

Christiane Schwarz, Katja Stahl (Hrsg.)

Beate Ramsayer

# Die physiologische Geburt

EVIDENZ & PRAXIS

1. Auflage 2013  
Elwin Staude  
Verlag GmbH,  
Hannover



ELWIN  
STAUDE  
VERLAG

## In Ruhe gebären lassen

Frauen in Ruhe gebären zu lassen trägt zur Sicherheit eines normalen Geburtsverlaufs bei, weil so die körpereigenen Mechanismen optimal arbeiten können. Es bedeutet, geduldig auf den unwillkürlichen Pressdrang zu warten, auf angeleitetes und forciertes Mitpressen und das Anlegen einer Episiotomie zu verzichten.

Der nicht zu beeinflussende starke Pressdrang in der Geburtsphase ist ein elementar wichtiger und normaler Teil einer physiologischen Geburt, weil mit seiner Hilfe das Kind geboren wird (12) (55). Vom Geburtshelfer Michel Odent (173) wird der „Fetus Ejection Reflex“ beschrieben, den er mit dem Gefühl, niesen zu müssen, vergleicht, da man das Gefühl, niesen zu müssen, weder zurückhalten noch erzwingen kann. Ebenso wenig kann man den unbeeinflussbar starken Pressdrang in der Geburtsphase erzwingen oder zurückhalten. Geduld ist erforderlich, damit dieser Reflex sich von alleine entwickeln kann.

### Unterschied: Angeleitetes Mitpressen versus Gebären lassen

Ein „aktives Anleiten der Frau zum forcierten Mitpressen“ während der Geburtsphase war und ist nicht die Ausnahme, sondern die Regel in vielen Kreißsälen (149) (174). Eine jahrelang vorherrschende Lehrmeinung bestand und besteht darin, dass die „Leitung der Austreibungsperiode“ erforderlich ist und der Geburtshelfer „sein Bemühen um die Überwachung der Kreißenden und des in dieser Geburtsphase besonders gefährdeten Kindes“ intensivieren muss (32). Evidenzen gibt es für dieses Vorgehen nicht, dafür jedoch eine ganze Reihe von Gründen, die dagegen sprechen. Das Gegenteil vom „Anleiten der Frau“ ist das „Gebären lassen“ – das Begleiten der Frau mit dem tiefen Vertrauen in ihre Fähigkeit, ihr Kind zur Welt zu bringen. Beim aktiven Anleiten der Frau zum forcierten Mitpressen leitet die betreuende Person das Atmen und Mitpressen an und entscheidet über den Beginn und die Art und Weise. Häufig wird mit lauter Stimme dazu aufgefordert: „Hol tief Luft, halt sie an und schieb. Ja, weiter so!“

### Historischer Hintergrund

Das aktive Anleiten zum forcierten Mitpressen ist eine Atemtechnik, bei der ausgeatmet wird, während sich die Nase zugehalten und der Mund verschlossen wird. Sie geht auf den italienischen Chirurg und Anatom Antonio Maria Valsalva (1666–1723) zurück. Valsalva hatte diese Atemtechnik ursprünglich zur Belüftung des Mittelohres entwickelt. Sie wird heute unter anderem als Atemtechnik gegen Herzrasen eingesetzt (175). In der Geburtshilfe beschreibt die Valsalva-Pressatmung ein angeleitetes und gezieltes Mitpressen in der Geburtsphase (12).

### Fallbeispiel 3

„Ich spürte, wie mein Kind zur Welt kommen wollte. Der Druck nach unten war unbeschreiblich stark. Ich habe dem Druck nachgegeben und gespürt, wie mein Kind mit jeder Wehe weiter gerutscht ist. Ich konnte gar nicht anders, als dann auch mitzuschieben, weil ich genau gespürt habe, wann der richtige Zeitpunkt gekommen war, dem Druck nachzugeben. In jeder Wehe neu. Ich musste einfach mit meiner ganzen Kraft mitschieben. Und trotzdem waren da Wehen, die waren stärker, und Wehen, die waren schwächer. Ich habe mich auf das Mitschieben bei jeder einzelnen Wehe neu eingelassen und mal mehr und mal weniger kräftig mitgeschoben. Ich habe gemerkt, wie kraftvoll mein Körper arbeitet. Als ich spürte, dass das Köpfchen meines Kindes tatsächlich zur Welt kam, konnte ich mein Mitschieben trotz der kräftigen Wehen so beeinflussen, dass ich sehr achtsam geschoben habe. Ich habe selber gespürt, wie ich dosiert dem Druck nachgeben muss, damit es bei mir zu keinen Geburtsverletzungen kommt.“

Fallbeispiel 3: Erfahrungsbericht zum selbstbestimmten Gebären

#### Für die Praxis: Gebären lassen/spontanes Mitschieben

- Die gebärende Frau entscheidet eigenständig, wann und wie sie während der Geburtsphase mitschiebt.
- Die Gebärende folgt den Impulsen ihres Körpers und steuert ihr Atemmuster selbst.
- Beim Schieben gibt die Gebärende Laute von sich, wenn es ihr guttut.
- Die Gebärende erhält von den betreuenden Personen keine verbale Anleitung, wie sie mitpressen soll.
- Die betreuenden Personen ermutigen und loben die Gebärende oder begleiten still (149).

### ■ Auf einen Blick: Was wir über das Gebären lassen und den Verzicht auf eine aktive Anleitung zum forcierten Mitpressen wissen und nicht wissen

Vier Hauptgründe sprechen für die Sicherheit, die durch ein Gebären lassen gegeben sind: besseres kindliches Wohlbefinden (176) (177), geringeres Risiko für mütterliche Geburtsverletzungen und Verletzungen des Beckenbodens (178) (179) (180), geringeres Risiko für die Langzeitfolge einer mütterlichen Stressinkontinenz (179) (181) und die Stärkung des Grundvertrauens der Gebärenden (26) (131) (149). Dem entgegen stehen drei Hauptgründe, die als Begründung für angeleitetes Mitpressen genannt werden: der Wunsch, die Geburtsphase zu verkürzen (182), Gewohnheit (149) und Ungeduld (89). Es gibt Vermutungen, dass ein Anleiten

zum Mitpressen sogar so weit führen kann, dass ein Grundvertrauen der Frau in ihre Gebärfähigkeit zerstört werden kann (149).

## ■ Im Detail: Was wir über das Gebären lassen und den Verzicht auf angeleitetes Mitpressen wissen und nicht wissen

### Besseres kindliches Wohlbefinden

Ein Kind scheint während der Geburt schneller zu erschöpfen, wenn die Mutter zum Mitpressen angeleitet wird, als wenn sie spontan mitschiebt (176). Auch wenn es Ergebnisse gibt, in denen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des kindlichen Wohlbefindens in Bezug zur verwendeten Atemtechnik festgestellt wurden (183) (184), sprechen andere Ergebnisse und Beobachtungen dafür. In einer Studie wurden beispielsweise die kindlichen pH-Werte nach der Geburt verglichen, von jenen Kindern, deren Mütter entweder spontan mitgeschoben hatten oder zum Mitpressen angeleitet wurden (176). Auch wenn die Geburtsphase bei den Frauen, die spontan mitgeschoben haben, signifikant länger als bei den Frauen war, die zum Mitpressen angeleitet wurden, zeigten die Kinder der Mütter, die zum Mitpressen angeleitet wurden, einen durchschnittlich geringeren pH-Wert als die Kinder in der Gruppe der spontan mitschiebenden Frauen, wenn die Geburtsphase länger als eine Stunde dauerte. Auch die Ergebnisse einer brasilianischen Querschnittstudie deuten darauf hin, dass die Dauer der Valsalva-Pressatmung negative Auswirkungen auf das kindliche Wohlbefinden hat, weil sie mit einem geringeren kindlichen pH-Wert in Zusammenhang standen (177). Eine verlängerte Dauer der Valsalva-Pressatmung ging mit einem geringeren venösen und arteriellen pH-Wert sowie einem geringeren kindlichen Base-Excess einher. In der Studie, in der keine Unterschiede hinsichtlich des kindlichen Wohlbefindens gefunden wurden, wurde als Atemtechnik interessanterweise keine reine Valsalva-Pressatmung, sondern eine angeleitete Atmung verwendet, bei der nicht nur das Mitpressen während der Wehe angeleitet, sondern besonderer Wert auf eine gute Atmung in der Wehenpause gelegt wurde (183). Dies legt die Vermutung nahe, dass der Atmung während der Wehenpause eine besondere Rolle zukommt, die weiter untersucht werden sollte.

Die Ergebnisse zu einem veränderten kindlichen pH-Wert aufgrund der Schiebetechnik in der Geburtsphase lassen sich durch Beobachtungen verstehen, die der aus Uruguay stammende Arzt Roberto Caldeyro-Barcia bereits vor über 30 Jahren gewonnen hat. Er untersuchte den Einfluss verschiedener Atemtechniken von Frauen während der Geburtsphase und zeigte, dass angeleitetes Mitpressen mit einer Dauer von mehr als fünf Sekunden in Zusammenhang mit einer verminderten placentaren Durchblutung steht (185). Er beobachtete weiter, dass daraus ein Abfall

des mütterlichen Blutdrucks, eine verzögerte Erholung der kindlichen Herzfrequenz, kindliche Hypoxie und Azidose resultieren. Gleichzeitig zeigte er auf, dass Frauen, die nicht dazu gedrängt werden, über ihr eigentliches Gefühl hinaus mitzupressen, meist innerhalb einer physiologischen Länge von fünf bis sechs Sekunden spontan während der Wehe mitschieben. Auch er schlussfolgerte aus seinen Ergebnissen, dass ein spontanes Mitschieben der Frau dazu beitragen kann, eine kindliche Azidose während der Geburtsphase zu vermeiden.

Beim angeleiteten Mitpressen (Dauer länger als 5 Sekunden) wurde Folgendes beobachtet:

- verminderte placentare Durchblutung
- Abfall des mütterlichen Blutdrucks
- verzögerte Erholung der kindlichen Herzfrequenz
- kindliche Hypoxie
- Azidose (185).

### Geringeres Risiko für mütterliche Geburtsverletzungen und Verletzungen des Beckenbodens

Spontanes Mitschieben scheint zu einer besseren natürlichen Dehnung des Dammgewebes und weniger Verletzungen des Beckenbodens zu führen, als dies bei angeleitetem Mitpressen der Fall ist. Auch wenn Studien vorliegen, die keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Geburtsverletzungen in Zusammenhang mit der verwendeten Atemtechnik in der Geburtsphase aufzeigen (183) (186), sprechen verschiedene Ergebnisse dafür, dass bei spontanem Mitschieben weniger Geburtsverletzungen auftreten als bei angeleitetem Mitpressen. Eine Literaturrecherche in der englischsprachigen Fachliteratur, die zwischen den Jahren 1984–1995 veröffentlicht wurde, zeigte, dass eine Geburt mit verschiedenen Verletzungen des Beckenbodens einhergehen kann, diese jedoch durch spontanes Mitschieben minimiert werden können. Es fehlen in dieser Studie Aussagen zur Parität der Frauen (178) (179).

Anhand einer retrospektiven Studie wurden mütterliche Erfahrungen unter 39 erstgebärenden Frauen ausgewertet. 11 Frauen berichteten über ein spontanes Mitschieben, 28 Frauen über ein angeleitetes Mitpressen. Auch wenn aufgrund der geringen Fallzahlen keine Verallgemeinerung möglich ist, zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass Frauen, die spontan mitgeschoben hatten, häufiger einen intakten Damm, weniger häufig Episiotomien und weniger häufig Dammrisse zweiten oder dritten Grades hatten (180). Diese positiven Auswirkungen von spontanem Mitschieben lassen sich dadurch erklären, dass der mütterliche Beckenboden Zeit benötigt, um sich zu öffnen und zu entfalten (12) (16) (25), was auf natürliche Art und Weise durch ein spontanes Mitschieben offensichtlich am besten gefördert werden kann.

### **Die natürliche Dehnung des Dammgewebes fördern**

Wie kann die natürliche Dehnung des Geburtsweges und des Dammgewebes gefördert werden? Eine Vielzahl an Möglichkeiten wird diskutiert. Eine ist, die natürliche Dehnung durch das Kind selbst zu unterstützen. Es ist hierzu keine Intervention erforderlich, sie findet von alleine statt, wenn man sie zulässt. Durch die gekonnte Nichtintervention des Abwartens kann das Kind selbst mit jeder Wehe dazu beitragen, dass der Geburtsweg und das Dammgewebe natürlich gedehnt werden. Es scheint normal zu sein, dass dieser Prozess nicht linear verläuft, weil der Druck während einer Wehe auf das Kind viel größer als in einer Wehenpause ist (12). Dies mag eine Erklärung dafür sein, dass in einem Erfahrungsbericht das Phänomen beschrieben wird, dass ein Kind während der Geburt durch den Wehendruck vorgeschoben wird und anschließend wieder zurückrutscht, was als „Teil der Normalität“ wahrgenommen wird (187). Der Geburtshelfer Michael Krause bezeichnet in diesem Zusammenhang die Durchführung einer Episiotomie als „Merkmal der Ungeduld“ (188).

### **Dammschutz**

Das Thema des Dammschutzes wird kontrovers diskutiert, weil man nicht sicher weiß, ob er wirklich einen Nutzen bringt oder eigentlich als überflüssig einzustufen ist (189) (190) (191). Eine Meta-Analyse mit acht eingeschlossenen Studien, in denen Daten von 11.651 Frauen ohne medizinische Komplikationen aus sechs verschiedenen Ländern ausgewertet wurde (189), zeigte folgende Ergebnisse: Die Durchführung beziehungsweise der Verzicht auf einen Dammschutz hatte keine Auswirkung darauf, wie häufig ein Dammriss dritten oder vierten Grades auftrat. Jedoch wurden signifikant weniger Episiotomien in der Gruppe der Frauen durchgeführt, in der auf den Dammschutz verzichtet wurde. Unabhängig von der Frage, ob ein Dammschutz durchgeführt wurde oder nicht, ging die Anwendung warmer Kompressen auf das Dammgewebe mit signifikant weniger Dammrissen dritten und vierten Grades einher (189). Eine randomisiert-kontrollierte Studie (The „HOOP“ Study: **H**ands **O**n **O**r **P**oised) untersuchte die Effekte des Dammschutzes beziehungsweise des Verzichts auf diesen sowie die mütterlichen Schmerzen zehn Tage nach der Geburt des Kindes. Bei Gebärenden, bei denen auf die Durchführung eines Dammschutzes verzichtet wurde, zeigte sich eine signifikant geringere Rate an Episiotomien, eine signifikant höhere Rate an erforderlichen manuellen Plazentalösungen, ein signifikant höheres Schmerzempfinden zehn Tage nach der Geburt, jedoch kein unterschiedliches Schmerzempfinden drei Monate nach der Geburt (192).

### **Geringeres Risiko für die Langzeitfolge einer mütterlichen Stressinkontinenz**

Mit dem spontanen Mitschieben scheint im Vergleich zum angeleiteten Mitpressen durch eine Valsalva-Pressatmung ein geringeres Risiko für eine mütterliche Stressinkontinenz einherzugehen (179) (181). In einer Studie wurden hierzu erstgebärende Frauen entweder einer Gruppe zugeordnet, in der sie zum Mitpressen während der Geburtsphase angeleitet wurden (n=67) oder in der sie spontan mitgeschoben haben (n=61). Die Funktion ihres Beckenbodens wurde drei Monate nach der Geburt untersucht. Frauen, die zum forcierten Mitpressen angeleitet wurden, hatten eine signifikant verminderte Blasenkapazität (427 ml versus 482 ml) und signifikant früher auftretenden Harndrang (160 ml versus 202 ml). Die Teilnehmerzahl in der Studie ist allerdings zu gering, um hieraus belastbare Aussagen ableiten zu können.

### **Stärkung des Grundvertrauens der Gebärenden**

Der Zeitpunkt des Mitschiebens und die Art und Weise der Betreuung scheinen eine entscheidende Rolle auf die Wahrnehmung der Geburt zu haben: „Als sie mir endlich erlaubten mitzuschieben war ich so erleichtert. Endlich passierte etwas. Endlich war ich fast angekommen.“ (131). „Als ich mit dem Pressen begann, war es, als würde ein Vorhang gezogen. Eine total andere Wahrnehmung. Plötzlich war ich komplett wach, aufmerksam ...“ (131). „Ich hatte nicht den Eindruck mitpressen zu müssen [als ich sollte] ... und ich fühlte mich, als würde ich gleich ersticken. [Es war wie ein] enormes Gewicht, ein fürchterliches Gefühl. Kein klar zu beschreibender Schmerz, aber ein fürchterliches Gefühl. Die Wehenschmerzen waren im Vergleich dazu nichts ... Schreckliches Gefühl ...“ (Carol, 35) (131). Diese subjektiven Einzelerfahrungen geben Hinweise darauf, dass durch ein Anleiten zum Mitpressen ein Grundvertrauen der Frau in ihre Gebärfähigkeit zerstört werden kann (149). Dies könnte damit zusammenhängen, dass durch ein forciertes Anleiten zum Mitpressen das Vertrauen der Frau in ihren eigenen Körper so stark erschüttert werden kann, dass sie das Zutrauen in ihren Körper verliert – und anschließend auf eine „Anleitung“ angewiesen ist.

Frauen hingegen, die selbstbestimmt ihr Kind geboren haben, empfinden oft eine tiefe Befriedigung über ihre Geburt, die häufig mit dem intuitiven Gebären ihres Kindes begründet wird. Diese Frauen haben nicht das Gefühl „entbunden worden“ zu sein, sondern „geboren zu haben“ (26).

### **Kritik an verschiedenen Begründungen für das aktive Anleiten zum forcierten Mitpressen**

Drei Hauptgründe werden als Begründung für das aktive Anleiten zum forcierten Mitpressen genannt: der Wunsch, die Geburtsphase zu verkürzen (182), Gewohnheit (149) und Ungeduld (89). Die Begründung, die Geburtsphase zu verkürzen, „um das kindliche Befinden bei der Geburt

zu verbessern“ (182) leuchtet auf den ersten Blick ein. Dieser Wunsch ist nicht nur verständlich, sondern eine logische Konsequenz daraus, dass dem mütterlichen und kindlichen Wohlbefinden bei der Geburt höchste Priorität zukommt. Problematisch ist an diesem Punkt jedoch, dass unter dem Deckmantel einer scheinbaren Sicherheit ein Vorgehen angewendet wird, das mit einer Reihe an gravierenden Nachteilen einhergeht, unter anderem einer Verschlechterung des kindlichen Wohlbefindens. Walsh (1999) nennt die „Gewohnheit“ als Grund, warum sich forciertes Mitpressen so hartnäckig hält. In diesem Zusammenhang stellt er die Annahme in den Raum, dass altgewohnte Dinge nur sehr ungern und schwer aufgegeben werden (193). Hinzu kommt eine Ungeduld, die unterschiedliche Ursachen haben kann, beispielsweise organisatorischer oder struktureller Natur sind (89). Anhand einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass durch das Anleiten zum forcierten Mitpressen eine durchschnittliche Verkürzung der Geburtsphase um knapp 20 Minuten bei normalen Geburtsverläufen einherzugehen scheint (186). Dieser kürzeren Geburtsphase wurde jedoch im Hinblick auf normale Geburtsverläufe keine klinische Relevanz zugemessen. Dies mag damit in Zusammenhang stehen, dass verschiedene Studienergebnisse belegen, dass kindliches Wohlbefinden nicht durch forciertes Mitpressen gewonnen werden kann (176) (185), auch wenn die eigentliche Geburtsdauer dadurch verkürzt wird (176) (183) (185) (186). Vielmehr steht kindliches Wohlbefinden damit in Zusammenhang, dass das Kind ausreichend Sauerstoff während der Geburt erhält (12) (58). Dies wiederum wird durch spontanes Mitschieben besser als durch forciertes Mitpressen gewährleistet. Aus physiologischer Sicht lässt sich erklären, dass durch ein spontanes Mitschieben eine placentare Minderdurchblutung und dadurch auch eine Unterversorgung des Kindes mit Sauerstoff vermieden wird (176) (177) (185).

## ■ Relevant für die Praxis: Grenzsituationen

Im Hinblick auf spontanes Mitschieben oder das aktive Anleiten zum forcierten Mitpressen in der Geburtsphase gibt es zwei kritische Konstellationen, welche die Frage aufwerfen, was (noch) Teil der Normalität ist: Ist ein Geburtsverlauf ‚noch‘ normal, wenn eine Gebärende schon das Gefühl hat mitzupressen, obwohl ihr Muttermund noch nicht vollständig eröffnet ist? Ist es ‚noch‘ normal, wenn der Muttermund bereits vollständig eröffnet ist, jedoch der Pressdrang noch nicht vorhanden ist?



---

### Fallbeispiel 4

Die Geburt von Frau M. dauert bereits zwölf Stunden. Sie erwartet ihr erstes Kind und möchte es normal zur Welt bringen. Die Fruchtblase ist bereits spontan gesprungen, das Fruchtwasser ist klar und läuft ab. Frau M. hat nun das Gefühl, mitschieben zu müssen. Ihr wird gesagt, dass sie noch nicht mitschieben darf, weil noch eine Muttermundslippe zu tasten ist.

---

Fallbeispiel 4: Gefühl des frühen Mitpressens bei noch nicht vollständig eröffnetem Muttermund

---

### Fallbeispiel 5

Frau L. erwartet ihr erstes Kind. Ihr Muttermund wird nach einem unkomplizierten Geburtsverlauf nach 18 Stunden vollständig eröffnet getastet. Frau L. wird daraufhin zum Mitpressen angeleitet, obwohl sie noch keinen Pressdrang verspürt. Es geht ihrem Kind gut und bislang waren keine weiteren Interventionen notwendig.

---

Fallbeispiel 5: Anleitung zum frühen Mitpressen bei fehlendem Pressdrang

Im ersten Fallbeispiel wird Frau M. trotz ihres Gefühls mitpressen zu müssen aufgrund des unvollständig eröffneten Muttermunds daran gehindert. Im zweiten Fallbeispiel wird Frau L. zum Mitpressen aufgefordert, weil der Muttermund vollständig getastet wurde, obwohl sie noch nicht das Gefühl hat, mitpressen zu müssen.

Die Studienlage zum frühen Mitpressen bei unvollständig eröffnetem Muttermund ist sehr dürftig. Vorherrschend ist eine Lehrmeinung, dass bei unvollständig eröffnetem Muttermund eine Muttermundslippe eingeklemmt werden kann, die eine Geburt auf normalem Weg unmöglich machen kann (32) (33). Ergebnisse einer qualitativen Studie und Beobachtungen von Hebammen geben Hinweise darauf, dass der unwillkürliche Pressdrang bereits vor der vollständigen Eröffnung des Muttermundes nicht selten auftritt (194) (195). Auch Frauen bestätigen dieses Phänomen, häufig verbunden mit sehr schlechten Erinnerungen an diesen Moment ihrer Geburt: „Und diese schrecklichen Wehen haben angefangen. Und ich wollte mitschieben. Und die Hebamme sagte: ‚Nein! Du bist noch nicht bereit ...‘ Ich hatte diese schrecklichen Wehen aber nun einmal und begann, die Kontrolle zu verlieren. Sie sagte, mein Muttermund war noch nicht vollständig eröffnet.“ (195). Eine andere Erfahrung: „Und dann war da dieser fürchterliche Moment, als sie mir sagten, dass ich nicht mitpressen darf, und ich konnte das Pressen einfach nicht unterdrücken. Du kannst es einfach nicht mehr unterdrücken. Im einen Moment sagen sie

dir, dass dein Uterus ein unwillkürlich arbeitender Muskel ist, im anderen Moment, dass du nicht drücken sollst ...“ (196). Walsh (2007) bringt das Dilemma auf den Punkt: „Normalerweise ermutigen wir Frauen, ihrem Gefühl zu vertrauen – außer in diesem Fall.“

Es fehlen jedoch gerade bei physiologischen Geburten, in die noch nicht eingegriffen wurde, Studien, die sicher belegen, wie eine Muttermundlippe entsteht. Jedoch scheint die Angst vor der Bildung einer Muttermundlippe das Verhalten von Betreuungspersonen sehr stark zu beeinflussen (149) (195). Frauen werden beispielsweise angeleitet, dem Pressdrang zu widerstehen, obwohl sie diesen sehr stark empfinden, oder Betreuungspersonen ignorieren den Pressdrang, um abzuwarten, bis der Muttermund vollständig eröffnet ist (195). Gebärende sollen sich auf die Seite legen, die Wehen veratmen oder wenn das nicht möglich ist, eine Periduralanästhesie erhalten (149). Erfahrungswerte verschiedener Hebammen sprechen gegen dieses Vorgehen bei einer normalen Spontangeburt (187) (197). „Wenn die Mutter ihr Baby zur Welt bringen will, wird sie daran keine Muttermundlippe hindern“ (197). Diese Erfahrung stellt in Frage, ob eine Muttermundlippe in einem normalen Geburtsverlauf als Problem zu sehen ist oder nicht. Vielmehr ist eine Beobachtung, dass eine Muttermundlippe kein Problem an sich ist, sondern ein Symptom für andere vorangegangene Probleme. Sie wird beispielsweise als Folge von fehlender Bewegung und überwiegend liegender Position in der Eröffnungsphase oder als Folge eines zu frühen Mitpressens bei fehlendem Pressdrang beschrieben (197).

## ■ Reflexion

Die Studienlage verdeutlicht die Vorteile eines spontanen Mitschiebens bei einer physiologischen Geburt. Es wurde keine Studie gefunden, bei der das Anleiten zum forcierten Mitpressen signifikante Vorteile mit sich brachte. Es wurde auch keine Studie gefunden, bei der ein spontanes Mitschieben bei einer normalen Geburt mit als relevant einzustufenden negativen Faktoren in Zusammenhang stand. Bei spontanem Mitschieben wurde in verschiedenen Untersuchungen lediglich eine verlängerte Geburtsdauer beschrieben (176) (183) (186), der jedoch klinisch keine Relevanz bei physiologischen Geburtsverläufen zugemessen wurde, da keine negativen Folgen für das Kind damit in Zusammenhang standen (186). Dies mag bei pathologischen Geburtsverläufen anders gewichtet werden. Jedoch muss auch bei diesen vorliegenden Daten in Bezug auf die Geburtsdauer die Limitierung beachtet werden, dass die korrekte Erfassung der tatsächlichen Geburtsdauer in der Praxis sehr schwer durchzuführen ist, weil sie mit dem Zeitpunkt zusammenhängt, zu dem vaginale Untersuchungen durchgeführt wurden, auf deren Grundlage die Geburtsdauer berechnet wurde.

Spontanes Mitschieben während der Geburt scheint mit weniger Geburtsverletzungen als bei angeleitetem Mitpressen einherzugehen (178) (180). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind jedoch nur von eingeschränkter Aussagekraft, da die Anzahl der teilnehmenden Frauen gering ist, sodass keine Generalisierung der Ergebnisse möglich ist.

In der Literatur finden sich Gründe, warum in der Praxis häufig trotz vorliegender Evidenzen für ein spontanes Mitschieben aktiv zum Mitpressen angeleitet wird. Die drei identifizierten Gründe sind der Wunsch nach der Verkürzung der Geburtsphase, Gewohnheit und vorausgegangene Interventionen. Sie fordern dazu heraus, geburtshilfliches Handeln, bei dem diese Gründe eine Rolle spielen, kritisch zu reflektieren. Sowohl die Studienlage zum frühen Mitpressen als auch zur Bildung einer Muttermundlippe sind dürftig. Weitere Forschung in diesem Bereich ist wünschenswert.

#### Empfehlungen für die Praxis

- Bei einer normalen Geburt soll das Gebären und Mitschieben während der Geburtsphase spontan von der Frau ausgehen (179) (186).
- Ein aktives Anleiten zum forcierten Mitpressen sollte vermieden werden. Es zählt zu den Betreuungsmaßnahmen, die „wahrscheinlich nicht sinnvoll“ sind (93) (185).
- Bei einer normalen Geburt sollte keine Episiotomie durchgeführt werden.
- In Grenzsituationen sollte sehr achtsam begleitet werden. Es muss immer individuell abgewogen werden. Nach aktueller Datenlage sollte eine Frau nicht zum forcierten Mitpressen angeleitet werden, wenn sie noch keinen Pressdrang verspürt, und nicht am Mitpressen gehindert werden, auch wenn der Muttermund noch nicht vollständig eröffnet ist.
- Ein „Dammschutz“ durch die Hebamme ist nicht routinemäßig erforderlich (189) (190) (191).