



GEBURT

Aktuelle Leitlinie 2020 – 2025

Hinweise für Eltern, die zur Geburt
in die Klinik gehen

Herausgegeben von GreenBirth e.V.

Herausgegeben von



Bilder: Eva Hartmann – Satz und Layout: Wiebke Veth
Copyright: GreenBirth e.V. – Copyright Bilder: Eva Hartmann

Unser Dank für Textbeiträge und -bearbeitungen gilt Irene Behrmann, Nicole Ebrecht-Fuß, Iris Eichholz, Silke Eickhorst-Hunger, Judith Greinke, Julia Licht, Prof. Dr. Otwin Linderkamp, Dr. Christina Maiwald, Eva-Maria Müller-Markfort, Astrid Saragosa, Sandra Vranjes, Nora Wulff.

Übersetzung erwünscht

Moor-Verlag 2022 – Schutzgebühr 1,00 €

Kontakt und Bestellungen: versand@greenbirth.de – www.greenbirth.de

Liebe Leserin, liebe Eltern,

seit Dezember 2020 ist eine neue Leitlinie für Geburten¹ in Kraft. Sie gilt für das Personal in Kliniken und für etwa 85 % der Frauen, die laut WHO naturgemäß entbinden könnten. Ziel ist, dass die Geburt in Kliniken mit wenigen Eingriffen erlebt werden kann. Dafür ist es hilfreich, dass auch Sie als Eltern über den natürlichen Verlauf einer Geburt Bescheid wissen, um selbstbestimmt für sich und das Baby während der Geburt eintreten zu können. Zu diesem Zweck haben wir die folgenden Hinweise zusammengestellt. Wir beziehen uns dabei auf die neue Leitlinie und fügen Erläuterungen hinzu.

Ganz wesentlich ist, dass Sie als gebärende Frau/ als Eltern ein weitgehendes Mitspracherecht haben. Es geht um Themen, die Sie sicherlich schon vorab beschäftigen, wie dem richtigen Zeitpunkt, um in die Klinik zu fahren, mögliche Geburtshaltungen, den besten Zeitpunkt zum Abnabeln des Babys oder auch den Kristeller-Handgriff.

Wissen entspannt und macht gelassen. Die Geburt eines Kindes erfordert eine Haltung großer Achtsamkeit und Aufmerksamkeit. Bringen Sie ZEIT

mit, viel ZEIT. Ihr Körper weiß, wie Geburt geht. Babys von heute werden naturgemäß genauso wie die Kinder vor 10 000 Jahren geboren, am besten im eigenen Rhythmus von Mutter und Kind.

Unsere Hinweise ersetzen nicht die Beratung durch Hebamme oder GynäkologIn.

Dies ist eine Informationsbroschüre über die Leitlinie. Eltern, die informiert sind, können durch mehr Mitsprache und das Wissen über ihre Entscheidungsbefugnisse nur gewinnen.

Wir wünschen uns, dass viel Eltern die Inhalte der Leitlinie für sich nutzen können.

Irene Behrmann und Astrid Saragosa
GreenBirth e.V.

Wozu gibt es diese Leitlinie?

Leitlinien sind für den medizinischen Bereich entwickelt worden. Die Leitlinie, über die wir hier informieren – „Vaginale Geburt am Termin“ – gilt für Mütter und Kinder mit „geringem Geburtsrisiko“, so nennt es die Medizinsprache.

Weil es üblich wurde, Kinder in der Klinik zu gebären und unnötiges Eingreifen immer stärker in die Kritik geriet, kam es zur Entwicklung dieser neuen Leitlinie. Erheblich zu einem Umdenken haben einzelne Eltern und Elternvereine beigetragen, die Fehlentwicklungen beanstandeten. GreenBirth stärkt seit 2009 Mütter und Väter durch unabhängige Informationen und weist auf die Risiken geburtsmedizinischer Routine hin.

Mit dieser Leitlinie wurde vor allem für Kliniken ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Geburten außerhalb von Kliniken, z. B. in Geburtshäusern und zu Hause, haben in erheblichem Maße dazu beigetragen, dass sich das Wissen über naturgemäße Geburten bei Eltern ausbreitet.²

Die S3-Leitlinie gibt dem geburtshilflichen Personal und schwangeren Frauen/ den Eltern Orientierung und Anleitung. „S3“ bezeichnet die höchste Stufe für Leitlinien. Nur anerkannte, wissenschaftlich hochwertige Studien und bewährtes Erfahrungswissen wurden zurate gezogen. Die Leitlinie wurde von 28 ExpertInnen aus 20 Verbänden im deutschsprachigen Raum erarbeitet.

Leitlinien haben Empfehlungscharakter, weil jede Geburt individuell verläuft. Im Streitfall werden die Leitlinien und deren Umsetzung zur Bewertung herangezogen. Wir verweisen bei unseren Hinweisen auf Ziffern (z. B. 5.12), die das Auffinden in der Kurzfassung der Leitlinie erleichtern.

Informationen zu weiteren Themen finden Sie unter www.greenbirth.de – Geburts-ABC – Buchstabe L (Leitlinie).

Inhaltsverzeichnis von A-Z

Abhören der Herztöne	7
Abnabeln des Babys	8
Bindung nach der Geburt	9
CTG/Telemetrie (drahtlos)	11
Damm schonen – Dammschnitt	12
Eins-zu-eins-Begleitung durch Hebamme	13
Essen und Trinken	14
Fruchtblase nicht routinemäßig öffnen	14
Geburt im Stehen, Knien, Hocken	17
Geburtsorte	18
Kristeller-Handgriff – Vetorecht	19
Latenzphase – Wenn es los geht	20
Periduralanästhesie (PDA) s. unter Latenzphase	22
Schmerzen und wie die Natur sie mildert	24
Vorzeitiger Blasensprung	25
Quellen	26



Abhören der Herztöne

Eine-CTG-Dauerüberwachung bei Aufnahme in der Klinik soll nicht mehr routinemäßig erfolgen. Punktueller Abhören der Herztöne über das Pinard-Hörrohr oder die Dopplersonografie wird als vorteilhaft gesehen.

Voraussetzung: Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, die durch ihre stete Anwesenheit und punktueller Abhören sicherstellen kann, was sonst die Technik macht.

Eins-zu-eins-Betreuung – Wo gibt es sie und wo nicht? Im arztgeleiteten Kreißaal ist die Eins-zu-eins-Betreuung wegen Hebammenmangel zurzeit nur selten möglich. Sie ist aber gegeben bei ambulanten Beleggeburten in der Klinik, evtl. in einem Hebammenkreißaal und sicher im Geburtshaus oder zuhause.

Studien belegen Nachteile für das Dauer-CTG. Das CTG wird wegen der ungünstigen Folgewirkungen auf den ganzen Geburtsprozess nicht mehr mit Priorität empfohlen, da es u.a. Bewegungseinschränkungen bewirkt. Stattdessen soll Telemetrie

vermehrt angeboten werden. Bei der Telemetrie werden die Überwachungsdaten per Funk übertragen. Eine Frau kann sich bewegen und z. B. spazieren gehen. Allerdings darf sie wegen möglicher Funklöcher nur vorgeschriebene Bereiche entlang gehen.

Was Eltern wissen sollten: Wenn künstliche Wehenmittel verabreicht werden, muss mit Dauer-CTG kontrolliert werden. Nicht jedes Kind verträgt die Wehenmittel. Der Herzschlag des Kindes wird als Anzeiger für den Zustand des Kindes überwacht. Dabei gibt es nachweislich häufig Fehleinschätzungen über das Befinden des Kindes, was häufig einen Kaiserschnitt zur Folge hat.

Wovon Eltern ausgehen können: Geburtsbereite Kinder brauchen genügend Zeit, um sich durch den Geburtsweg durchzuwinden. Wehen werden durch Hormone ausgelöst. Gleichzeitig werden körpereigene Hormone zur Schmerzlinderung gebildet. Wie die Mutter braucht auch ein Baby zwischendurch Pausen.

Abnabeln des Babys

Babys wachsen in einer Wasserwelt. Die Nabelschnur mit Blutgefäßen ist die Versorgungsleitung zwischen Mutter und Kind. So werden Sauerstoff und Nährstoffe aus der Plazenta zum Baby transportiert. Wenn das Baby aus dem Bauch der Mutter herausgekommen ist, beginnt es zu atmen. Es ist immer noch eine Weile durch die pulsierende Nabelschnur mit der Mutter verbunden, denn 1/3 seines gesamten Blutes befindet sich direkt nach der Geburt noch in der Nabelschnur und in der Plazenta. Dieses Blut gehört dem Baby. Es hat ein Recht darauf, sein gesamtes Blut in sich aufzunehmen. Ganz von allein lässt das Pulsieren langsam nach. Die Nabelschnur ist etwa 50–60 cm lang.

Die Leitlinie gibt Müttern beim Abnabeln zwei Wahlmöglichkeiten „Abwartendes Vorgehen“ oder „aktives Management“. „Abwarten“ bedeutet: Die Nabelschnur wird erst durchtrennt, nachdem die Pulsation aufgehört hat. Das kann 10 Minuten und länger dauern. Die Frau kann entscheiden, ob die Nabelschnur auspulsieren soll.

Die Vorteile bei ausreichend Zeit: Das Kind bekommt sein gesamtes eigenes Blut, um die optimale Funktion seiner Organe sicherzustellen. Durchgehender Kontakt zu Mutter/Vater ermöglicht dem Baby ein sicheres Ankommen auf der Welt. Gibt die Plazenta Blut ab, verringert sich ihr Volumen, sie löst sich meist ganz von selbst von der Gebärmutterwand.

„Aktives Management“ bedeutet: Die Nabelschnur wird frühestens 1 Min. und spätestens 5 Min. nach der Geburt abgeklemmt. Medikamente werden gegeben, um den Prozess der Ablösung der Plazenta zu beschleunigen, auch, um Blutungen vorzubeugen. Früh abzunabeln bedeutet, dass das Kind ohne gesundheitlichen Nutzen auf einen großen Teil seines Blutes verzichten muss. Nach der Kinderrechtskonvention ist das eine Körperverletzung.^{3 4 5 6}

Bindung nach der Geburt

Die Zeit direkt nach der Geburt ist für das gegenseitige Vertrautwerden von Mutter, Baby und Vater wichtig (9.2). Mütter sollen so bald wie möglich beim Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Baby unterstützt werden.

Stillen: Jede Mutter soll ermutigt werden, ihr Kind innerhalb der ersten Stunde an die Brust zu legen, um das Stillen zu fördern (9.34). Alle auf die Geburt des Kindes folgenden Maßnahmen und Eingriffe sollen auf ein Mindestmaß verringert werden, um eine "Trennung oder Unterbrechung" des Bindungsprozesses zu verhindern (9.2). Auch die Begutachtung eventueller Geburtsverletzungen soll das Bonding zum Kind nicht stören (9.21).

Bei jeder Untersuchung oder Behandlung, welche das Kind betreffen, soll sichergestellt werden, dass die Eltern hierüber informiert werden und zugestimmt haben. Wo immer möglich, sollen die Eltern persönlich bei der Untersuchung oder Behandlung ihres Kindes anwesend sein (9.35).

Die ersten Stunden eines Babys sind grundlegend und nachhaltig stabilisierend. Ein sicherer Bezug zu den nächsten Angehörigen ist lebenslang bedeutsam. Die Herausforderung für Babys besteht insbesondere darin, sich in der neuen Umgebung sicher und geborgen zu fühlen und sich nach und nach orientieren zu können. Sich verloren, einsam und alleingelassen zu fühlen, erzeugt Gefühle existentieller Bedrohung. Babys brauchen fühlbar menschliche Nähe. Die wird durch Hören, Fühlen, Spüren, Riechen, Schmecken, Gehaltenwerden und körperliche Wärme erfahrbar.

Die Bedürfnisse von Kindern nach Kaiserschnitt sind gleichermaßen zu befriedigen. Auch bei Frühgeburtlichkeit spielt die Möglichkeit, eine Bindung zur Mutter/zum Vater körperlich zu erleben, eine wesentliche Rolle für eine seelisch stabile Entwicklung. Bei der Känguru-Pflege wird ein neugeborenes Kind im Haut-zu-Haut-Kontakt Mutter, Vater oder auch einem älteren Geschwisterkind täglich mehrere Stunden auf die Brust gelegt. Fragen Sie in der Klinik nach der Känguru-Pflege, falls Sie und Ihr Kind von Frühgeburtlichkeit⁷ betroffen sind.



CTG/Telemetrie (drahtlos)

Mit dem CTG (5.2) werden Herztöne des Kindes und der Mutter ermittelt. Zur Verfügung steht der bekannte Gürtel, welcher mit Elektroden besetzt ist und der Frau um den Bauch geschnallt wird. Er darf nicht verrutschen, deshalb muss die Frau liegen. Alternativ gibt es die Ableitung durch Telemetrie. Bei dieser drahtlosen CTG-Überwachung kann sich die Frau frei bewegen. Dies soll laut Leitlinie allen Frauen angeboten werden.

„Die Interpretation von CTG-Aufzeichnungen mit Hilfe von computergestützten Systemen sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden.“ (5.56) Das CTG soll nicht alleinentscheidend sein. In die Gesamtbeurteilung zum Befinden des Kindes sollen weitere Aspekte mit einfließen.

Das CTG als diagnostisches Instrument ist umstritten. Bei jedem zweiten Kind wird das CTG fehlinterpretiert, so dass der Gesundheitszustand des Babys falsch eingeschätzt wird, mit möglichen gravierenden Folgen. Die hohe Zahl von Fehlinterpretationen wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) angegeben.⁸⁹

Das CTG bildet oftmals den Zwischenschritt bei der Verkettung von Eingriffen hin zur Schnittentbindung:

**Wehenmittel → PDA → CTG (fehlinterpretiert)
→ Kaiserschnitt**

Wehenmittel erfordern verpflichtend die CTG Überwachung. CTG-Überwachung mit hoher Rate von Fehlinterpretationen führt zu einer hohen Zahl von Schnittentbindungen. Die Anwendung des CTG steht und fällt mit der Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, die auch für Kliniken gefordert wird. Ist dieser Betreuungsschlüssel klinisch nicht gegeben, wird den Frauen das CTG verordnet werden.

Um „Wehenschwäche“ zu vermeiden, empfehlen wir, sich mit der Latenzphase, wenn die Geburt losgeht (Seite 20ff), ausgiebig zu befassen.

Den Damm schonen – Dammschnitt

Die Leitlinie enthält zwei widersprüchliche Aussagen:

Aussage 1: „Eine routinemäßige Episiotomie [Dammschnitt] während einer spontanen vaginalen Geburt soll nicht durchgeführt werden.“ (8.13)

Aussage 2: „Wenn eine Episiotomie ausgeführt wird, soll diese mediolateral ausgeführt werden.“ (8.14)

Was ist mit Aussage 2 gemeint? Der Scheidenausgang erscheint oval. Von der unteren Mitte, zum After hin ausgehend soll in einem Winkel von ca 45° in das Gewebe geschnitten werden. Das ist folgenreich, weil dabei auch Nervenbahnen, Blutgefäße, Muskelfasern und Bindegewebe durchschnitten werden. Diese Verletzung führt zu verzögerter Heilung und teilweise mehrwöchigen Schmerzen. In schlimmen Fällen führt dies später zu Problemen beim Intimverkehr. Dies kann wiederum eine glückliche Partnerschaft erschweren.

Die 2. Aussage (8.14) zum Dammschnitt wird von den Verbänden Mother Hood e.V. und dem Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) – Mitglieder in der Leitlinienkommission – abgelehnt. Deren Stellungnahme gipfelt in dem Satz:

„[Wir] kritisieren daher die Empfehlung für eine Maßnahme, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die sexuelle Gesundheit der Mutter verletzt, deren Evidenzlage [wissenschaftlicher Nachweis] unzureichend dargestellt ist und für deren grundsätzlichen Nutzen ein Nachweis fehlt. Weitere Forschung zum grundsätzlichen Nutzen der Maßnahme wird gefordert. Die Empfehlung 8.14 kann gestrichen werden, da Empfehlung 8.13 für ausreichend erachtet wird.“¹⁰

Mit Bewegung und aufrechter Haltung helfen Sie Ihrem Baby, auf die Welt zu kommen. Sie brauchen weniger Medikamente und weniger Schmerzmittel. Ihr Becken weitet sich und macht Platz für das Baby. Ein Dammschnitt als Routine wird nicht mehr empfohlen. Sie können bei der Anmeldung in der Klinik ansprechen, dass Sie einem Dammschnitt als Routine nicht zustimmen.

Eins-zu eins-Begleitung durch eine Hebamme

„Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten“ (4.1)

Was ist eine Eins-zu-eins-Betreuung?

„Geburtshilfliche, nicht medizinische Betreuungsmaßnahmen sowie emotionale Unterstützung und Bereitstellung von Informationen und Fürsprache für die Frau während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase durch ein und dieselbe Hebamme unter Berücksichtigung der bestehenden Arbeitszeitmodelle. Die Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme soll entsprechend den Bedürfnissen der Frau so kontinuierlich wie möglich erfolgen.“ (4.1)

Was können Frauen, die in der Klinik gebären wollen, im Blick auf die Eins-zu-eins-Begleitung erwarten?

Arztgeleiteter Kreißaal: Bedingt durch Personalknappheit müssen sich Hebammen gleichzeitig um mehrere gebärenden Frauen kümmern. Durch die Leitlinie ist eine Eins-zu-eins-Begleitung als Ziel anerkannt. Es bleibt abzuwarten, wie ÄrztInnen

und Hebammen sowie die Kliniken und die Politik (Personalschlüssel) das Ziel umsetzen werden. Fragen Sie nach.

Hebammen-Kreißaal: Bei vorheriger Anmeldung und ausreichend Personal wird die Eins-zu-eins-Betreuung mit einer Hebamme angestrebt. Hebammen-Kreißäle befinden sich in räumlicher Nachbarschaft zu artzgeleiteten Kreißälen. Auch arbeiten sie meist im Schichtdienstmodell, so dass je nach Geburtsdauer mit einem Hebammenwechsel während der Geburt zu rechnen ist. Eine Garantie für eine Eins-zu eins-Begleitung bietet auch dieses Modell in vielen Fällen nicht.

Beleghebammegeburt: Die durchgehende Eins-zu-eins-Betreuung der Frau mit einer Hebamme ihres Vertrauens im Sinne der NICE-Leitlinie¹¹ kann zurzeit in Kliniken nur bei Beleghebammegeburten sichergestellt werden.

Essen und Trinken

Das Verspeisen leichter Kost wie Knäckebrot oder Weißbrot mit Käse (wenig Fett) ist erlaubt.

Ein günstiger oder ungünstiger Einfluss auf die Geburt ist nicht nachgewiesen: „Leichte Kost unter der Geburt hat keinen positiven oder negativen Einfluss auf die Ergebnisse der Geburt bezüglich Mutter und Kind.“ (4.5)

Nicht geklärt sei, ob bei einer späteren evtl. notwendigen Vollnarkose ein Risiko für die Aufnahme von Nahrungsbestandteilen in die Luftröhre besteht (4.5).

Gebärende Frauen dürfen essen und trinken. Isotonische Getränke werden dem Wasser vorgezogen, um einer „Übersäuerung des Blutes“ zu begegnen. Isotonische Getränke werden im Sport angeboten. Sie werden vom Körper leichter aufgenommen, insbesondere, wenn er schwer arbeitet oder trainiert. Geburt ist mit einer anstrengenden Arbeit vergleichbar.

Fruchtblase nicht routinemäßig öffnen

Die Fruchtblase schützt das Baby in der Schwangerschaft und auch bei der Geburt. Wenn die Geburt normal voranschreitet, soll die Fruchtblase des Babys nicht routinemäßig geöffnet werden. Es sollen auch nicht gleichzeitig Wehenmittel gegeben und die Fruchtblase geöffnet werden. Diese Kombination zur Beschleunigung der Geburt soll nicht mehr routinemäßig durchgeführt werden.

Aktive Fruchtblasenöffnung (Amniotomie) soll nur dann erwogen werden, wenn das Personal annimmt, die Geburt ginge zu langsam voran. Der Eingriff soll diese Verzögerung überwinden helfen. Die Gebärende soll über den Eingriff und die Folgen der Beschleunigung des Geburtsverlaufs aufgeklärt werden (7.36 ff).

Was sagen Studien? Die zugestandene Zeit hat mit wirtschaftlichen Aspekten zu tun. Nachgewiesene Risiken bei der willentlichen Fruchtblasenöffnung führten dazu, dass von dieser Routinehandlung ab sofort abgesehen werden soll.

Wozu ist die Fruchtblase des Babys gut? Was kann passieren, wenn die Fruchtblase absichtlich geöffnet wird? Worauf sollten Frauen/ Eltern bei der Anmeldung in einer Klinik achten?

Iris Eichholz¹²: „Amniotomie ist die gezielte Eröffnung der Fruchtblase mit dem Finger bzw. einem spitzen Häkchen durch ÄrztIn oder Hebamme. Die beiden Eihäute, die die Fruchtblase bilden, bestehen ausschließlich aus kindlichem Gewebe. Sie umgeben das Kind während der gesamten Schwangerschaft ... Das darin enthaltene Fruchtwasser schützt das Kind vor mechanischen Einwirkungen, erlaubt dem Kind, sich zu bewegen und durch das Schlucken des Fruchtwassers sowie erste Atembewegungen die Funktionen seiner Organe zu üben. Intakte Eihäute schützen das Kind vor aufsteigenden Keimen und somit vor einer Infektion. Das rou-

tinemäßige Eröffnen dieses gut geschützten Raumes führt zu unnötigen Risiken für das Kind ...

Die Zeitvorgaben, wie lange der jeweilige Geburtsabschnitt dauern darf, orientieren sich an der Beobachtung von Geburten, deren Verlauf z.B. durch Amniotomie, Einsatz synthetischer Wehenmittel und forciertes Pressen manipuliert wurde. Das Wissen über die physiologische Geburt ... geht dabei zunehmend verloren. Infolge der Zerstörung der natürlichen Barriere zwischen Fruchthöhle und Außenwelt erhöht sich für das Kind die Infektionsgefahr durch in die Fruchthöhle aufsteigende Keime... Durch die plötzliche Druckveränderung kann eine Fehleinstellung des kindlichen Köpfchens provoziert werden, die zu einem Geburtsstillstand führen kann ... Durch die Druckerhöhung auf das kindliche Köpfchen kann es zu einer Veränderung des kindlichen Herztonmusters kommen, die möglicherweise weitere Eingriffe nach sich zieht. Die routinemäßige Amniotomie ohne medizinische Indikation stellt eine vermeidbare Gefährdung der Gesundheit des Kindes dar.“



Geburt im Stehen, Knien, Hocken

Von der Geburtshaltung hängt ab, ob sich das Becken der Frau genug weiten kann. Ein Forscher wird so zitiert:

„Die liegende Geburt ist die zweitdümmste nach dem Kopfstand“. (nach W. Schiefenhövel)

Gebären in einer günstigen Haltung, sich zu bewegen und verschiedene Haltungen auszuprobieren, ermöglicht, die Vorteile der Schwerkraft zu nutzen und das Baby beim Weiterkommen zu unterstützen. Körpereigene Geburtswehen sind immer begleitet von schmerzlindernden Stoffen, die der Körper selbst herstellt (Endorphine).

Gebärende Frauen sollen ermuntert werden, die Rückenlage zu vermeiden (5.41 und 8.7), insbesondere in der letzten Phase der Geburt, der Austrittsphase. Die einzelne Frau soll ermutigt werden, Positionen einzunehmen, die für sie am angenehmsten sind. Mit ihren Bewegungen unterstützt sie die Arbeit der Gebärmutter. Zugleich hilft sie ihrem Baby dabei, sich durch den Geburtsweg hindurchzuwinden.

Der Geburtshocker kommt nach 170 Jahren Verbot wieder in Gebrauch. Diese und jede andere aufrechte Position ermöglicht, dass sich das Becken der Frau mit seinen beweglichen Teilen optimal weiten kann. Insbesondere kann sich der Steiß vom Körper weg nach hinten abbiegen und damit Platz auch für ein kräftigeres Baby schaffen. Das wäre im Liegen oder halb Sitzen unmöglich.

Abhängen. In manchen Häusern hängt ein starkes Seil oder Tuch von der Decke. Die gebärende Frau kann sich dort oder bei ihrem Partner einhängen und damit die Schwerkraft nutzen. Wichtig: wirklich ab Becken richtig „hängen lassen“, wie ein Sack Mehl. „Eine aufrechte Geburt spart Zeit und Energie und verringert die Wahrscheinlichkeit, dass die Geburt mit Medikamenten beeinflusst und verlängert wird.“¹³

Geburtsorte

In der Leitlinie finden alle Orte Erwähnung, die bekannt sind:

Klinikgeburten im arztgeleiteten Kreißsaal, im von Hebammen geleiteten Kreißsaal und die ambulante Beleggeburt mit der eigenen Hebamme.

Geburtshaus (Dokumentation außerklinischer Geburten, siehe²⁾)

Hausgeburten (Geburten im häuslichen Umfeld), (Leitlinie Tabelle⁹, S. 13).

Frauen sollen darüber informiert werden, was sie an unterschiedlichen Geburtsorten erwartet.
Fragen Sie nach, z. B.:

- Wo gibt es eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme?
- Ist bei Bedarf ärztlicher Beistand in der Nähe?
- Wie wird mit Schmerz umgegangen, medikamentös oder physiologisch?

- Was geschieht, wenn eine Frau zu einem Behandlungsvorschlag Nein sagt?
- Wenn das erste Kind mit Kaiserschnitt entbunden wurde, wird dann ermöglicht, zu versuchen, vaginal zu entbinden?
- Was ist, wenn ein Baby mit dem Po zuerst kommen will (sog. Beckenendlage) oder Zwillinge erwartet werden? (3.2)

Grundsätzlich soll die Frau über die Möglichkeiten des jeweiligen Geburtsortes aufgeklärt werden. „... persönliche Sichtweisen und Urteile bzgl. ihrer Wahl (sollen) vermieden werden zugunsten objektiver Beratung.“ (3.4)

Bisher gab es noch kein offizielles Dokument, in welchem die 5 Geburtsorte nebeneinander dargestellt und damit anerkannt werden. Es ist das Ergebnis jahrelangen Eintretens vieler Eltern und Eltern-Initiativen, Hebammen, ÄrztInnen und PsychologInnen für eine Reform unserer Geburtskultur.

Kristeller-Handgriff – Vetorecht

Der Kristeller-Handgriff (Fachsprache: „Fundusdruck“) ist seit Jahren höchst umstritten und in mehreren Staaten Europas verboten. Die Kommission, die der Leitlinie zustimmen musste, war sich zu 100 % einig, eine strenge Handhabung einzuführen. Sie war sich des hohen Verletzungsrisikos für Mutter und Kind bewusst. Wir bedauern, dass der Eingriff nicht verboten wurde. Umso wichtiger ist es, dass Eltern, die zur Geburt in die Klinik gehen, wissen, dass es diesen Handgriff gibt und welche Wirkung er haben kann.

In der Leitlinie werden u.a. folgende Angaben gemacht: Fundusdruck [Kristeller-Handgriff] soll nicht ausgeübt werden. „Nur unter strenger Indikationsstellung kann diese Maßnahme erwogen werden.“ Die gebärende Frau muss einverstanden sein. Die Frau hat ein Veto-Recht (8.21).

Wir halten es für erforderlich, dass schwangere Frauen/Eltern über den Kristeller-Handgriff Bescheid wissen, um bereits bei der Anmeldung in einer Klinik darauf hinzuweisen, was sie diesbezüglich wollen oder ablehnen.

Iris Eichholz: „**Zur korrekten Anwendung des Kristeller-Handgriffs.** Es gibt eine ‚korrekte‘ Variante der Durchführung, wobei selbst diese sehr umstritten ist: ÄrztIn oder Hebamme kniet auf dem Kopfende des Bettes hinter der Mutter, beugt sich über sie, weiß um die genaue Position des Kindes in der Gebärmutter und weiß auch, dass keine Vorderwandplazenta vorliegt. Mit beiden Händen wird der Steiß des Kindes umfasst und das Kind zeitgleich mit der Wehe und in Absprache mit der Gebärenden achsengerecht in Richtung Beckenausgang geschoben. Sobald die Wehe nachlässt, wird auch der Druck von außen aufgehoben.“ Iris Eichholz beschreibt in ihrer Dokumentation, dass sich die Wirklichkeit im Kreißaal häufig völlig anders darstellt und dass Mutter und Kind sowie der Partner mit einem hohen Verletzungsrisiko rechnen müssen, körperlich und seelisch. Das zu lesen ist schwangeren Frauen keinesfalls zuzumuten. Darum empfehlen wir, eine befreundete Person, den Quelltext lesen zu lassen, damit das Vetorecht in Anspruch genommen werden kann. Sie finden den Quelltext hier. ¹⁴

Latenzphase – Wenn es los geht

Die Möglichkeit der Frau, eine durch das körpereigene Hormonsystem ausgelöste Geburt zu erleben, ist gegeben, wenn von Anfang an genügend Zeit dafür eingeplant wird. Der zu frühe stationäre Aufenthalt führt häufig zu medizinischen Eingriffen. Mit einer Veränderung bzw. Behinderung einer normalen, unkompliziert verlaufenden Geburt muss dann gerechnet werden.

Dass die Schwangerschaft zu Ende geht, kündigt sich für viele Frauen langsam an. Sie spüren z. B. bereits zu Hause, in ihren eigenen vier Wänden, dass sich ihr Kind bereit macht, um auf die Welt zu kommen. Diese Vorbereitung, wenn die Geburt allmählich beginnt, hat einen eigenen Namen: Latenzphase (7.11, 7.12, 7.16, 7.18, 7.2.5,).

Mutter und Baby sind mitten in einem Vorgang, der ganz sanft beginnt. Entscheidend ist, dass das Baby seine Reife signalisiert, unabhängig von einem berechneten Tag. Der errechnete Geburtstermin, der in Ihrem Mutterpass vermerkt ist, kann 14 Tage und mehr unter- oder überschritten werden. Das ist individuell unterschiedlich.

Die Latenzphase ist die „Zeitspanne von Geburtsbeginn bis zu einer Muttermundöffnung von 4–6 cm“. Die Leitlinie befasst sich mit der Latenzphase deswegen, weil zu viele Frauen zu früh zur Klinik aufbrechen. Sie sind beunruhigt. Sie erhoffen sich durch die Aufnahme Orientierung und Sicherheit. Dabei ist es wichtig, dass die Hormone, welche die Wehen auslösen, sich von alleine entwickeln können. Das geht am ungestörtesten und natürlichsten in einer vertrauten, stressfreien Umgebung. Für viele Frauen ist das ihr eigenes zu Hause. Insbesondere beim ersten Kind kann es noch Stunden oder Tage dauern, bis es „wirklich“ los geht ...

In der Klinik kann durch Zeitdruck, Ungeduld und eine fremde Umgebung die Wehenbildung erschwert werden oder stoppen.

Warum ist das so?

Unser vegetatives (unwillkürliches) Nervensystem reagiert zu unserm Schutz mit Warnsignalen auf alles, was nicht vertraut ist. „Bin ich hier sicher, wo alles fremd und neu ist?“, fragt das Nervensystem auch sonst, wenn Sie irgendwo hinkommen, an einen neuen Arbeitsplatz, einen unbekanntes Urlaubsort, oder zu einer Veranstaltung, wo Sie niemanden kennen ...

Die wenigsten Menschen sind vertraut mit den Eindrücken einer Klinik. Die Flure, die Gerüche, Geräusche, Hinweisschilder und Wegweiser, Neonlicht, fremde Menschen, technische Apparate ...

Unser Körper reagiert unbewusst auf eine fremde Umgebung, vorbei am Verstand

Leider können sich so die für die Geburt hilfreichen Hormone nur schwer einstellen. Wenn sich das Einsetzen von Wehen in der Klinik hinzieht, kann es auch sein, dass Ihnen vorgeschlagen wird, noch einmal nachhause zu gehen.

Überlegen Sie sich dann, ob sich das für Sie stimmig anfühlt. Wollen Sie in der Klinik bleiben, kann es trotzdem sein, dass Sie unter Zeitdruck geraten.

Hier werden die Vorwehen schon als Geburtswehen gedeutet, und daher als zu schwach angesehen. Der häufigste Grund, warum Wehenmittel verabreicht werden, ist die so genannte „Wehenschwäche“. Einer zu früh angereisten Frau wird vielleicht am Abend gesagt: „Wenn sich bis morgen früh nichts tut, müssen wir einleiten“.

Häufig werden dann Medikamente gegeben, um Wehen zu erzeugen oder zu schwache Wehen zu verstärken.

Dabei zieht sich die Gebärmutter unnatürlich krampfartig zusammen. Viele Frauen empfinden diesen Schmerz als schwer auszuhalten. Deshalb werden dann wiederum Schmerzmittel angeboten. Ab jetzt ist das feine hormonelle Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind außer Kraft gesetzt: es regieren Medikamente, überwacht von Technik. Häufig folgt die Verabreichung einer PDA (Periduralanästhesie).

Die PDA, ein hochpotentes Schmerzmittel, wird in einen Zwischenraum neben die Rückenmarksnerven gespritzt ... oder es wird ein Katheter gelegt, um eine andauernde Abgabe des Mittels sicherzustellen. Eine gravierende Folge von künstlichen Wehenmitteln ist, dass das eigene Hormonsystem der Frau im Zusammenspiel mit dem Baby nachhaltig gestört wird. Auch kann es zu einem Wehensturm kommen, der für die Frau sehr kräftezehrend ist.

Der Unterkörper der Frau wird bei der PDA teilweise oder ganz betäubt. Sie braucht nun auch einen Urinkatheter. Die Frau liegt ab jetzt. Sie bekommt ein Dauer CTG. Es wird schwer, dem Baby jetzt auf seinem Geburtsweg zu helfen. Meist spürt sie das Baby gar nicht mehr. Eine aufrechte Haltung, Stehen, Sitzen, Hocken, zur Nutzung der Schwerkraft, oder eine Wannengeburt sind dann nicht mehr möglich. Häufig werden Frauen darüber nicht aufgeklärt.

Das CTG dient zur Überwachung, ob das Baby die Medikamente und seine Situation verträgt. Die Herztöne zeigen das Befinden des Kindes an und

werden genau beobachtet. Von außen kann nicht immer zuverlässig gesagt werden, wie es dem Kind geht. Sicher aber ist, dass Hebammen und ÄrztInnen jetzt in Habacht-Stellung sind. Schlechte Herztöne des Babys „zwingen“ das Personal zu handeln und es liegt nahe, dass dann eine operative Entbindung folgt (mit der Saugglocke, Kaiserschnitt, Zangengeburt).

Um nicht in diese Ereigniskette hineinzugeraten, die mit der Latenzphase beginnt, sollen Frauen/ werdende Eltern über das „Wenn ... dann“ informiert werden. Das ist der Grund, warum das Wissen über den Beginn der Geburt mit der Latenzphase so wichtig ist.

Ihre Haltung zur Geburt, zu Ihrem Kind und zu Ihrem Körper ist mitentscheidend für ein gutes Gelingen, von Anfang an. Das hat mit Vorsorge im üblichen Sinn wenig zu tun. Vertrauen Sie sich, wenn Ihre persönliche Latenzphase beginnt.



Schmerzen und wie die Natur sie mildert

Frauen sollen vom geburtshilflichen Personal darin unterstützt werden, mit dem Wehenschmerz auf ihre eigene Weise umzugehen, z.B. mit Atem- und/oder Entspannungsübungen oder Massagen durch eine Begleitperson. Es soll ihnen ebenfalls ermöglicht werden, während des Geburtsgeschehens Entspannung zu finden, im Wasser, durch bestimmte Musik, Akupunktur, Aromen oder Hypnose (7.27).

Mit diesem Teil der Leitlinie wird deutlich, dass Frauen vom geburtshilflichen Personal dabei unterstützt werden sollen, selbstwirksam ihre Wehen zu bewältigen. Das heißt, Frauen können sich selbst vorbereiten und ihren ganz persönlichen Weg finden, mit dem Geburtsschmerz umzugehen. Sie sollen dabei nach Kräften unterstützt werden. Körper eigene Wehen sind verkraftbar, weil zugleich auch körpereigene schmerzlindernde Hormone abgegeben werden und Pausen im eigenen Rhythmus entstehen. Die allmähliche Wehenentwicklung wird vom Mutter-Kind-Rhythmus bestimmt. Homöopathische Mittel werden mit der Leitlinie nicht untersagt,

die Verwendung soll der Frau nicht verwehrt werden.

Wenn wegen Zeitdruck die Geburt beschleunigt werden soll, z.B. durch die willentliche Öffnung der Fruchtblase oder die Verabreichung künstlicher Wehenmittel, muss vorher die Zustimmung der gebärenden Frau eingeholt werden, denn **mit solchen Maßnahmen wird die individuelle Wehenentwicklung außer Kraft gesetzt.**

Zeitdruck darf bei der Geburt nicht gemacht werden. Die Geburt geht von selbst schneller voran, wenn die Gebärende im eigenen Rhythmus Bewegung und Ruhephasen wechselnd durchläuft. Ihre Körperhaltung sollte sie so verändern, wie sie es will. Vorzugsweise wird sie aus eigenem Antrieb eine aufrechte Gebärhaltung einnehmen und die Schwerkraft nutzen.

Vorzeitiger Blasensprung

Bei einem vorzeitigen Blasensprung wird empfohlen, gelassen zu bleiben. Die Frau muss nicht liegen. Eine vaginale Untersuchung sei bei fehlenden Auffälligkeiten nicht erforderlich. Die Untersuchung mit dem Spekulum (aus Plastik oder Metall bestehendes Gerät, das in die Vagina eingeführt werden kann) aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs sei nicht erforderlich. Es wird ein geringes Infektionsrisiko für das Baby von 1% angegeben, das durch vaginal-Untersuchungen aber steigen würde.

Die Frau kann nach einem Blasensprung wählen:

Entweder kann sie noch zuhause 24 Stunden abwarten, Baden und Duschen sei möglich. Nach 24 Stunden sollte eine Geburtseinleitung angeboten werden oder es erfolgt eine zeitnahe Geburtseinleitung mit künstlichen Wehenmitteln, der sie zustimmen muss. (7.1) Eine Absprache mit ÄrztIn/Hebamme sollte erfolgen. Wir empfehlen Ihnen, dass Sie nach einem Blasensprung Kontakt zu Ihrer begleitenden Hebamme oder FrauenärztIn aufnehmen, um die individuelle Situation abzuklären.

Iris Eichholz erläutert, warum bei vorzeitigem Blasensprung Vorsicht geboten ist: „Die Vagina ist ein sich selbst reinigendes Organ, das nur eine Fließrichtung kennt: von innen nach außen. Der äußere Intimbereich ist physiologisch bedingt stark keimbesiedelt, v. a. durch die Nähe zur Analregion. Nun würde es diese Keime eine gewaltige Anstrengung kosten, sich aus eigener Kraft „gegen den Strom schwimmend“ die Scheide hinauf zu arbeiten und eine Infektion der Fruchthöhle, der Eihäute und des Kindes zu verursachen. Durch die **vaginale Untersuchung** aber wird den Keimen eine ‚günstige Mitfahrgelegenheit‘ direkt bis an das Köpfchen des Kindes geboten. Vor allem nach erfolgtem Blasensprung bedarf es strenger Kriterien für die Durchführung dieser nebenwirkungsreichen Intervention.“¹⁵

Quellen

¹ AWMF 015-083 S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. Kurzversion. Hrg. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.; Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.

² Außerklinische Geburten in Geburtshäusern und zuhause werden dokumentiert. Unter www.quag.de finden Sie für jedes Jahr einen offiziellen Qualitätsbericht.

³ Eichholz, Reinald, Vortrag auf der 27. Jahrestagung der International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine e.V., Berlin 23. – 25. Oktober 2015

⁴ Hildebrandt, Sven: Band des Lebens, DHZ 10/2015

⁵ Linderkamp, Otwin: Placental transfusion: Determinants and effects. Clinics in Perinatology 9:559-592 (1982)

⁶ Linderkamp, Otwin: Polycythemia and hyperviscosity. In: G. Buonocore, Neonatology, Springer (2016)

⁷ Marcovich, Marina: Frühgeborene. Zu klein zum Leben? Fischer tb; 1999; ISBN: 3596136989

⁸ „Gegen den Trend – Wie es gelingen kann, die Kaiserschnitttrate zu senken“ Broschüre des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

⁹ <https://www.greenbirth.de/de/geburts-abc/c/287-ctg-90-pathologische-diagnosen.html>

¹⁰ Mother Hood e.V. und der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF), als Mitglieder der Leitlinienkommission, begründen ihre Ablehnung eines Dammschnitts entsprechend der Leitlinie 8.14 ausführlich. Nachzulesen in der Langfassung der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin.

¹¹ NICE-Leitlinie CG 190 Intrapartum Care for healthy women and Babies. Auf diese britische Leitlinie bezieht sich die deutschsprachige Leitlinie in großen Teilen.

¹² Eichholz, Iris: Kinderrechtsverletzungen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenstagen, Moor Verlag 2019, Seite 10. Nachzulesen auf www.greenbirth.de – Publikationen, deutsch und englisch.

¹³ Zitat Ina May Gaskin, Hebamme, Empfängerin des Alternativen Nobelpreises

¹⁴ Eichholz, Iris: Kinderrechtsverletzungen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenstagen, ebenda Seite 43.

¹⁵ Eichholz, Iris: Kinderrechtsverletzungen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenstagen, ebenda Seite 36.

Leitlinien für Geburten in Kliniken sind Empfehlungen für das Personal.
Es sind keine Vorschriften, weil jede Geburt individuell ist. Hier genau setzt
unsere Broschüre an, um Eltern über wichtige Einzelheiten zu informieren.

Informiert zu sein, bringt Entspannung und Gelassenheit, denn Ihr Körper
weiß, wie Geburt geht ...

Sie finden die Inhalte dieser Broschüre auch auf unserm GreenBirth
YouTube-Kanal und auf unserer Homepage www.greenbirth.de



www.greenbirth.de