gebärhaltung und Bewegung profitieren kann, jedoch gleichzeitig immer die Freiheit verspürt, sich auch hinlegen und ausruhen zu dürfen. Es scheint wichtig, dass verschiedene Gebärhaltungen einander abwechseln, als eine bestimmte Gebärhaltung durchgängig einzunehmen, weil dadurch die Dynamik des Gebärens vermutlich am besten gefördert wird (112) (121). Das Element Wasser scheint beim Gebären mit besonderen Vorteilen einherzugehen, weil eine freie Beweglichkeit des Beckens und gleichzeitig ein hohes Maß an mütterlicher Entspannung durch die umgebende Wärme des Wassers erreicht werden kann. Gerade die Einflussfaktoren Bewegung und das Einnehmen aufrechter Gebärhaltungen zeigen, wie dynamisch der Prozess des Gebärens abläuft und beeinflusst werden kann.

Empfehlungen für die Praxis

- Gebärende sollten während der gesamten Geburt je nach Wunsch und Bedürfnis vertikale Gebärhaltungen einnehmen und sich bewegen können. Dabei sollten sie motiviert und unterstützt werden (10).
- Während der Eröffnungsphase sollte jeder Frau unterstützt werden, sich nach Bedarf zu bewegen und jene Positionen einzunehmen, die für sie am angenehmsten sind (6) (114).
- Wichtiger als das Einnehmen einer bestimmten Gebärhaltung oder bestimmte Bewegungen scheinen Positionswechsel und unterschiedliche Bewegungen zu sein, weil dadurch die Dynamik des Gebärens am besten unterstützt werden kann (16) (112) (121).
- Jede Frau sollte so begleitet werden, dass sie ihr Kind in der Gebärhaltung auf die Welt bringen kann, die am angenehmsten für sie ist (6) (115).
- Die Möglichkeit, im Wasser zu gebären, sollte Frauen als Wahlmöglichkeit zur Verfügung stehen (123) (127).

Wehenschmerzen

„Aber vor allem sind die Wehen und die Geburt für Frauen eine Erfahrung, die ihnen ungeheure Kräfte verleiht, egal, ob sie die Wehen als schmerzhaft erleben oder nicht.“

Ina May Gaskin, Hebamme und Trägerin des alternativen Friedensnobelpreises 2011 (15)

Frauen haben ein intuitives Wissen, wie sie mit Wehenschmerz umgehen können. Sie spüren, was ihnen beim Gebären guttut. Sie nehmen wahr, wenn sie Erholungsphasen benötigen, wenn ihnen der Raum und die Zeit dazu zur Verfügung stehen (25) (26). Ein aktiver Umgang mit dem Wehenschmerz umfasst dieses intuitive Verhalten: Die Frau nimmt wahr, was ihr guttut und verhält sich entsprechend. Dies trägt zur Sicherheit eines normalen Geburtsverlaufs bei, weil dadurch Medikamentengaben mit möglichen damit einhergehenden Nebenwirkungen und Folgeinterventionen vermieden werden können.

Der Wehenschmerz ist eine individuelle Erfahrung und wird von Gebärenden sehr unterschiedlich wahrgenommen. Eine Geburt kann von „schmerzfrei“ bis hin zur Erfahrung von „Todesängsten“ (47) erlebt werden (48) (49). Verschiedene Wahrnehmungen werden von schwedischen Frauen beschrieben, die berichteten, dass der Wehenschmerz sehr schwer zu beschreiben und gleichzeitig mitunter widersprüchlich ist. Mehrere Frauen haben ihn als „Werdeschmerz“ beschrieben, der den Übergang zum Muttersein kennzeichnet:

„Es ist schwer, den Wehenschmerz in Worten zu beschreiben. Es schmerzt so sehr, dass Du ihn am liebsten loswerden möchtest. Gleichzeitig willst Du alles tun, um ein Baby zu bekommen, was Dich durchhalten lässt.“

„Es ist einfach unbeschreiblich, wenn Du nur daran denkst, dass dadurch Leben geboren wird ... es ist ein verrücktes Gefühl – ja, schwer zu beschreiben.“

„Es schmerzt sehr stark, jedoch habe ich gleichzeitig in mir so eine Stärke erlebt, dass es auch zugleich angenehm war ...“

„Es hat viel mit einem ‚Hineinhören‘ in den eigenen Körper zu tun“, „Du gehst in Dich selbst ... Du weißt, dass es ein Ende haben wird.“ (128)

Die individuelle Wahrnehmung der Wehenschmerzen führt dazu, dass Gebärende unterschiedliche Bedürfnisse an ihre Betreuungsperson haben. Die meisten Gebärenden erwarten von der Betreuungsperson Hilfe im Umgang mit dem Wehenschmerz (96). Berührungen und verschiedene Formen von Massagen können dabei als eine wichtige unterstützende Maßnahme während der Geburt empfunden werden, weil sie nonverbal unterstützen, beruhigen und Mitgefühl zur Gebärenden transportieren können. „Sie lenkten mich durch die Massage des Kreuzbeins vom Wehen-

schmerz ab und erlaubten mir, ihre Hände zu halten. In diesem Moment nahm ich ein Sicherheitsgefühl wahr und fühlte weniger Schmerzen.“ (104). Gleichzeitig geben die individuellen Aussagen auch Einblicke in genau gegenteilige mütterliche Bedürfnisse: „Wir waren allein, ich und mein Schmerz. Ich habe mich nur auf den Schmerz konzentriert und wie ich damit einen Umgang finden konnte.“ (129).

■ Auf einen Blick: Was wir über einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz wissen und nicht wissen

Vier Hauptgründe sprechen dafür, dem Wehenschmerz aktiv zu begegnen: Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten werden vermieden (130), eine positive innere Sichtweise kann beim Gebären helfen (131) (132) (133) und ein Kreislauf aus Angst, Spannung und Schmerz kann vermieden oder bewusst durchbrochen werden (134). Nichtpharmakologische Möglichkeiten der Schmerzlinderung, wie beispielsweise ein Wannenbad, können eine effektive Entspannung ermöglichen (123) (135) (136). Man weiß nicht sicher, welchen Einfluss es hat, wenn Frauen sich bereits während der Schwangerschaft entscheiden, aktiv mit dem Wehenschmerz umzugehen.

■ Im Detail: Was wir über einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz wissen und nicht wissen

Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten

Jedes Medikament hat sowohl eine Wirkung als auch Nebenwirkungen (130). Entscheidet sich eine Frau, dem Wehenschmerz aktiv zu begegnen und auf eine pharmakologische Schmerzlinderung zu verzichten, vermeidet sie damit sowohl für sich als auch für ihr Kind mögliche unerwünschte Nebenwirkungen.

Die positive innere Sichtweise

Ein aktiver Umgang mit Wehenschmerzen umfasst das Wissen um die Normalität des Wehenschmerzes: Wehen sind ein vorübergehender Schmerz. Nach jeder Wehe kommt eine Wehenpause. Aus physiologischer Sicht wird Wehenschmerz als Teil einer normalen Geburt „erwartet“ und „angenommen“, auch wenn gerade im Umgang mit Wehen kulturelle Einflussfaktoren und erlernter Umgang mit Schmerzen eine große Rolle zu spielen scheinen (132). Es geht dabei nicht darum, den Schmerz zu ignorieren oder zu verharmlosen. Es geht vielmehr darum „den Schmerz nicht als ‚Feind‘ zu sehen, sondern als etwas, das hilft zu gebären.“ (131). Die positiven Auswirkungen eines aktiven Umgangs mit dem Wehenschmerz lassen sich wie andere „achtsamkeitsbasierte Methoden“ durch die Mechanismen erklären, die psychisch bedingt zur Schmerzlinderung führen (s. Kapitel „Schmerzlindernde Mechanismen“, S. 25 ff.). Den We-

hen wird aktiv begegnet und mit dem Schmerz wird gearbeitet: „Working with the pain“ (133).

Der Kreislauf aus Angst, Spannung und Schmerz

Mit dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt gehen häufig Ängste einher (77). Ein seit langem bekanntes Phänomen in der Geburtshilfe ist, dass Ängste zusammen mit Verspannungen das Schmerzempfinden verstärken können (134). Der englische Arzt Grantly Dick-Read (1890–1959) beobachtete, dass während der Geburt ein Zusammenhang zwischen Verspannungen, Ängsten und Schmerzempfinden besteht. Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte er eine „präpartale Psychoprophylaxe“ als Vorbereitung für eine natürliche Geburt und erarbeitete Empfehlungen für die Begleitung während der Geburt. Er empfahl unter anderem gymnastische Entspannungs- und Lockerungsübungen, bewusste Atemtechniken zur Vermeidung von Verspannungen während der Geburt und Informationen für die Frauen über den Ablauf einer normalen Geburt, um Ängste zu nehmen. Er beobachtete, dass dies in Zusammenhang mit einem geringeren Schmerzempfinden der Gebärenden stand. Während der Geburt empfahl er eine Betreuung, durch die der Zyklus aus Angst, Spannung und Schmerz durchbrochen wird. Um einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz zu finden, empfahl er u. a. bei Ängsten menschliche Zuwendung, Vertrauen aufzubauen und Informationen zu geben, bei Verspannungen Atemtechniken wie eine bewusste Bauchatmung anzuwenden und bei Schmerzen zunächst Ängste und Verspannungen zu lösen (134).

Wannenbad

Das Entspannungsbad in der Eröffnungsperiode kann einen aktiven Umgang mit den Wehenschmerzen effektiv fördern (123). In mehreren Studien wurde ein aktiver Umgang mit dem Wehenschmerz durch die Anwendung von warmem Wasser und eines Wannenbades untersucht (123) (135). Am effektivsten schien das Wannenbad zu sein, wenn der Muttermund 5 cm eröffnet war und die Temperatur des Badewassers die Körpertemperatur der Mutter nicht überstieg (136). Auch andere Ergebnisse zeigten, dass die Effektivität eines Wannenbades in der späten Eröffnungsperiode noch größer zu sein scheint als in der frühen Eröffnungsperiode (137) (138) (139) (140). Ein Entspannungsbad kann die Rate an Epi-/Periduralanästhesien senken und wird mit einer durchschnittlich um gut 30 Minuten verkürzten Geburtsdauer in Zusammenhang gebracht. Es wurden keine Zusammenhänge zwischen einem Entspannungsbad und dem Bedarf einer Oxytocinunterstützung während der Geburt, der Rate an vaginal-operativen Geburten oder Kaiserschnitten, mütterlichen Geburtsverletzungen oder mütterlichen Infektionen festgestellt. Es fanden sich keine negativen Auswirkungen des Entspannungsbad auf das kindliche Wohlbefinden (126).

Abbildung 14: Volle Harnblase: Wehenbremse

Ein effektiver Rhythmus der Wehentätigkeit entwickelt sich, wenn die Gebärmutter optimal arbeiten kann. Erfahrungen von Geburtshelfern und Hebammen stimmen darin überein, dass eine volle Harnblase wie eine „Wehenbremse“ wirken kann (32) (56). Eine mögliche Ursache ist, dass eine volle Harnblase dazu führen kann, dass das Kind nach oben gedrückt wird und daher der Druck auf die Zervix durch das kindliche



Köpfchen nur in abgeschwächter Form erfolgt. Dadurch könnte es zu einer geringeren Ausschüttung von Oxytocin kommen, was mit einer verringerten Wehentätigkeit einhergeht (der Ferguson-Reflex kann sich schlechter entwickeln).

■ Reflexion

Es scheint, dass verschiedene Formen eines aktiven Umgangs mit dem Wehenschmerz als hilfreich im Prozess des Gebärens wahrgenommen werden. Es ist dabei unklar, welchen Einfluss bereits Überlegungen während der Schwangerschaft spielen, sich für einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz zu entscheiden. Erfahrungsberichte und Fachliteratur geben jedoch Hinweise darauf, dass Vorbereitung und Gespräche während der Geburtsvorbereitung eine große Rolle spielen (25) (26) (141). Während des Gebärens scheint die Hebammenkunst darin zu bestehen, Gebärende darin zu unterstützen, die individuell passende Umgangsform zu finden. Ein Wannenbad bietet eine Reihe von Vorteilen. Wenn das Ziel dieser Maßnahme das Wohlergehen von Mutter und Kind, einschließlich möglicher Erholungsphasen mit schwacher Wehentätigkeit, ist und nicht ein linearer Verlauf der Muttermundseröffnung, dann erscheint der Einsatz von Wasser in jeder Geburtsphase sinnvoll. Entscheidend sollte der Wunsch der Frau und nicht der Muttermundsbefund sein.

Empfehlungen für die Praxis

- Frauen sollten ermutigt werden, einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz zu suchen (15), wobei kulturelle Einflussfaktoren, die geburtshilfliche Vorgeschichte, eine mögliche sexuelle Traumatisierung und der erlernte Umgang mit Schmerzen berücksichtigt werden sollten (132) (136).
- Die Angst vor dem Wehenschmerz sollte bereits während der Schwangerschaft thematisiert werden, um der Angst aktiv begegnen zu können (25) (134).
- Während der Geburt sollten der Gebärenden verschiedene Möglichkeiten nichtpharmakologischer Formen der Schmerzlinderung zur Verfügung stehen. Hierzu zählen beispielsweise eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt, das Wannenbad, Berührungen oder Massagen, mütterliche Bewegung und aufrechte Gebärhaltungen (136).

Geburtsdauer

„Es ist eine geburtshilfliche Fähigkeit, der Geduld Raum zu geben.“

Erfahrung der Hebamme Christine Loytved (89)

Wird Frauen die Zeit gegeben, die zum Gebären benötigt wird, trägt dies zur Sicherheit eines normalen Geburtsverlaufs bei, weil Zeit, Geduld und Ruhe elementar wichtig sind, damit der Prozess des Gebärens störungsfrei ablaufen kann. Gebären kann nicht normiert werden, da es sich um einen individuellen Prozess handelt, der seinen „eigenen, individuellen Rhythmus“ hat und auch „Verzögerungen“ physiologisch sein können (142).

Gelassenheit im Hinblick auf die Dauer einer Geburt geht mit dem Verzicht auf die Normierung der Geburtsdauer einher. Es ist erstaunlich, wie sich grundlegende Dinge mitunter im Laufe der Zeit zu ändern scheinen – obwohl man annehmen könnte, dass sie sich eigentlich nicht grundlegend ändern können. Die Hebamme und Kulturwissenschaftlerin Christine Loytved (2004) verglich Aussagen aus geburtshilflichen Lehrbüchern in Bezug auf die Geburtsdauer und zeigte auf, wie stark sich die Definition der „normalen Geburtsdauer“ in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts verändert hat: So wurde im Jahr 1877 noch eine normale Geburtsdauer von 20 Stunden für erstgebärende Frauen angenommen, welche sich in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts fast halbiert hatte (89). Andere Erhebungen zeigen, dass Geburten heute gut zwei Stunden länger dauern als vor 50 Jahren (im Durchschnitt 2,6 Stunden), Frauen sind durchschnittlich älter (26,9 vs. 24,1 Jahre) und schwerer sowohl vor Eintreten der Schwangerschaft (BMI 26,3 vs. 24,1) als auch zum Zeitpunkt der Geburt (BMI 29,9 vs. 26,3). Das kindliche Geburtsgewicht ist durchschnittlich 99

Viele klinische Leitlinien und Annahmen zur Geburtsdauer gehen auf den amerikanischen Geburtshelfer Emanuel Friedman zurück. Er untersuchte in den 1950er Jahren, wie lange die durchschnittliche Eröffnung des Muttermundes während einer Geburt dauert (79). Seine Ergebnisse stellte er anhand einer s-förmigen Kurve entlang einer Zeitachse dar und definierte verschiedene Phasen einer Geburt. Er beobachtete, dass sich der Muttermund bei einem normalen Geburtsverlauf und guten Wehen ungefähr 1 cm pro Stunde öffnet und eine langsamere Eröffnung häufig mit geburtshilflichen Problemen wie einem Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, einer kindlichen Fehleinstellung oder einer mütterlichen Wehenschwäche in Zusammenhang steht. Daraus entwickelte er die Empfehlung, dass die Geburtsdauer nicht zu lang sein sollte, um mütterliche und kindliche Probleme während des Gebärens zu vermeiden. Aus Friedmanns Gedanken und Ergebnissen (1954) entwickelten die Geburtshelfer Philpott und Castle (80) im Jahr 1972 ein Partogramm. Mithilfe des Partogramms verhalten sie eine Dokumentationsform auf den Weg, mit der Geburtsverläufe schnell, kostengünstig und übersichtlich dargestellt werden konnten.

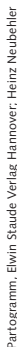


Abbildung 15: Partogramm mit eingezeichneter Alert- und Aktionslinie.

Das Partogramm ermöglicht, protrahierte Geburten frühzeitig zu erkennen und zeitliche Empfehlungen zu geben, wann besondere Aufmerksamkeit bei der Betreuung der Gebärenden angezeigt ist oder Maßnahmen eingeleitet werden sollten, um zu verhindern, dass sich pathologische Geburtsverläufe entwickeln (144). Die WHO empfiehlt derzeit weltweit die Anwendung eines modifizierten Partogramms (144). Bei diesem

modifizierten Partogramm wird auf die Dokumentation der latenten Eröffnungsphase verzichtet und ab einer Eröffnung des Muttermundes von 4 cm begonnen (144). Außerdem werden individuelle Schwankungen in der Kontinuität der Eröffnungsgeschwindigkeit „abgepuffert“, indem eine „Aktions-Linie“ in das Partogramm eingezeichnet wird, durch die eine Verzögerung von bis zu vier Stunden als physiologische Variation gilt und Raum zum Abwarten lässt (s. Abbildung 15) (145).

Bei einer Muttermunderöffnung ab 4cm wird eine „Alert-Linie“ in das Partogramm gezeichnet. Diese Linie beschreibt eine fiktive Eröffnungsgeschwindigkeit von 1cm pro Stunde. Rechts daneben wird im Abstand von 4 Stunden eine parallele Linie gezeichnet: die „Aktions-Linie“.

Bleibt die (durch Untersuchungen höchstens alle vier Stunden) gemessene tatsächliche Eröffnungsgeschwindigkeit der Gebärenden links von der Alert-Linie, gibt es keinen Anlass zur Sorge. Befindet sich die echte Linie rechts von der Alert-Linie, gibt es vielleicht eine physiologische Erklärung für die Eröffnungsgeschwindigkeit, die etwas unter dem Durchschnitt der meisten Gebärenden liegt – vielleicht kann aber auch eine konservative Unterstützung durch die Hebamme günstig sein. Durchkreuzt die Linie im weiteren Verlauf auch die Aktions-Linie, besteht der Verdacht auf eine protrahierte Eröffnungsphase.

■ Auf einen Blick: Was wir über Gelassenheit im Hinblick auf die Dauer einer Geburt und den Verzicht auf eine Normierung der Geburtsdauer wissen und nicht wissen

Wir wissen letztlich nicht, welche Auswirkung der Faktor der Geburtsdauer auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden in normalen Geburtsverläufen hat, bei denen keine Interventionen durchgeführt wurden. Betrachtet man die vorhandene Datenlage, mag es auf den ersten Blick scheinen, dass die Länge der Geburtsdauer mit einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit für eine spontane Geburt einhergeht und gleichzeitig das Risiko für mütterliche und/oder kindliche Probleme zunimmt (146) (147). Jedoch stellt die Studienlage zur Geburtsdauer ein uneinheitliches Bild dar, denn es finden sich darunter auch Studien, in denen keine Zusammenhänge zwischen Geburtsdauer und Outcome festgestellt werden konnten. Ein Problem der verfügbaren Literatur ist, dass nicht unterschieden wurde zwischen normalen Geburten (Verzicht auf Interventionen) und spontanen vaginalen Geburten (Geburtsverläufe, in denen Interventionen durchgeführt wurden).

Eine weit verbreitete Grundannahme zum Geburtsverlauf lautet, dass eine Geburt, die einmal begonnen hat, auch weitergehen muss. Aber: Muss sie das wirklich? Woher wissen wir, dass die Normalität des Gebärens nicht auch noch andere Gebärrhythmen umfassen kann?

Es fehlen bislang aussagekräftige Studien zu dieser Frage. Ins Nachdenken bringen jedoch Erfahrungen und Beobachtungen der Hebamme Ina May Gaskin, die sie mit dem Überbegriff „Pasmo“ beschreibt (142). Unter „Pasmo“ fasst sie zusammen, dass Wehen wieder aufhören können, auch wenn sie schon begonnen haben, sich ein Muttermund nicht linear öffnet und Pausen im Prozess des Gebärens ein wichtiger Teil der Normalität sind. Sie berichtet davon, dass sich ein Muttermund während der Geburt wieder verschließen kann und wertet eine Abnahme der Muttermundsweite beim subjektiven Gefühl von Bedrohung in diesem Zusammenhang als physiologische, gesunde Reaktion (142).

Aus Sicht von Ina May Gaskin ist Pasmo ein normaler Teil der großen Bandbreite der normalen Geburt und bietet damit eine Sichtweise, warum auch längere oder „unübliche“ Geburtsverläufe Teil der Normalität sein können, was damit zusammenhängt, dass Frauen verschiedene Lebensgeschichten, Erlebnisse und Erfahrungen haben, die zum Teil während der Geburt verarbeitet werden. Dies führt dazu, dass Frauen in unterschiedlichen Geburtsrhythmen gebären.

Im Spanischen bedeutet „el pasmo“: Die Verblüffung, die Verwunderung.

Pasmo

„Ich kenne diesen Begriff nicht aus einem Lehrbuch. Er stammt von einer Hebamme aus Puerto Rico, die in New York City lebte. Sie erzählte mir von Menschen aus Puerto Rico, die dort häufig in großer Armut lebten und ihre Kinder in Krankenhäusern zur Welt brachten, in denen es keine Computer gab und sich keiner an Geburten bereichern wollte. Der Begriff wurde verwendet, wenn bei Frauen die Geburt begonnen hatte, sie ins Krankenhaus fuhren und anschließend die Wehentätigkeit nachließ oder komplett aufhörte. Es war daraufhin üblich, die Frauen wieder heim zu schicken. Pasmo wurde verwendet, weil die Sichtweise darin bestand, dass es sich um ein ganz normales Phänomen bei einer Geburt und nicht um eine ‚falsche Geburt‘ oder eine ‚uterine Dysfunktion‘ handelte.“ (Ina May Gaskin, Hebamme und Trägerin des alternativen Nobelpreises)

Auch eine Vielzahl an Geburtsberichten und Erfahrungen anderer Hebammen stimmen darüber überein, dass Geburten sehr individuell verlaufen und Pausen enthalten können. Werden diese Pausen als Erholungsphasen erkannt und zugelassen, führen sie in aller Regel dazu, dass sich anschließend wieder Wehen entwickeln und die Geburt im Weiteren komplikationslos verlaufen kann, wenn abgewartet wird (25) (26). Die Erklärung hinter einem abwartenden Verhalten liegt darin, dass bei einer normalen Geburt Erschöpfung als normale Reaktion auf Anstrengung gesehen wird, die der Prozess des Gebärens abverlangt. Abwarten bedeu-

tet in diesem Zusammenhang, dass der Gebärenden zugestanden wird aufzutanken und neue Kräfte zu sammeln. Die Erschöpfung kann auch mit Schlafmangel in Zusammenhang stehen, wenn die Geburt nachts begonnen hat oder stattfindet. Hebammen berichten davon, dass es sehr wichtig ist, Erschöpfungszustände ernst zu nehmen und zur Erholung der Gebärenden beizutragen, beispielsweise durch Abwarten, Ermutigung zum Schlafen, Essen oder Entspannen (25) (148).

■ Im Detail: Was wir über Gelassenheit im Hinblick auf die Dauer einer Geburt und den Verzicht auf eine Normierung der Geburtsdauer wissen

Wie verhält sich das mütterliche und kindliche Wohlbefinden in Abhängigkeit zur Dauer der Geburtsphase – nehmen sie ab, bleiben sie gleich oder nehmen sie zu, je länger die Geburtsphase dauert? Die Angst, dass es Mutter und/oder Kind nicht gut gehen könnte, gilt als möglicher Einflussfaktor auf geburtshilfliches Handeln und verschiedene zeitliche Vorgaben im Hinblick auf die Geburtsdauer (149).

Die Studienlage zur Geburtsdauer ist uneinheitlich: Es gibt Studien, die Zusammenhänge zwischen einer langen Geburtsdauer und einer erhöhten kindlichen und/oder einer erhöhten mütterlichen Morbidität feststellen (150). Demgegenüber stehen Studien, die keine oder einseitige Zusammenhänge zwischen der Geburtsdauer und Morbidität des Kindes und/oder der Mutter zeigen (146) (147) (151). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass eine „lange“ Dauer der Geburtsphase eher mit negativen mütterlichen statt kindlichen Outcome-Parametern in Zusammenhang zu stehen scheint (146) (151).

Eine kanadische Studie zeigte beispielsweise, dass Gebärende nach einer protrahierten Geburtsphase sowohl schlechtere mütterliche als auch kindliche Outcome-Parameter aufwiesen. So war das mütterliche Risiko für postpartale Blutungen, geburtshilfliche Verletzungen und das neonatale Risiko für einen niedrigen 5-Minuten-Apgar-Score oder die Aufnahme auf eine Kinderintensivstation erhöht (150). Aus den Ergebnissen wurde die Schlussfolgerung formuliert, dass schlechtere Outcome-Parameter in Zusammenhang mit einer länger als zwei Stunden dauernden Geburtsphase bei Mehrgebärenden und einer länger als drei Stunden dauernden Geburtsphase bei Erstgebärenden Frauen stehen (150). Ergebnisse verschiedener anderer Studien konnten den Zusammenhang zwischen einer langen Geburtsphase und schlechtem kindlichem Wohlbefinden jedoch nicht oder nur eingeschränkt bestätigen.

In einer britischen Studie mit 25.069 Geburten wurde die mütterliche und kindliche Morbidität in Zusammenhang mit der Länge der Geburtsphase untersucht. Die Dauer der Geburtsphase stand nicht signifikant in Zu-

sammenhang mit dem Risiko niedriger Apgar-Werte des Kindes oder der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen kindlichen Überwachung oder Behandlung. Die Ergebnisse wurden so interpretiert, dass eine Geburtsphase bis zu einer Dauer von drei Stunden kein übermäßiges Risiko für das Kind bedeutet. Aus mütterlicher Sicht hingegen wurde ein signifikant erhöhtes Risiko für postpartale Blutungen und Infektionen in Zusammenhang mit einer protrahierten Geburtsphase festgestellt. Allerdings war das Risiko einer postpartalen Blutung in Zusammenhang mit einer operativen Geburt oder einem kindlichen Geburtsgewicht über 4.000 g gleich hoch oder höher (151).

Auch in einer amerikanischen Studie mit 7.818 Frauen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des kindlichen Wohlbefindens in Abhängigkeit zur Dauer der Geburtsphase (146). Ebenso bestätigte eine weitere amerikanische Studie mit 5.341 Frauen, dass bei Kindern nach einer protrahierten Geburtsphase keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Apgar-Werte festgestellt werden konnten, jedoch signifikant mehr intensivmedizinische kindliche Überwachung oder Behandlung in der Gruppe der Kinder mit einer langen Geburtsphase erforderlich war (147). Es scheint, dass die Länge der Geburtsdauer mit einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit für eine spontane Geburt einhergeht und gleichzeitig das Risiko für mütterliche Probleme wie Geburtsverletzungen, Episiotomien, Chorioamnionitis, postpartale Blutungen und Anzahl vaginal-operativer Geburten zunimmt (146) (147).

■ Reflexion

Geburtsdauer

Eine Vielzahl geburtshilflicher und geburtsmedizinischer Maßnahmen wird mit einem direkten Zusammenhang zwischen Geburtsdauer und mütterlichem bzw. kindlichem Wohlbefinden begründet. Stark vereinfacht gesagt: Man geht davon aus, dass man weiß, wie lange eine normale Geburt dauert. Aus diesem „Wissen“ heraus werden klare Zeiträume definiert, wie lange Gebären oder besonders definierte Phasen einer Geburt dauern dürfen (79) (80). Vor diesem Hintergrund muss konsequenterweise gehandelt werden, wenn diese Zeiträume überschritten werden, damit Mutter und Kind keinen Schaden nehmen. Diese Argumentationskette ist in sich logisch und schlüssig, sie hat nur mehrere entscheidende Haken: Frauen gebären in unterschiedlichen Rhythmen, Gebären geschieht in einem Kontext und es gibt physiologische Gründe, warum der Prozess des Gebärens nicht einer zuvor festgelegten Dauer entspricht, weil Pausen im Prozess des Gebärens auftreten (142). Doch: Darf eine „individuelle“ Geburtsdauer im klinischen Alltag vorkommen oder gibt es dafür eigentlich keine Zeit oder keine Spielräume aufgrund von Leitlinien, die von

unbegründeten Annahmen ausgehen? Wer entscheidet nach welchen Kriterien, warum, wann und wie in die Geburtsdauer eingegriffen wird?

Die Literatur zur Geburtsdauer spiegelt wider, wie komplex und vielschichtig dieser Aspekt ist. Es gibt zahlreiche Hinweise, dass eine lange Geburtsdauer mit Nachteilen für das mütterliche und kindliche Wohlbefinden im Zusammenhang steht. Vor diesem Hintergrund lässt sich nachvollziehen, warum in der Praxis Normierungen in Bezug auf die Geburtsdauer festgelegt sind. Problematisch an einer unreflektierten Übertragung der Ergebnisse auf die Praxis ist jedoch, dass die AutorInnen in den meisten zugrundeliegenden Studien nicht zwischen Geburtsverläufen unterschieden haben, in denen Interventionen durchgeführt wurden und bei denen auf Interventionen verzichtet wurde. Somit ermöglichen die Daten keine Aussage zu einer normalen Spontangeburt ohne vorausgehende Intervention, um die es in diesem Buch geht. Die Studien berücksichtigen somit weder, dass Gebären in einem Kontext stattfindet, noch dass Gebären ein Prozess ist, der durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst wird. So fehlen Angaben, wie häufig eine Epi- oder Periduralanästhesie verwendet wurde, von der bekannt ist, dass sie in Zusammenhang mit protrahierten Geburtsphasen steht (153). Ebenfalls sind keine Informationen zu anderen Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf vorhanden, wie zur Gebärhaltung, der Betreuung während der Geburt oder dem Umgang mit Schmerzen. Es fehlen Studien, die untersuchen, wie sich der Faktor des Abwartens in einer Erschöpfungsphase auf Mutter und Kind sowie auf den weiteren Geburtsverlauf auswirkt.

Es kann auch nicht leichtfertig gesagt werden, dass Zeit unüberlegt und immer ein Garant für normales Gebären ist. Eher scheint der Faktor „Zeit“ mit einer Gratwanderung vergleichbar: Gibt man in einem physiologischen Geburtsverlauf zu wenig Zeit, kann dies dazu beitragen, dass die Situation pathologisch wird, weil zu früh interveniert wird. Erkennt man in einem pathologischen Geburtsverlauf eine Komplikation zu spät und lässt zu viel Zeit verstreichen, kann das zur Entstehung einer größeren Pathologie beitragen, weil Interventionen versäumt wurden.

Lässt man den Gedanken zu, dass es Pasmogeben darf, stellen sich verschiedene Fragen: Warum kann eine Geburt wieder aufhören – auch wenn sie schon begonnen hat? „Darf“ sie das? Quantitative Studien liegen zu dieser Fragestellung nicht vor. Qualitative Studien sind rar. Jedoch lassen die Beobachtungen von Grantly Dick-Read vermuten, dass der Einfluss von Ängsten, Spannungen und Schmerzen elementare Auswirkungen auf den Geburtsverlauf haben kann (134). Greift man den Teilaspekt der Angst heraus und betrachtet die physiologischen Hintergründe, entsteht eine mögliche Erklärung, die weiter untersucht werden könnte. Erfolgt durch Angst im Körper der Gebärenden die Ausschüttung von Adrenalin, kann dieses Stresshormon als Gegenspieler des Hormons Oxytocin we-

henhemmend wirken (12). Die Ängste können hierbei sehr vielfältig sein und tief sitzen: Ängste vor der Geburt und dem Loslassen des Kindes, dem Muttersein, der veränderten Lebenssituation. Erfolgt eine Begleitung, in der die Ängste erkannt und ausgesprochen werden, so dass ihnen aktiv begegnet werden kann, kann sich häufig ein physiologischer Geburtsverlauf entwickeln (134).

Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass seelische Faktoren oder erlebte körperliche oder sexuelle Missbrauchserfahrungen eine Rolle spielen können, warum es zu protrahierten Geburtsverläufen kommen kann, ohne dass wirkliche Geburtshindernisse wie beispielsweise ein bestehendes Missverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf vorliegen (154) (155). Es liegen Erfahrungen vor, dass Missbrauchserfahrungen während des Gebärens verarbeitet werden können – wenn die begleitende Betreuungsperson dazu fähig ist, die Gebärende achtsam, schützend und unterstützend im Verarbeitungsprozess zu begleiten (155). Im Gegenschluss lassen diese Beobachtungen auch vermuten, dass sich unausgesprochene negative Erfahrungen auf einen ansonsten physiologischen Geburtsverlauf negativ auswirken können.

Partogramm

Auf den ersten Blick ist das Schreiben eines Partogramms eine nichtinvasive Maßnahme, weil lediglich dokumentiert wird, was bei einer vaginalen Untersuchung getastet wird und welche Beobachtungen während des Geburtsverlaufes gemacht werden. Das Partogramm hat unbestreitbare Vorteile, weil es auch bei bestehender Personalknappheit leicht anzufertigen ist, wenig kostet, leicht verständlich ist und einen schnellen Überblick über den Geburtsverlauf ermöglicht (144). Jedoch wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Geburtsverläufen gefunden, in denen ein Partogramm verwendet oder darauf verzichtet wurde in Bezug auf die Häufigkeit eines Kaiserschnitts, einer vaginal-operativen Geburt und einem Apgar-Wert von unter sieben fünf Minuten nach der Geburt (145).

Ein Partogramm kann gerade aufgrund der großen Bandbreite der zugrundeliegenden Normalität nicht als Maßnahme ohne Nebenwirkungen betrachtet werden. Im Gegenteil: Es erfordert einen sehr achtsamen Umgang und eine große geburtshilfliche Erfahrung in der Anwendung, weil es nur vordergründig eine nichtinvasive Maßnahme ist. Bei „korrekter“ Anwendung stellt sich die Frage, ob und wie die Verwendung eines Partogramms einen invasiven Charakter hat, da es sowohl die zu erwartende „normale Geburtsdauer“ definiert, als auch festlegt, welcher Geburtsfortschritt zu welchem Zeitpunkt mindestens erreicht sein sollte. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass bei einem „Nichterreichen“ ein Eingreifen erforderlich wird. Das kann berechtigt sein, beispielsweise bei einem bestehenden Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken – in diesen Fällen hat das Partogramm sein Ziel

erreicht. Das muss es aber nicht. Es berücksichtigt nicht, dass auch physiologische Pausen im Geburtsverlauf vorliegen können. Ein Grund für eine solche Pause kann beispielsweise eine ermüdete Gebärende sein, die vielleicht aufgrund einer raschen Eröffnungsphase erschöpft ist und nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes erst einmal keine Wehen mehr verspürt. Beginnt man bei ihr, strikt nach Vorgaben zu handeln, gibt es keinen Raum für ihre Müdigkeit. Sie darf dann nicht ausruhen, sondern muss so schnell wie möglich in dem Zeitrahmen gebären, der für sie definiert wurde.

Das Erstellen eines Partogramms kann zur Folge haben, dass Fehlausagen über einen Geburtsverlauf gemacht werden, die kein nützliches Eingreifen bewirken, sondern eine Interventionskaskade in Gang setzt, die letztlich der Gebärenden und dem Kind schaden kann. Dies kann der Fall sein, wenn verschiedene Personen die vaginalen Untersuchungen durchführen und diese Ergebnisse sich ungünstig ergänzen. Erhebt Hebamme A um 5:00 Uhr einen Muttermundbefund von 4 cm (obwohl der Muttermund erst 3 cm geöffnet ist) und Hebamme B ertastet nach dem Schichtwechsel um 7:00 Uhr immer noch 4 cm (weil der Muttermund nun tatsächlich 4 cm geöffnet ist), hat tatsächlich ein Geburtsfortschritt stattgefunden, der jedoch auf dem Partogramm nicht dokumentiert wurde. Liegt in diesem Fall eine protrahierte Eröffnungsphase vor? Oder befindet sich die Gebärende sogar noch in der Latenzphase der Geburt?

In Stresssituationen kann ein Partogramm dazu verleiten, nicht die Gebärende selber anzusehen, mit ihr zu sprechen und sie zu untersuchen, sondern eine dokumentierte Kurve zu begutachten und Entscheidungen aufgrund dieser Daten zu treffen. In diesem Fall können Maßnahmen ergriffen werden, weil die „Darstellung“ und Dokumentation des Geburtsverlaufes auf dem Papier pathologisch zu „werten“ ist, jedoch weder die Frau noch ihr individueller Geburtsrhythmus beachtet wurde. Es ist auch einfach möglich, dass die Frau einen Gebärrhythmus hat, der nicht dem zugrundeliegenden Durchschnittswert entspricht – ohne dass eine geburtsmechanische Pathologie im Geburtsverlauf selbst vorliegt –, weil es sich vielleicht um eine physiologische Pause im Geburtsverlauf handelt. Dies gilt es zu differenzieren und bei der Arbeit mit dem Partogramm immer zu beachten (s. hierzu auch Abbildung 15a und die Anmerkungen zur Arbeit mit dem Partogramm auf S. 69 f.).