



Die Begleitung der Austreibungsphase

Ursula Lützel Schwab-Weber
Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF
Rodgersdorf 2009

„Jedes Kind, das geboren wird, ermöglicht seiner Mutter eine neue Erfahrung. Jede Geburt ist anders und einzigartig und birgt damit auch ein ganz spezielles Potenzial zur persönlichen Weiterentwicklung für die Frau in sich.“ (Schmid 2005)

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis	4
2	Einleitung	5
3	Ausgangslage	6
4	Definition und Physiologie der AP	6
4.1	Definition AP	6
4.2	Geburtsmechanismus	9
4.3	Wehen	9
4.4	Fetus-Ausscheidereflex	9
5	Situation der Frau	10
5.1	Schmerz	10
5.2	Emotionaler Zustand der Frau	11
5.3	Ressourcen der Frau	11
5.4	Erwartungen an die Hebamme	12
6	Forschungsergebnisse und evidenzbasierte Empfehlungen zum Management der AP	13
6.1	AP-Dauer	13
6.2	Pressphase	14
6.2.1	Beginn des Pressens	14
6.2.2	Pressvorgang	16
6.3	Gebärposition	18
7	Management der AP in der Praxis	19
7.1	Umfrage	20
7.2	Ergebnisse	20
7.3	Diskussion	24
8	Bedeutung für die Hebammenarbeit	26
8.1	Ganzheitliche Begleitung durch die Hebamme	26
8.1.1	Der Gebärenden Kontrolle ermöglichen	26
8.1.2	Konzepte der Kontrolle	27
8.2	Überwachung - Sicherheit	28
8.3	Kommunikation – Anleiten	31
8.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	31
9	Schlussfolgerungen	32
10	Literaturverzeichnis	34

1 Abkürzungsverzeichnis

AP	Austreibungsphase
BD	Blutdruck
CTG	Cardiotokographie
EP	Eröffnungsperiode
ISP	Interspinal
MM	Muttermund
PDA	Periduralanästhesie

2 Einleitung

Ganz persönlich berührt hat mich zum Thema Austreibungsphase der kurze brasilianische Film „Birth in the Squatting Position“ (Paciornik u. Paciornik 1979), der fünf Frauen in der aktiven Austreibungsphase ihrer Geburt zeigt. Die Geburten finden in der Klinik statt, alle Frauen befinden sich in hockender Position und werden nicht angeleitet. Mich beeindruckt, wie selbstverständlich und konzentriert die Frauen ihre Kinder aus eigener Kraft aus sich heraus „arbeiten“, und weckt in mir eine Vision, wie Austreibungsphasen sein können.

Im Gegensatz dazu habe ich in der Praxis nur selten solche Geburten erlebt, in denen die Frauen selbstbestimmt und aktiv ihre Austreibungsphase gestalten. Oft erlebe ich diese Geburtsphase als sehr hektisch und straff geführt von der Hebamme und/oder von Ärztinnen und Ärzten. Vorgaben zur Gebärposition, Atmung, Pressvorgang, Zeitdauer scheinen der Frau jegliches Körpergefühl und jegliche natürliche Gebärfähigkeit abzusprechen und wirken auf mich entwürdigend für die Frau.

Gemäss meinem eigenen Verständnis von ganzheitlicher Geburtshilfe ist die Geburt grundsätzlich ein physiologischer Vorgang und ein prägendes, entwicklungsförderndes individuelles Erlebnis der Frau und ihrer Familie. Zu meinen Aufgaben als Hebamme gehört es entsprechend den Schlüsselqualifikationen, den Funktionen der Hebamme und dem Internationalen Ethik-Kodex der Hebammen, einen Rahmen der Sicherheit und Unterstützung zu schaffen, in dem Frauen ihre Geburt selbstbestimmt und nach ihren Bedürfnissen und Ressourcen gestalten können.

Ausgehend von meiner persönlichen und fachlichen Begründung ergeben sich folgende Fragestellungen für die vorliegende Arbeit:

- **Wie kann die Gebärende in der Austreibungsphase ihren Bedürfnissen gemäss begleitet und in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden?**
- **Wie begleite ich die Austreibungsphase sicher für Mutter und Kind?**

In einem ersten Schritt gehe ich auf Definition und Physiologie der Austreibungsphase (AP) ein, dabei beleuchte ich Dauer der AP, den Beginn des Pressens, den Pressvorgang, sowie die Situation von Frau und Kind.

Das nächste Kapitel widme ich den offiziellen Empfehlungen zum Management der AP.

Um zu ermitteln wie das Management der AP in der Praxis aussieht, habe ich eine kleine Umfrage mit vier Hebammen in meinem Praktikums hospital durchgeführt und diese ausgewertet.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen leite ich die Bedeutung für die Hebammenarbeit ab und setze dabei Schwerpunkte auf die Begleitung der Hebamme im Zusammenhang mit den Konzepten „Kontrolle der Frau“ und „Empowerment“, sowie auf die Bereiche Überwachung/Sicherheit, Kommunikation/Anleiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Ich gehe in dieser Arbeit von physiologischen Schwangerschaften und Termingeburten ohne Risikofaktoren aus. Nicht näher eingehen werde ich auf die Austreibungsphase in PDA, im Wasser, sowie auf einzelne Geburtspositionen, Techniken des Dammschutzes und Dammverletzungen.

3 Ausgangslage

Während der AP wird die Sauerstoffversorgung des Kindes schrittweise verringert durch den zunehmenden intrauterinen Wehendruck und Drosselung der uteroplazentaren Durchblutung. Zudem gelangt die gebärende Frau häufig an ihre körperlichen und emotionalen Grenzen und fordert in dieser Situation Anleitung. Dies führt zu einer gewissen Stresssituation für Hebamme, Ärztin und Arzt, die ein optimales Outcome für Mutter und Kind anstreben, und häufig zu einer straffen, direktiven Leitung der AP (Roberts et al 2007).

Nicht nur kindliche und mütterliche Sicherheit und Wohlbefinden bestimmen das Management der AP, sondern auch Richtlinien und Massnahmen wie Begrenzung der AP-Dauer, Zeitpunkt des Pressens, Anleiten des Pressvorgangs und der Gebärposition.

4 Definition und Physiologie der AP

Entgegen alten geburtshilflichen Lehrbüchern, welche fünf Geburtszeiten beschreiben (Gross 2002), teilen aktuelle geburtshilfliche Lehrbücher das Gebären in der Regel in drei grosse Phasen ein: Eröffnungs-, Austreibungs- und Nachgeburts-/Plazentarperiode, welche wiederum unterteilt werden in Latenz- und aktive Eröffnungsphase, frühe und fortgeschrittene oder aktive Austreibungsphase. Im folgenden Abschnitt werde ich auf verschiedene Definitionen und die Physiologie der AP eingehen.

4.1 Definition AP

Die Austreibungsperiode beginnt mit vollständiger Eröffnung des MM und wird mit der Geburt des Kindes beendet (Chalubinski KM, Husslein P 2004); Mändle (2007) bezeichnet die AP deshalb auch als Geburtsphase.

Da die AP-Dauer im Geburtsmanagement eine wichtige Rolle spielt und meist auf eine bestimmte Zeit begrenzt wird, ist insbesondere die Bestimmung des Beginns relevant. Bei o. g. Definition lässt sich zwar das Ende der AP mit der Geburt des Kindes klar bestimmen, nicht jedoch der Beginn der AP, da bei Befunderhebung nicht nachvollziehbar ist, wie lange der MM schon eröffnet ist (Bergstrom et al 1997).

Die AP wird in eine frühe und eine fortgeschrittene Phase unterteilt, wobei die fortgeschrittene Phase als aktive Phase bzw. Pressphase bezeichnet wird.

Harder (2005a) nennt die frühe AP auch Übergangsphase, weil sie von der passiven Eröffnung zur aktiven Austreibung überleitet. Durch Wegfall des Ferguson-Reflexes können die Wehen in der Übergangsphase zuerst etwas nachlassen und bieten Mutter und Kind so eine Phase der Erholung. Walsh (2007) beschreibt diese Erholungsphase sehr schön als „have a rest and be thankful“ und bezeichnet die Übergangsphase im Weiteren als erlebtes Phänomen verschiedenster Erfahrungen und Emotionen, welches wissenschaftlich zuwenig messbar ist und daher wenig Beachtung in einer technokratisch orientierten Geburtshilfe (Davies-Floyd 2004) findet, die eher auf Normierung denn auf Individualität ausgerichtet ist. Aufgrund der möglichen Wehenlatenz in der Übergangsphase empfiehlt Long (2006, zitiert nach Walsh 2007) sogar den Beginn der AP nicht auf die vollständige Eröffnung des MM festzulegen, sondern auf den Befund, wenn der vorangehende Teil den MM passiert hat und sich unterhalb der Interspinallinie befindet. Diese Definition gesteht der Gebärenden mehr Zeit für die AP zu, ein ausbleibendes Tiefertreten des vorangehenden Teils muss jedoch wachsam im Auge behalten werden.

Laut Mändle (2007) zeichnet sich der Übergang von der Eröffnungsphase zur Geburtsphase durch „zweites Zeichnen“, durch rechtzeitigen Blasensprung und unwillkürlichen Drang zum Mitdrücken oder Stuhl drang aus. Die Wehenschmerzen werden dann als besonders heftig und unkontrollierbar erlebt, wenn vermutlich der Kopf durch den MM durchtritt. Hat sich der MM ganz über den vorangehenden Kopf zurückgezogen, tritt er infolge der Wehenkraft noch ohne Hilfe der reflektorischen Bauchpresse tiefer. In der Arbeit von Gross (2002) wurde diese Wehenkraft in alten Lehrbüchern als „Treibwehen“ beschrieben, welche den herabhängenden Kopf bis an den Ausgang des Beckens schieben. Harder (2005a) benutzt den ähnlichen Begriff Austreibungswehen. Für mich passt der Begriff des Treibens gut zum passiven Tiefertreten des Kopfes.

Die Pressphase beginnt nach Chalubinski u. Husslein (2004) wenn der kindliche Kopf die Beckenmitte passiert hat und es durch Druck auf den Plexus lumbosacralis, ein Geflecht der Spinalnerven im Bereich des Lenden- und Kreuzabschnitts, zum reflektorischen Pressdrang kommt. Die Beckenmitte hat der Kopf passiert wenn die kindliche Leitstelle (bei Hinterhauptseinstellung) auf Beckenboden steht (Weitzel u. Hopp 2004), dies entspricht der Aussage von Harder (2005a) und Heller (2004), welche das Auftreten des unwillkürlichen, reflektorischen Pressdrangs dann beschreiben, wenn der kindliche Kopf auf Beckenboden steht.

Heller (2004) vergleicht das Auftreffen des kindlichen Kopfes auf den Beckenboden mit einem Signal zur Entleerung: die reflektorische Bauchpresse beginnt zu arbeiten, durch Kontraktion der Rumpfmuskeln wird der Bauchinnendruck erhöht und die Wirkung von Uteruskontraktion und –retraktion verstärkt, wodurch die Schubkräfte auf das Kind in Richtung Ausgang unterstützt werden. Im Gegensatz zu den Austreibungswehen, werden die Wehen unter Mithilfe der reflektorischen Bauchpresse als Presswehen bezeichnet.

Beim Hören der Begriffe frühe AP und Pressphase könnte man annehmen, dass der Pressdrang die beiden Phasen der AP strikte voneinander abgrenzt. Bergstrom et al 1997 haben eine Typologie des Pressens erarbeitet, welche zeigt, dass reflektorischer Pressdrang - häufig ohne ersichtliche Gründe - bereits vor vollständig eröffnetem MM auftreten kann oder auch ausbleibt, wenn der MM vollständig eröffnet ist. Gemäss Gross (2002) verspüren bis zu zwei Drittel der Gebärenden den Wunsch mitzuschieben, bevor der MM vollständig eröffnet ist.

NICE (2007) empfehlen folgende Definition der AP: die passive bzw. frühe AP beginnt mit vollständiger Eröffnung des MM vor oder ohne vorhandenen Pressdrang der Frau. Die aktive Phase beginnt, wenn das Kind sichtbar ist, bei Presswehen und gleichzeitig vollständig eröffnetem MM oder anderen Zeichen eines vollständig eröffneten MM oder bei aktiver Mitarbeit der Mutter nach Bestätigung eines vollständig eröffneten MM ohne Presswehen.

Diese Definition ist sehr differenziert. Sie bezieht, die weiter oben beschriebene Typologie des Pressens von Bergstrom et al 1997 ein, ist aber unscharf in gewissen Beschreibungen. So ist z. B. nicht ganz klar, was „andere Zeichen eines vollständig eröffneten MM“ sind, ob dies Merkmale der Übergangsphase sein könnten (s. o.) oder wenn der Kopf über die Bauchdecke nicht mehr tastbar ist, oder wo genau der Kopf genau steht wenn er „sichtbar“ ist, ob er in der Tiefe zu sehen ist oder im Scheidenausgang.

Es zeigt sich einerseits, dass verschiedene Autorinnen und Autoren unterschiedliche Begriffe und Beschreibungen für die einzelnen Geburtsphasen verwenden, wobei das Management der AP wiederum wesentlich von der Definition der verschiedenen Begrifflichkeiten abhängt. Andererseits ist es schwierig, die einzelnen Geburtsphasen voneinander abzugrenzen, da Geburten prozesshaft und nicht linear verlaufen (Bergstrom et al 1997, Gross 2002, Walsh 2007). Eine Einteilung der Geburtsphasen, die vorrangig den Zweck hat, Zeitrahmen für die einzelnen Geburtsphasen zu erstellen, um Handlungsrichtlinien festzulegen, ignoriert die physiologische Verschiedenheit zwischen Frauen (Walsh 2007). Wie Gross (2002) empfiehlt

auch Walsh (2007), vermehrt das sich verändernde Verhalten der Gebärenden in den verschiedenen Geburtsphasen zu beobachten; anstelle von Geburtsfortschritt, welcher in erster Linie nach Zeit gemessen wird, können dann Begriffe wie Geburtsrhythmen und – dynamik treten, die die Vielfalt und Individualität der Gebärenden integriert.

4.2 Geburtsmechanismus

Die Zweiphasigkeit der AP spiegelt sich auch in zwei geburtsmechanischen Abschnitten, im pelvinen und im perinealen Abschnitt.

Während des pelvinen Abschnitts passiert der kindliche Kopf den vollständig eröffneten MM und den Geburtskanal durch Tiefertreten, Beugung und Drehung im ersten Teil der AP (Schneider 1988). Im perinealen Abschnitt der AP kommt die wehensynchrone reflektorische Bauchpresse zum Einsatz und der kindliche Kopf wird schrittweise durch die sich entfaltende Vagina geschoben bis er sich in der Vulva zeigt, in der Wehenpause jedoch wieder zurückweicht, was als „Einschneiden des Kopfes“ bezeichnet wird, er befindet sich dann auf Beckenboden (Weitzel u. Hopp 2004). Bleibt der Kopf auch in der Wehenpause in der Vagina stehen, spricht man vom „Durchschneiden“ oder „Crowning“, er befindet sich dann am Beckenausgang (Weitzel u. Hopp 2004).

4.3 Wehen

Die Wehentätigkeit erreicht in der AP ihr Maximum. Gegenüber der EP sind die Wehen der AP länger (40-80 sec) und kräftiger. Der intrauterine Druck erreicht Werte bis zu 100mmHg, bei mütterlicher Aktivität gar Werte bis zu 200mmHg, welche sich direkt auf den kindlichen Kopf, die Plazenta und die Nabelschnur auswirken. Die Sauerstoffzufuhr verringert sich schrittweise; bei Werten über 100mmHg ist die Uterusdurchblutung und damit die Sauerstoffversorgung des Kindes unterbrochen (Rosenberger 2005a). Oft verlangsamt sich die kindliche Herzfrequenz, das Absinken kann jedoch toleriert werden, wenn die Basalfrequenz in der Wehenpause wieder erreicht wird (Harder 2005b). Die hypoxische Gefährdung des Kindes hängt u.a. von der Kompensationsfähigkeit der Plazenta, dem Erholungsvermögen in der Wehenpause sowie vom Pressverhalten und Wehenschmerzverarbeitung der Gebärenden ab (Mändle 2007).

So ist eine sorgfältige Überwachung des Kindes in der AP unerlässlich. Dabei werden die intermittierende Überwachung der kindlichen Herztöne mittels Stethoskop oder Doptone und die kontinuierliche Registrierung durch das CTG unterschiedlich diskutiert und gehandhabt.

4.4 Fetus-Ausscheidereflex

Der Begriff Fetus-Ausscheidereflex stammt ursprünglich aus der Forschung über Geburten von Säugetieren. Odent (2000) hat den Begriff für seine Beobachtungen in der menschlichen Geburtshilfe übernommen. Für mich ist der Fetus-Ausscheidereflex ein physiologisches Phänomen der AP und Ausdruck der natürlichen Gebärfähigkeit, die Frauen innewohnt. Er ist deshalb eine wichtige Ressource in der AP.

Odent beschreibt den Fetus-Ausscheidereflex als einen plötzlichen Reflex der Gebärenden, ihr Kind unter Einfluss einer Adrenalinausschüttung auszustossen. Eine Adrenalinausschüttung kann in Zusammenhang mit einem Temperaturwechsel oder einem alarmierenden Ereignis stehen, Odent hat jedoch beobachtet, dass Gebärende auch ohne äussere Einflüsse, meist direkt vor den Presswehen, Angst, Ärger oder auch Euphorie äussern. Wird die Gebärende dabei nicht von irgendwelchen Interventionen oder Äusserungen der anwesenden Personen gestört, entwickelt sie kurz darauf kräftige Kontraktionen, mit denen sie ihr Kind ausstösst.

5 Situation der Frau

Im folgenden Abschnitt beleuchte ich die Situation der Frau in der AP in Bezug auf Schmerz, emotionalen Zustand, Ressourcen, Bedürfnisse und Erwartungen an die Hebamme.

5.1 Schmerz

Wie bereits weiter oben erwähnt, werden Austreibungswehen und das langsame, passive Tiefertreten des kindlichen Kopfes durch das Becken oft als besonders schmerzhaft von der Gebärenden empfunden. Als Folge der Druckwirkung des Kopfes strahlen die scharfen, reissenden Schmerzen häufig in die Beine aus. Gleichzeitig erleben die meisten Gebärenden diese Phase als Erleichterung, weil sie aktiv mitschieben können (Mändle 2007).

Schmerz entsteht einerseits peripher, in der Körperregion, in der der „Angriff“ stattfindet: der kindliche Kopf tritt durch das Becken, Beckenboden und Vulva öffnen sich, es entsteht Druck auf Gelenke und Nerven im Iliosacralbereich, Bänder und Muskeln werden gedehnt und gezerrt. Der Grad der An- und Entspannung steht in direktem Zusammenhang mit der Intensität des Schmerzes in diesem sensiblen Bereich (Schmid 2005).

Andererseits entsteht Schmerz zentral im Gehirn, im limbischen System, dort wo unsere Gefühle, Empfindungen, Instinkte, unser Unbewusstes liegen und unsere Lebenserfahrungen gespeichert sind.

Die körperlichen Reize aktivieren die zentralen Reize und erzeugen zusammen die individuelle Schmerzempfindung. Gleichzeitig können die zentralen Faktoren des Schmerzes die Wahrnehmung der peripheren Reize verringern oder verstärken. So kann das Schmerzempfinden in der AP von starkem Schmerz bis zu Lustempfinden variieren. Der rhythmische Schmerz kann zu orgasmusähnlicher Erfahrung führen, durch die Spannung im Genitalbereich und die sich ständig erhöhende Endorphinausschüttung, welche das Sichgehen-lassen ermöglicht. (Schmid 2005). Eindrückliche Beispiele dazu beschreibt auch Gaskin (2003) und empfiehlt Paaren, durch Schmusen, Streicheln eine lustvolle Stimmung zu schaffen, welche der Frau die Öffnung zur Geburt ermöglicht. Dies scheint mir jedoch einfacher in der privaten Atmosphäre zuhause oder allenfalls im Geburtshaus als im Spital

umzusetzen und setzt ein grosses Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Hebamme voraus, welches meines Erachtens nur durch eine kontinuierliche Begleitung der Hebamme bereits während der Schwangerschaft entstehen kann.

Laut Schmid (2005) hat der Schmerz die Aufgabe, Mutter und Kind sicher durch die Geburt zu führen, indem u. a. die Frau Positionen einnimmt, die den Schmerz erträglicher machen und sie vor Schäden an Becken, MM und Beckenboden schützen. Der Schmerz dient so als Regulator beim Tiefertreten des Kopfes, ist aber auch Ausdruck der Trennung vom Kind.

5.2 Emotionaler Zustand der Frau

Grantly Dick-Read's Modell von Angst-Spannung-Schmerz (zitiert in Mändle 2007) zeigt, dass der körperliche und emotionale Zustand der Gebärenden eng miteinander verbunden sind. Die Übergangsphase, welche zwischen Ende der Eröffnungsphase und Beginn der aktiven Austreibungsphase liegt, bedeutet für die Frau oft eine Zeit der psychischen Krise, sie verliert den Mut oder zweifelt an ihren Kräften. In der Praxis habe ich häufig Äusserungen der Frau erlebt wie „ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr, macht ohne mich weiter oder macht einen Kaiserschnitt“. In der Übergangsphase wächst die Gebärende über sich selbst hinaus, sie überschreitet ihre Leistungsgrenze (Stadelmann 2006).

Der von Odent (2000) im Zusammenhang mit dem Fetus-Ausscheidereflex beschriebene Adrenalinausstoss, welcher sich in Angst, Verzweiflung, Zorn aber auch Euphorie äussern kann, fällt genau in diese Phase des Übergangs.

5.3 Ressourcen der Frau

Meiner Meinung nach sind das Vertrauen der Gebärenden in den eigenen Körper und das Geburtsgeschehen, sowie die einfühlsame und unterstützende Begleitung durch die Hebamme und die Begleitperson wichtige Ressourcen für die ganze Geburt wie auch für die AP. Die Fähigkeit des Vertrauens hat für mich wesentlich mit dem Begriff des Kohärenzgefühls aus dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky zu tun. Nach Antonovsky wird das Kohärenzgefühl von drei Komponenten geprägt, nämlich dem Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit. Das Kohärenzgefühl als zentrale Fähigkeit sich gesund zu erhalten entsteht im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung und steht wesentlich in Beziehung zum Selbstkonzept, dem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (Loos 2008). Im Zusammenhang mit der Geburt bringt die Gebärende also einerseits Prägungen mit, die ihr Kohärenzgefühl bestimmen, andererseits kann es gestärkt werden durch Informiertsein über das Geschehen und Einbezogenwerden in Entscheidungen, durch respektvolle und individuelle Behandlung und durch Unterstützung in der Schmerzbewältigung.

Im Zusammenhang mit Ressourcen denke ich auch an den Hormonspiegel, der durch Aktivierung des archaischen Hirns der Gebärenden ermöglicht, in einen Trancezustand zu gelangen und mit den Geburtsschmerzen umzugehen (Odent 2000). Durch die rhythmische

Wehentätigkeit hat der Körper die Fähigkeit, Endorphine auszuschütten, welche nicht nur die Aufgabe haben, die Schmerzwahrnehmung zu verringern, sondern auch zunehmend eine Veränderung des Bewusstseins zu fördern, eine Art Trance (Schmid 2005).

Bewegungsfreiheit und die freie Wahl von Positionen unter der Geburt, insbesondere vertikale Gebärhaltungen, wirken sich vorteilhaft auf den Hormonhaushalt und damit auf die Wehen- und Schmerzverarbeitung aus, auf die Vorbeugung von Komplikationen wie BB-Verletzungen sowie auf die Sauerstoffversorgung von Mutter und Kind (Kuntner 2007).

Gaskin (2004) verweist auf das Gesetz der Schliessmuskeln und nennt folgende Grundlagen, welche es der Frau ermöglichen, sich so zu öffnen, damit sie ihr Kind loslassen kann: Die Ausscheidungs-, Zervikal- und Vaginalschliessmuskeln funktionieren am besten in einer Atmosphäre der Intimität und Ungestörtheit („Privacy“).

Die Schliessmuskeln können nicht willentlich geöffnet werden und reagieren nicht auf Befehle wie „presse!“ oder „entspanne dich!“. Angst, Aufregung, Unsicherheit können Schliessmuskeln an ihrer Öffnung hemmen. Die Entspannung der Mundpartie und des Kiefers steht in direktem Zusammenhang mit der Fähigkeit des MM, der Vagina und des Afters sich zu öffnen. So können Lachen, Singen, Tönen wesentlich zu einer guten Öffnung der Frau beitragen.

5.4 Erwartungen an die Hebamme

In der Praxis habe ich erlebt, dass Frauen nicht nur unterschiedliche Bedürfnisse äussern sondern dies auch auf sehr unterschiedliche Art tun, abhängig von ihrem momentanen emotionalen und körperlichen Zustand.

Ich habe beobachtet, dass Frauen, die sehr konzentriert sind und mit dem Geburtsschmerz umgehen können, häufiger klare Bedürfnisse äussern, z. B. nach Hilfe bei einem Positionswechsel, nach einem Glas Wasser oder dass sie Bedürfnisse nonverbal äussern durch Festhalten meiner Hand während einer Kontraktion. Auch diese Frauen gelangen an ihre Grenzen, irgendwie scheint es ihnen aber zu gelingen, sich weiter zu motivieren und durchzuhalten. Andere Frauen wiederum äussern ihr Befinden von Angst, Schmerz, Erschöpfung lautstark und appellieren direkt an mich, indem sie mich auffordern, die Situation zu ändern. Sie verlangen z. B. eine PDA, einen Kaiserschnitt oder ein Vacuum und sagen damit, dass ihre eigene Kraft nicht mehr ausreicht, dass sie mehr Hilfe benötigen, ihr Kind zu gebären.

Würde man Frauen im Voraus nach ihren Erwartungen an die Hebamme befragen, erhielte man unzählige verschiedene Antworten und wüsste dennoch nicht, ob sie dann in der momentanen Geburtssituation tatsächlich zutreffen würden.

Will man eine Ahnung über die Erwartungen von Gebärenden an ihre Hebamme erhalten, scheint mir das Ergebnis einer deskriptiven Studie von Goodman et al (2004) ein hilfreicher Ansatz. Die Autorinnen befragten darin 60 Frauen postpartum nach ihrer Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis und stellten fest, dass die persönliche Kontrolle von Frauen unter der Geburt ein entscheidender Einflussfaktor dafür ist.

Kontrolle entsteht dabei durch verschiedene Umstände wie Informiert- und Einbezogenheit in Entscheidungen (Waldenström 1999), Unterstützung in der Schmerzbewältigung und respektvolle, individuelle Betreuung (Green et al 2003).

Häufig schämen sich Frauen nach der Geburt für ihr Verhalten, dies v. a. wenn sie das Gefühl haben, die Kontrolle über sich verloren zu haben. Als Hebamme ist es mein Bestreben, den Frauen im Moment und nach der Geburt ihr Verhalten als normal und okay zu bestätigen, sie in ihren Bedürfnissen nach Möglichkeit zu unterstützen und ihnen mit Einfühlsamkeit und Humor zu begegnen.

6 Forschungsergebnisse und evidenzbasierte Empfehlungen zum Management der AP

Während der aktiven Presswehen wird die uterine Blutzirkulation vorübergehend unterbrochen und oft verlangsamt sich die kindliche Herzfrequenz. Laut den unpublizierten Weisungen der Frauenklinik Inselspital (Schneider 1988) stellt die Pressphase den gefährlichsten Geburtsabschnitt dar und soll deshalb so kurz wie möglich gehalten werden. Im folgenden Abschnitt beleuchte ich das Management der AP bzgl. Dauer, Pressphase und Gebärposition und habe dafür aktuelle Forschungsergebnisse und evidenzbasierte Empfehlungen zugezogen.

6.1 AP-Dauer

Eine Schwierigkeit in der Festsetzung einer Zeitlimite für die AP-Dauer stellt die genaue Diagnose des AP-Beginns dar: mittels einer vaginalen Untersuchung lässt sich zwar die vollständige Eröffnung des MM feststellen, jedoch nicht wie lange dieser schon voll eröffnet war. Bis zu zwei Dritteln der Gebärenden wiederum spüren einen frühen Pressdrang, obwohl der MM noch nicht vollständig eröffnet ist (Gross 2002, s. Kapitel 4.1).

Die zeitliche Begrenzung der AP wird diskutiert, um Geburtsrisiken rechtzeitig zu erkennen, sie führt jedoch häufig zu operativen Geburtsbeendigungen (Cesario 2004, WHO 1996). Gleichzeitig zitieren verschiedene Autoren (Cesario 2004, Roberts u. Hanson 2007) mehrere aktuelle Studien, welche gute kindliche Outcomes auch bei verlängerter AP belegen. Roberts u. Hanson (2007) betonen, dass die aktive von der passiven AP getrennt betrachtet werden

muss, da die aktive Pressphase der kritische Faktor für mütterliche und kindliche Beeinträchtigung darstellt. Eine Verlängerung der passiven Phase der AP birgt kein Risiko für Mutter und Kind.

Entgegen der Empfehlung von Roberts u. Hanson (2007) wird gemäss meiner Erfahrung in der Praxis die AP-Dauer ab Zeitpunkt des vollständigen MM bemessen und eine Beschränkung der gesamten AP-Dauer nicht nur für die aktive Phase festgelegt.

Kindliche Einstellung und Haltung sind weitere entscheidende Faktoren, welche Wehentätigkeit und Pressdrang beeinflussen und so auf die AP-Dauer wirken, sie werden jedoch häufig nicht berücksichtigt bei der Beurteilung der AP-Dauer (Roberts u. Hanson 2007). Hier kann die Hebamme durch fördernde Geburtspositionen die Kindslage optimieren.

Die WHO (1996) empfiehlt, die Entscheidung, die AP zu verkürzen, aufgrund des mütterlichen oder fetalen Zustands und des Geburtsfortschritts zu fällen. Nach einer AP-Dauer von >2 h bei Erstgebärenden und >1 h bei Mehrgebärenden verringert sich jedoch die Chance für eine Spontangeburt innerhalb einer angemessenen Zeitspanne, und es sollte über die Beendigung der Geburt nachgedacht werden. Die WHO macht hier keinen Unterschied zwischen passiver und aktiver Phase.

NICE (2007) wiederum bezieht die Differenzierung von passiver und aktiver Phase in seine Empfehlungen ein: bei Erstgebärenden wird nach einer Dauer von 2 h der aktiven Phase und bei Mehrgebärenden nach einer Dauer von 1 h der aktiven Phase von einer verzögerten AP gesprochen, und ein Geburtshelfer sollte zugezogen werden

6.2 Pressphase

6.2.1 Beginn des Pressens

Nicht alle Frauen spüren einen unwillkürlichen Pressdrang bei vollständig eröffnetem MM, dieser kann vor oder nach vollständiger Eröffnung auftreten (Gross 2002, Roberts u. Hanson 2007).

Früher Pressdrang

Bis zu Zweidrittel aller Frauen verspüren bereits vor vollständiger MM-Eröffnung einen unwillkürlichen Drang zum Pressen (Gross 2002).

Downe et al. 2004 widmen ein ganzes Buchkapitel dem Thema „Früher Pressdrang“ und stellen fest, dass der frühe Pressdrang ein bekanntes Phänomen in der Geburtshilfe ist. Er wird von Hebammen entweder als physiologischer Ausdruck „einzigartiger Normalität“ akzeptiert oder als „generell pathologische“ Erscheinung abgelehnt und dementsprechend

kontrovers gehandhabt. Der Grund dafür, die Frau an ihrem instinktiven Presswunsch zu hindern liegt in der Angst, dass der noch nicht vollständige MM durch Druck ödematös anschwellen und Schaden erleiden könnte. Mändle (2007) erwähnt ausserdem, dass durch zu frühes Mitdrücken Rotation und Flexion des kindlichen Kopfes behindert werden. Roberts (2003) empfiehlt dementsprechend, die Frau in ihrem frühen Pressdrang zu unterstützen, wenn die geburtshilflichen Voraussetzungen für das Tiefertreten des Kindes günstig sind, d.h. wenn der Kopf auf mind. ISP +1 steht und sich die Pfeilnaht vom queren in den senkrechten Durchmesser dreht.

Simkin u. Ancheta (2006) geben als möglichen Grund für den frühen, für die Frau oft unmöglich zu kontrollierenden Pressdrang eine dorso-posteriore Stellung des Kindes an und empfehlen Positionswechsel, wie Vierfüssler, Knie-Ellenbogen-Lage, um den Druck des kindlichen Kopfes von der Zervix wegzunehmen und so den Pressdrang zu verringern. Mitentscheidend über die Auswirkung eines frühen Pressdrangs ist auch die Intensität des Pressdrucks. Gemäss Roberts (2003) sind die eigenen spontanen Pressanstrengungen der Frau zu diesem Zeitpunkt von geringem Druck und ein Anleiten zu gezieltem Pressen soll unbedingt unterlassen werden.

Später Pressdrang

In der frühen AP nach vollständiger MM-Eröffnung verspürt die Frau häufig noch keinen Pressdrang. Erst wenn der kindliche Kopf durch Tiefertreten und Rotation das Becken passiert und auf den Beckenboden auftrifft, wird ein spontaner Pressdrang ausgelöst (Roberts 2003).

Wird die AP-Dauer begrenzt und der Beginn der AP auf die Diagnose eines vollständig eröffneten MM festgesetzt, kann diese Situation infolge Zeitdruck zu Interventionen wie forciertem angeleiteten Pressen oder operativer Geburtsbeendigung führen.

Untersuchungen von AP, in denen Frauen eine PDA und daher ein vermindertes Pressempfinden und –vermögen hatten, ergaben, dass ein passives Tiefertreten des Kindes ohne Pressanleitung der Frau nach vollständiger MM-Eröffnung keinerlei Nachteile für Mutter und Kind hat. Zwar wird die insgesamt Dauer der AP verlängert, die aktive und damit kritische Pressphase fällt jedoch kürzer aus. Eine Verkürzung der aktiven Pressphase und das Vermeiden von Luftanhalten ist vorteilhaft, denn es vermindert hypoxischen Stress für das Kind und Schaden des Beckenbodens für die Frau (Roberts u. Hanson 2007).

Der spontane Pressdrang der Frau nach vollständiger MM-Eröffnung kann also abgewartet werden, wenn ein Geburtsfortschritt anhand Tiefertreten und Rotation des kindlichen Kopfes festgestellt wird.

Gemäss WHO (1996) ist der physiologische Ansatz, solange mit dem Pressen zu warten, bis die Frau von sich aus Pressdrang verspürt. Diese Vorgehensweise ist für die Gebärende leichter und scheint die Pressphase abzukürzen.

NICE (2007) gibt keine explizite Empfehlung zum Pressbeginn, diese ist jedoch abzuleiten von der Empfehlung an die Frau, ihrem eigenen spontanen Pressmuster zu folgen.

6.2.2 Pressvorgang

Spontanes Pressmuster

spontaner Pressdrang ist vorhanden

Beginn des Pressens mit „einem Fingerhütchen voll Luft“, begleitet von gebremster, dosierter Ausatmung mit Hilfe von offener Glottis

Durchschnittliche Pressdauer von ca. 5 Sekunden, gefolgt von mehreren kurzen Atemzügen von ca. 2 Sekunden

3 bis 5maliges Pressen pro Kontraktion

Pressen erst wenn die Kontraktion eine gewisse Druckschwelle erreicht hat , mind. ca. 30mmHg

Pressen mit unterschiedlicher Intensität und oft nicht bei jeder Wehe

im Verlaufe der aktiven Pressphase nehmen die Frequenz und Kraft der Pressanstrengungen zu

(Heller 2004, Roberts u. Hanson 2007)

Angeleitertes, anhaltendes Pressen (Valsalva-Manöver*)

Pressdrang ist nicht in jedem Fall vorhanden

Tiefes Einatmen wenn die Wehe beginnt

meist in Rückenlage, Beine stark angewinkelt

Starke Flexion der Brustwirbelsäule (Kopf auf Brust)

Augen und Mund geschlossen, Pressanstrengung mit angehaltenem Atem, d.h. geschlossener Glottis

2 bis 3maliges Pressen von 15-20 Sekunden pro Kontraktion

(Heller 2004, Mändle 2007)

**benannt nach dem bologneser Chirurgen und Anatom Valsalva (1666-1723), welcher durch den nach ihm benannten Pressdruckversuch einen intraabdominalen und intrathorakalen Druckanstieg erzielte.*

Auswirkungen des anhaltenden Pressens

Gemäss einer Studie von Bloom et al. 2006 ist der einzige Vorteil des anhaltenden Pressens die geringfügige Verkürzung der AP um 13 Minuten. Demgegenüber belegt die Literatur wesentliche Nachteile für Mutter und Kind (Heller 2004, Roberts u. Hanson 2007).

Kind: das anhaltende Pressen bewirkt ein geschlossenes Drucksystem in der Brust der Mutter, führt damit zu einem vermindertem venösen Rückfluss sowie vermindertem Herzminutenvolumen und bewirkt somit eine BD-Senkung und eine verminderte Plazentadurchblutung (Simkin u. Ancheta 2006). Infolge verminderter Plazentadurchblutung sinken die kindlichen pH- und Sauerstoffsättigungswerte, es treten häufiger unbefriedigende Herzfrequenzmuster, verzögerte Erholung von Dezelerationen mit nachfolgender Neugeborenen-Azidose und schlechteren APGAR-Werten auf. Tritt eine fetale Bradykardie auf, schadet das Valsalva-Manöver durch die verminderte Sauerstoffversorgung dem bereits beeinträchtigten Kind mehr als es nutzt (Roberts u. Hanson 2007)

Mutter: Stress und Erschöpfung, erhöhte Lactat-Werte, welche mit verminderter Wehentätigkeit und damit längerer Pressphase einhergehen, führen zum Einsatz von Uterotonika, PDA und vermehrt vaginal-operativen Geburten, welche wiederum Risiken wie Beckenboden-Schädigung und fetale Traumen bergen. Gezieltes Anleiten kann das Selbstvertrauen der Frau in ihren Körper und in ihre Fähigkeit aus eigener Kraft gebären zu können, in Frage stellen (Roberts et al. 2007, Roberts u. Hanson 2007).

mütterlicher Beckenboden: Entstehung von strukturellen und neurologischen Beckenboden-Verletzungen. Forciertes Pressen vor Pressdrang der Frau behindert die kindliche Passage durch Vorschieben der Vaginalwand und Harnblase vor den kindlichen Kopf und kann eine postpartale Stressinkontinenz begünstigen.

Eine Verkürzung der aktiven Pressphase und das Vermeiden von Luftanhalten vermindert hypoxischen Stress für das Kind und Schaden des Beckenboden für die Frau. Anhaltende Pressanstrengungen von weniger als 6 Sekunden scheinen für das Kind sicher zu sein (Roberts u. Hanson 2007).

WHO (1996) bewerten, dass kürzere, spontane Pressanstrengungen den frühzeitigen und andauernden Pressanstrengungen überlegen zu sein scheinen.

NICE (2007) empfiehlt zudem, dass Frauen informiert werden sollen, ihrem eigenen spontanen Pressmuster zu folgen. Falls sie Hilfe benötigt oder von ihr gefordert wird, soll dies in Form von Ermutigung, Positionswechsel, Entleeren der Harnblase erfolgen.

Simkin u. Ancheta (2006) raten das Anleiten zum forcierten Pressen mit langem Atemanhalten denjenigen Situationen vorzubehalten, wenn alle Massnahmen, die Gebärende in ihrem eigenen Pressmuster zu unterstützen wie z. B. Ermutigung, Positionsänderung, eingesetzt wurden und kein Geburtsfortschritt zu sehen ist oder das Kind beginnt zu dekompensieren, sozusagen als letzte Massnahme bevor eine operative Entbindung angestrebt wird.

Dabei gilt es also Nutzen und Risiken abzuwägen, also ob sich eine Verkürzung der AP um 13 Minuten (Bloom et al 2006) gegenüber einer verminderten Sauerstoffversorgung des Kindes bei forciertem Pressen lohnt.

6.3 Gebärposition

Einen wichtigen Einfluss auf den Verlauf auf die AP haben die Gebärpositionen der Frau. Wie bereits weiter oben erwähnt unterstützen aufrechte Gebärpositionen die Geburtshormone und begünstigen damit die Wehen- und Schmerzverarbeitung der Frau, ebenso wirken sie sich vorteilhaft auf die Vorbeugung von BB-Verletzungen und auf die Sauerstoffversorgung von Mutter und Kind aus (Kuntner 2007). Eine aufrechte Geburtsposition begünstigt zudem die sensorische Wachheit der Frau und ermöglicht ihr somit mehr Kontrolle (Heller 2004).

In der Praxis beobachte ich, dass Frauen zwar in der EP zum Einnehmen verschiedener Positionen ermutigt werden, für die AP jedoch häufig auf dem Bett sind, wo sie meist in halbsitzender Stellung, z. T. mit stark angewinkelten Beinen ihr Kind aus sich herauspressen.

Ein Grund dafür ist vermutlich das Kontrollbedürfnis der Hebamme wie auch der Ärztinnen und Ärzte, welche in der Klinik meist zu diesem Zeitpunkt der Geburt anwesend sind, in Bereitschaft zu intervenieren. Die Frau auf dem Bett ermöglicht einen direkten Blick auf den Damm und was dort passiert, gleichzeitig ist das CTG-Gerät gut im Blickfeld. Den Aspekt der kontinuierlichen CTG-Ableitung in der AP werde ich weiter unten beleuchten und hinterfragen. Positionsänderungen in der AP erfordern Flexibilität, weil ich mich als Hebamme z. B. in eine unbequeme Lage begeben muss, das Bett immer wieder verstellen muss, die Kabel der i. d. R. konstanten CTG-Ableitung sich verwickeln, der Platz am Boden neben dem Gebärbett meist eng ist. Die Technik der vaginalen Befunderhebung, des Dammschutzes, der Kindsentwicklung ist zudem etwas anders, wenn die Frau z. B. im Vierfüssler ist und erfordert Übung von der Hebamme. Simkin u. Ancheta (2006) schlagen vor, dass die Gebärende verschiedene aufrechte Presspositionen einnimmt, um den Geburtsverlauf zu begünstigen.

Steht die Geburt unmittelbar bevor, soll sie sich jedoch in eine Geburtsposition begeben, bei der die Hebamme gut sehen, den Dammschutz machen und das Kind empfangen kann, ohne ihren Rücken zu belasten. Hinter dieser Empfehlung steht offensichtlich die Auffassung, dass ein Dammschutz, Verletzungen des Dammes der Mutter vorbeugen kann. Hierzu gibt es jedoch auch kritische Stimmen, die den Dammschutz nur in indizierten Fällen für nötig halten, nämlich dann, wenn der Damm zu reissen droht (Enkin et al 2006).

Ich selbst glaube, dass der Körper der Frau grundsätzlich so eingerichtet ist, dass sie ihr Kind ohne Dammschutz gebären kann, wenn sie die Möglichkeit hat, ihrem eigenen Körpergefühl zu folgen. Dabei beobachte ich jedoch auch, dass das Vertrauen in sich und ihren Körper bei vielen Frauen mangelhaft ist und gestärkt werden muss.

Roberts u. Hanson (2007) stellen fest, dass Frauen, wenn ihre Vorlieben und Zufriedenheit berücksichtigt werden, den aufrechten Gebärpositionen den Vorzug geben, und dass eine Umgebung, die es der Frau ermöglicht, ihre Gebärpositionen frei zu wählen, den Geburtsfortschritt begünstigen kann.

WHO (1996) rät, die Rückenlage über längere Zeiträume möglichst zu vermeiden. Frauen sollen ermutigt werden, auszuprobieren, womit sie am besten zurecht kommen, und dann in ihrer Wahl unterstützt werden.

NICE (2007) empfiehlt ausdrücklich, von der liegenden oder halbliegenden Rückenposition abzuraten und die Frau stattdessen zu jeglicher anderen, ihr bequemen Position zu motivieren.

7 Management der AP in der Praxis

Um die aktuelle Praxis des Managements der AP zu erheben, habe ich eine Umfrage unter den Hebammen in der Klinik, in der ich momentan arbeite, durchgeführt und die Antworten ausgewertet.

Es handelt sich um ein Kantonsspital mit ca. 500 Geburten, davon rund 100 Beleghebammegeburten. Da das Spital über keine Neonatologie verfügt, werden Frauen und ihre Kinder bei drohender Frühgeburt bis zur 34. Schwangerschaftswoche ins nahe Zentrumsspital verlegt. Pro Schicht arbeiten zwei Hebammen in der Gebärabteilung. Gemäss Richtlinien des Hauses wird die AP ab vollständig eröffnetem Muttermund gerechnet und von da an einheitlich bei allen Gebärenden, Primi- wie Mehrparas, mit oder ohne PDA auf zwei Stunden begrenzt. In der AP erfolgt eine kontinuierliche CTG-Ableitung. Die Richtlinien liegen nicht in schriftlicher Form vor.

7.1 Umfrage

Im November 2008 habe ich das Einverständnis der Abteilungsleitung und der Hebammen des Teams für die Interviews im Rahmen meiner Diplomarbeit eingeholt unter Zusicherung der Vertraulichkeit der erhobenen Daten sowie des Schutzes der Identität der Teilnehmerinnen. Zur Vorbereitung auf das Interview habe ich den 19 Hebammen des Teams den Leitfaden mit den Fragen vorgelegt und in den folgenden Tagen, während der Dienstzeit, wenn es die Arbeitssituation zuließ, halbstrukturierte Interviews durchgeführt.

Ich habe folgende Fragen gestellt:

1. Wie handhabst du den Faktor Zeit in der AP?
2. Wie leitest du die Frau in der AP an? (Pressen, Atmung)
3. Welche Gebärposition empfiehlst du der Frau?
4. Welche Faktoren beeinflussen dein Handeln? Was ist dir wichtig?

7.2 Ergebnisse

Ich konnte 4 Interviews durchführen, 2 davon sind infolge Arbeitssituation etwas weniger ausführlich ausgefallen. Die Interviews habe ich auf Tonband aufgezeichnet und unmittelbar danach Wort für Wort abgeschrieben und ausgewertet.

Die 4 Hebammen, mit denen ich die Interviews geführt habe sind alle seit mind. 13 Jahren diplomiert, sie belegen vorwiegend ein hochprozentiges Arbeitspensum und sind z. T. noch freiberuflich in der Wochenbettbetreuung, Geburtsvorbereitung und Rückbildung tätig.

Bei den Ergebnissen zeigt die Zahl in der Klammer wie viele Hebammen dieselbe Aussage gemacht haben.

Frage 1: Umgang mit Zeit in der AP

Die fixe Zeitlimite von 2 Stunden AP stresst die Hebammen, wenn die kindlichen Herztöne gut sind, die Frau motiviert und ein Geburtsfortschritt ersichtlich ist (3).

„Mich stresst die Zeitlimite von 2 Stunden dann, wenn ich weiss, die Frau wird gebären, aber sie braucht eine Stunde länger... (Hebamme 2)

„...und es setzt mich total unter Druck, dass sie nur 2 Stunden Zeit haben und dann muss ich etwas machen, was ich gar nicht will.“ (Hebamme 4)

Die Hebammen möchten den Frauen dann mehr Zeit geben (2), ihr Zeitspektrum bewegt sich unter o.g. Voraussetzungen zwischen 2 1/2 – 3 1/2 Stunden ab vollständig eröffnetem

Muttermund (3). 3 von 4 Hebammen geben an, den Befund eines vollständig eröffneten Muttermundes hinauszuzögern, um der Frau damit mehr Zeit zu geben.

Alle 4 Hebammen treffen Massnahmen, um auf die vorgegebene Zeit Einfluss zu nehmen: Wehenunterstützung (3) - 2 Hebammen erwähnen dabei Syntocinon® -, Lagewechsel (4), Homöopathie (2), aufrechte Position (1), Mitdrücken lassen (1), Vertreten von mehr Zeit gegenüber Ärztin/Arzt (1).

Zeichnet sich hingegen ein protrahierter Verlauf ab, ist das CTG auffällig oder die Frau erschöpft, orientieren sich alle Hebammen ganz klar an der Zeit von 2 Stunden.

„... , wenn es eine schleppende Geburt ist, muss man die 2 Stunden einhalten, dann kann ich nichts dafür machen.“ (Hebamme 1)

Frage 2: Anleitung in der AP

Alle 4 Hebammen geben an, die Frau gewähren zu lassen, wenn sie es gut macht.

„Und es gibt auch Frauen, die es sehr gut machen und da rede ich überhaupt nicht mehr und lasse sie machen.“ (Hebamme 1)

Als Gründe für eine Anleitung der Hebamme ergeben sich wiederum der Geburtsfortschritt, das CTG und der Zustand der Frau, wie Erschöpfung, Überforderung oder vorzeitiger Pressdrang.

Die Art der Anleitung erfolgt individuell je nach Situation und Bedürfnissen der Frau (3) und besteht entweder mehr aus positiver Bestätigung (2), Motivation (3) oder konkreten Anweisungen (4).

„Ich schaue bei allen Frauen, was machen sie selber und was brauchen sie.“ (Hebamme 3)

Positive Bestätigung gibt die Hebamme durch Worte wie „gut“, „jawohl gut“ oder auch nur durch Blickkontakt.

Als Motivation halten 3 Hebammen der Frau einen Spiegel vor, damit sie den Geburtsfortschritt bzw. ihr Kind sehen kann, 1 Hebamme versucht die Frau herauszufordern, indem sie sie zu einer gewissen Wut anstachelt.

„He, jetzt hast du doch genug, jetzt willst du doch dein Kindlein sehen, sei mal richtig wütend, so dass du denkst, du willst ihre (der Hebamme) Finger nicht mehr da unten haben.“ (Hebamme 2)

1 Hebamme lässt die Frau selber die Kopfbremse machen, eine andere lässt den Mann die Kopfbremse machen und ihn seine Frau anleiten.

Alle 4 Hebammen geben je nach Situation und Frau Anweisungen in Form von Vorschlägen, Erklären, Zeigen und Vormachen und klaren Anleitungen. Sie zeigen der Frau z. B. die

Pressrichtung, indem sie ihre Finger an den Damm der Frau legen (3) und sagen wo die Frau hinpressen muss. Klare Anweisungen geben die Hebammen v. a. bei kindlicher Indikation (4), mangelndem Geburtsfortschritt (4), mütterlicher Erschöpfung und Überforderung indem sie anleiten zu lang anhaltendem Pressen nach unten (3), Einnehmen der Rückenlage (2) mit stark angewinkelten oder eingestützten Beinen (1).

1 Hebamme gibt an, dass sie früher alle Frauen nach einem gelernten Schema angeleitet hat und mit der Erfahrung mehr auf die individuelle Situation der Frau reagiert.

„Ganz früher habe ich die Frauen angeleitet, wie man das halt so lernt mit Einatmen, Runterpressen, Augen zu und so. Jetzt mittlerweile, mit der Erfahrung, schaue ich, was die Frau macht wenn der Druck kommt und unterstütze sie dort, so wie sie es macht.“ (Hebamme 1)

2 Hebammen geben an, der Frau bei Pressdrang vor vollständig eröffnetem Muttermund vom Pressen abzuraten, weil sie damit Kräfte vergeude und der Muttermund anschwellen. 1 Hebamme lässt die Frau mit der Silbe „SCH“ ausatmen, damit sie reduziert mitpressen kann, 1 Hebamme lässt sie 2-3 Wehen überatmen, dabei atmen beide Hebammen mit der Frau mit. 1 Hebamme lässt die Frau ganz kurz mitdrücken, 1 Hebamme schlägt zur Entlastung eine andere Position vor.

Frage 3: Gebärpositionen

Alle 4 Hebammen geben an, mit verschiedenen Positionen zu arbeiten, um den Weg des Kindes durchs Becken zu fördern, der Frau Entlastung von Schmerz oder vorzeitigem Pressdrang zu bieten oder die Frau zu motivieren. Dabei sind alle 4 der Meinung, dass die Frau jede gewünschte Position wählen kann, solange es dem Kind gut geht, 2 Hebammen lassen die Frau die Position wählen, in der es ihr am wohlsten ist. 1 Hebamme findet den Vierfüßlerstand besonders effektiv und wechselt Positionen bis ganz kurz vor der Geburt, 1 Hebamme findet den Majahocker hilfreich und 1 Hebamme die Hocke. Keine Hebamme sagt, dass sie explizit aufrechte Positionen empfiehlt oder Frauen von gewissen Positionen abrät, es sei denn aus kindlicher Sicht.

„Die Frau, die WILL im Vierfüßler gebären oder die WILL im Wasser gebären, die gebärt auch so in der Regel, wenn sie es kann und die Herztöne und die Situation es zulässt.“ (Hebamme 2)

1 Hebamme empfiehlt die Rückenlage mit eingestützten Beinen bei PDA oder wenn das Kind nicht tiefertritt, um den Beckenwinkel zu verändern. 1 Hebamme möchte, dass die Frauen auf dem Bett sind wenn das CTG pathologisch ist, weil man sie dort besser anleiten kann und der Zugang für eine Episiotomie oder ein Vacuum besser ist.

1 Hebamme gibt an, dass die Frauen oft von sich aus die Rückenposition wählen.

„...komischerweise sagen die meisten Frauen, dass sie auf den Rücken zurückdrehen möchten.“ (Hebamme 1)

1 Hebamme erwähnt die eigene körperliche Belastung, wenn die Frau sich in einer Position am Boden befindet.

Frage 4: Prioritäten der Hebamme in der AP

Allen 4 Hebammen ist ein positives Geburtserlebnis der Frau wichtig und 3 versuchen, möglichst viel dafür zu machen.

2 Hebammen sagen, dass ein gutes Geburtserlebnis der Frau wichtig ist, damit auch das Neugeborene einen guten Start ins Leben hat.

Für 1 Hebamme steht die Gesundheit von Mutter und Kind im Vordergrund, für 2 Hebammen ist das CTG/Herztöne entscheidend.

3 Hebammen finden eine ruhige Atmosphäre im Gebärsaal wichtig: es soll eine ruhige, geborgene Atmosphäre für die Ankunft des Kindes herrschen (1), es soll keine Hektik aufkommen (2), die Hebamme soll nicht herumschreien (1).

„Ich versuche immer extrem ruhig zu bleiben, je nervöser die Situation, desto ruhiger bleibe ich.“ (Hebamme 3)

Als Ressourcen der Frau sehen die Hebammen das instinktive Gespür der Frau (1), die natürliche Kraft zu gebären (1), 1 Hebamme nennt es „Urkraft“.

Die Hebammen empowern die Gebärenden, indem sie die Frauen in ihren Ressourcen und in ihrem Selbstvertrauen bestärken (2) und indem sie sie motivieren (1).

Allen 4 Hebammen ist es wichtig, die eigenen Vorstellungen und Ideale in den Hintergrund zu stellen, dafür die individuellen Bedürfnisse der Frau zu kennen und nach Möglichkeit darauf eingehen zu können.

„Ich finde die Hebammenarbeit muss so mannigfaltig sein, dass man jederzeit „aus dem Kästli ziehen kann“, was man braucht.“ (Hebamme 3)

2 Hebammen sagen wortwörtlich „es ist die Geburt der Frau, nicht die der Hebamme“.

Nebst der Fähigkeit auf die individuelle Situation der Frau einzugehen, muss die Hebamme Ruhe ausstrahlen (2), souverän sein und keine Angst zeigen (1).

„Ich finde, die Hebamme soll ruhig und souverän sein, und lächeln, auch wenn das Schiff sinkt. – Wie eine Stewardess, wenn es rüttelt im Flugzeug, darf ich meine Angst nicht zeigen.“ (Hebamme 2)

7.3 Diskussion

Im Praktikumsspital gibt es im Vergleich zu anderen Spitälern, die ich kenne, nur wenig schriftliche Richtlinien und diese sind meist mehrere Jahre alt. So liegt auch zur AP keine schriftliche Richtlinie vor. Ich muss mich darauf verlassen, was mir die Hebammen dazu sagen. Als Lernende und Neue in diesem Haus finde ich es schwierig, wenn keine schriftlichen Richtlinien vorliegen, an denen ich mich orientieren kann. Gleichzeitig könnte sich der Qualitätsstandard des Hauses verbessern, wenn nach einheitlichen Prinzipien und den aktuellsten Ergebnissen der Forschung gearbeitet würde.

Die geltende Richtlinie bezieht sich nebst kontinuierlicher CTG-Ableitung ausschliesslich auf die Dauer der AP und macht keine Unterscheidung von aktiver und passiver Phase wie von NICE (2007) empfohlen. Das Vorgehen der Hebammen, eine falsche Zeit für die Vollständigkeit des Muttermundes anzugeben, scheint eine gängige Praxis zu sein (Downe 2004) und zeigt, dass das Setzen einer fixen Zeitspanne weder den Bedürfnissen der Gebärenden noch der betreuenden Hebammen entspricht. Ich kann mir vorstellen, dass gerade diese Unterteilung in aktive und passive Phase dem Wunsch der Hebammen, denjenigen Frauen, die es benötigen, mehr Zeit zu geben, entgegenkommen würde. Die Praxis zeigt, dass die Hebammen sensibilisiert sind für protrahierte Verläufe und Distress von Kind und Mutter, so dass sie entsprechend aktiv werden und die Grenzen zu einer spontanen Geburtsbeendigung im Auge haben.

Das Repertoire an Hebammenfertigkeiten, um auf den Geburtsverlauf in der AP Einfluss zu nehmen ist vielfältig und wird rege eingesetzt. Hier sehe ich den Nutzen von Weiterbildungen in verschiedenen Methoden wie z. B. Homöopathie, Akupunktur, um Hebammen Zugang zu neuen Möglichkeiten zu verschaffen. Diese Weiterbildungen sollten meiner Meinung nach von der Klinik gefördert und mitgetragen werden, denn Hebammen stärken durch ihr Handwerk den Berufsstand und können besser ihre Funktion als Anwältin der Frau wahrnehmen, in dem sie klientinnenzentriert betreuen und die Interessen der Frau nach aussen vertreten.

Alle Hebammen geben an, „die Frau machen zu lassen, wenn sie es gut macht“. Hingegen leiten alle Hebammen an, wenn die Frau überfordert, erschöpft, das Pressen nicht effektiv oder die Herztöne des Kindes schlecht sind. Die Anleitung erfolgt auf unterschiedliche Art, sei es als Bestätigung, Vorschlag, Vormachen oder klare Anweisung je nach Bedarf der Frau und Situation des Kindes. Diese Beobachtungen konnten auch Roberts et al (2007) in einer deskriptiven explorativen Sekundäranalyse von 10 Videos in der AP machen, wobei die beobachteten Hebammen am seltensten aufgrund von fetalem Distress anleiteten, sondern v. a. aus mütterlicher Indikation wie Angst, Schmerz, Erschöpfung. Die von mir befragten

Hebammen gaben an, bei auffälligem CTG die Frau anzuleiten und 3 davon lassen die Frau lang und anhaltend pressen. Obwohl dies den fetalen Distress zu verstärken scheint (Roberts et al 2007), werden Gebärende immer noch zu langanhaltendem Pressen angeleitet. Welcher Art die Anleitung in solchen Situationen erfolgen müsste, ist noch weiter zu erforschen.

Ebenso zeigt die Befragung, dass alle Hebammen die Frau die Rückenlage einnehmen lassen, in gewissen Situationen, v. a. wenn sich ein pathologischer Verlauf abzeichnet, die Rückenlage sogar explizit empfehlen. Dies deckt sich mit den Empfehlungen von Simkin u. Ancheta (2006), welche die extreme Steinschnittlage als sinnvoll erachten, wenn alle anderen Positionen versagt haben, den kindlichen Kopf tiefer treten zu lassen.

In Anbetracht der aktuellen Erkenntnisse, aufrechte Gebärdpositionen zu fördern und die Rückenlage zu vermeiden (Enkin et al 2006, Heller 2004, Kuntner 2007) muss diese Praxis jedoch vorsichtig und als letzte Möglichkeit eingesetzt werden. De Jonge et al (2008) sagen, dass es nicht reicht, Frauen die Position einnehmen zu lassen, in der es ihr am wohlsten ist, sondern dass Frauen im Sinne einer Informed Choice hingewiesen werden müssen über die Nachteile der Rückenlage, wenn sie diese einnehmen wollen.

Eine Hebamme erwähnt den Partner und die Rolle, die sie ihm gibt: sie lässt ihn die Frau anleiten oder auch die Kopfbremse machen. Einerseits finde ich die Art, den Partner so in die Geburt einzubeziehen überraschend und schön, andererseits frage ich mich, ob es nicht heikel ist, wenn der Mann seine Frau dazu anleitet, wie sie das Kind gebären soll und so gewissermassen Macht über sie hat. Vielmehr ginge es doch darum, dass er seine Frau ermutigt und ihren eigenen Kräften bestärkt durch Präsenz, Berührung, Bestätigung.

Die Hebammen haben in den Interviews von sich aus mehrmals die PDA angesprochen, und dass diese oft zu verlangsamten Geburtsverläufen und zur notwendigen Pressanleitung führe, weil die Gebärende meist kein Gefühl mehr fürs Pressen hat. Dies zeigt mir, dass die PDA im Gebärzimmer immer präsenter und selbstverständlicher wird, obwohl die negativen Auswirkungen wie protrahierte Verläufe, häufigerer Einsatz von Oxytocin zur Wehenunterstützung, erhöhte Inzidenz von kindlichen Fehleinstellungen, vermehrtes Vorkommen von instrumentellen Geburten, eine höhere Zahl an Kaiserschnitten (Enkin et al 2006), verzögerte Saugimpulse beim Kind und erschwertes Bonding (Meissner 2005) diskutiert werden. Auch hier habe ich den Eindruck, dass Frauen nicht genügend hingewiesen werden auf die Nachteile einer PDA.

Ich erlebe die Hebammen als sehr bemüht, die Frauen individuell, sicher und kompetent zu betreuen. Dennoch scheinen wichtige Erkenntnisse der aktuellen Forschung nicht bekannt zu sein und werden nicht in die Praxis implementiert.

Im Sinne einer Qualitätsverbesserung würde ich vorschlagen, die aktuellen Empfehlungen (NICE 2007, WHO 1996) dazu bekannt zu machen. Dies müsste von leitender Ebene her geschehen. Weiter würde ich empfehlen, dass in einem interdisziplinären Team von Hebammen, Gynäkologinnen, Gynäkologen, Neonatologinnen und Neonatologen Richtlinien dazu ausgearbeitet werden, diese im Team zur Diskussion zu stellen, und nach schriftlicher Verfassung für deren Umsetzung zu sorgen. Eine Hilfe für die Umsetzung in der Praxis könnten z. B. innerhalb einer Pilotphase s.g. „bedside-teachings“ von Personalausbilderinnen, wie ich es von einem grossen Spital her kenne, oder „Tandems“ sein, wobei sich jeweils zwei Hebammen aus einem Team gegenseitig Rückmeldung zur Arbeitsweise geben.

8 Bedeutung für die Hebammenarbeit

8.1 Ganzheitliche Begleitung durch die Hebamme

Die AP ist eine Periode von intensiver Betreuung und Überwachung für die Hebamme. Die Aufgaben sind vielfältig und umfassen u. a. Beurteilung des Geburtsfortschritts, Unterstützung der Frau in ihren Pressbemühungen, Unterstützung der optimalen Kindslage, Unterstützung des Wohlbefindens der Frau (Schmerzlinderung, emotionale Unterstützung, Geburtspositionen), Überwachung des kindlichen und mütterlichen Wohlergehens, fortlaufende Diagnose und Prognose, Information und Dokumentation. Dies fordert nebst geburtshilflichem Können hohe Kommunikations- und Führungsfähigkeiten. Persönlich ist es mir ein grosses Anliegen, einen Führungsstil zu entwickeln, der partnerschaftlich und klientinnenzentriert ist und der Frau und ihrem Partner Kontrolle und Selbstbestimmung ermöglicht.

8.1.1 Der Gebärenden Kontrolle ermöglichen

Kontrolle über das Geburtsgeschehen und über die Entscheidungen hinsichtlich der Versorgung unter der Geburt sind wichtige Faktoren für die langfristige Zufriedenheit und das positive Selbstbild von Frauen (Brailey 2006, Goodman et al 2004).

Zufriedenheit wiederum ist einer der vier Faktoren für Wohlbefinden des Modells nach Mayring und damit eine Voraussetzung zu Gesundheit. Indem ich als Hebamme die Kontrolle der Frau über das Geburtsgeschehen fördere, fördere ich die langfristige Zufriedenheit, das Wohlbefinden und damit die Gesundheit der Frau.

8.1.2 Konzepte der Kontrolle

Es gibt verschiedene Konzepte der Kontrolle. Waldenström (1999) definiert Kontrolle als Involviertsein der Frau und ihres Partners in den Geburtsprozess durch ausreichende Information und Einbezug in Entscheidungen. Die Frau kann kontrollieren, was ihr widerfährt, das Paar bestimmt mit und wird damit zum Subjekt im Geburtsgeschehen; im Gegensatz zum Objekt, das dem Geschehen passiv gegenüber steht.

Green et al (2003) definieren Kontrolle als äussere und innere Kontrolle. Äussere Kontrolle versteht sich als Informiertsein über das Geschehen und Einbezogenwerden in Entscheidungen aber auch als sich respektvoll und individuell behandelt fühlen; innere Kontrolle als Kontrolle über den eigenen Körper und das eigene Verhalten, z. B. durch adäquate Unterstützung in der Schmerzbewältigung. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen innerer und äussere Kontrolle; so haben Frauen geäussert, zu mehr innerer Kontrolle zu gelangen, indem sie Unterstützung erhalten und die Möglichkeit haben, Kontrolle an die Hebamme abzugeben.

Die Rolle der Hebamme ist zentral, da sie der Frau und ihrem Partner zu mehr oder weniger Kontrolle verhelfen kann und innere wie äussere Kontrolle wesentlich zu Zufriedenheit und Wohlbefinden beitragen.

Unter der Geburt steht die Frau in einem grossen Spannungsfeld von Kontrolle haben und Kontrolle loslassen. Es tönt widersprüchlich, dass die Gebärende Kontrolle erlangen soll in einer Situation, wo sie gleichzeitig Kontrolle z. B. über ihre Körperöffnungen aufgeben muss. Als Hebamme muss ich mir die Frage stellen, wie ich feststellen kann, ob die Gebärende ihr Kontrollbedürfnis befriedigen kann. - Ansätze dazu sind für mich das Beobachten der Frau, ihre Äusserungen (verbal wie mimisch), ihre Körpersprache, ihre Atmung, ihre Emotionen. Habe ich den Eindruck, die Frau ist angespannt, ängstlich, ausser sich, hat Schmerzen, die sie nicht bewältigen kann? Als Hebamme ist es hilfreich alle Sinne einzusetzen, um eine Situationen zu erfassen. Ausserdem erfahre ich durch Fragen Wünsche, Bedürfnisse und Befindlichkeit der Frau. Um Frauen Kontrolle zu ermöglichen, sollen sie in Entscheidungsprozesse einbezogen werden vor, während und nach der Geburt, ein Instrument dazu ist das Konzept der Informed Choice (Brailey 2005).

Geburtsnachbesprechungen mit der Frau finde ich zudem wichtig, um meinen Erfahrungsschatz als Hebamme zu bereichern und gewonnene Erkenntnisse für zukünftige Geburten mit anderen Frauen verwerten zu können. Waldenström (1999) bestätigt ebenfalls den positiven Effekt eines Nachgeburtsgesprächs mit den Frauen zusammen, um ein negatives Geburtserlebnis zu verarbeiten und ihre Zufriedenheit zu steigern.

Der Zusammenhang von innerer und äusserer Kontrolle spiegelt sich auch im geburtshilflichen Verständnis der Hebammenschule Bern (2007): „Der klientinnenzentrierte Ansatz von Kontrolle und Hingabe ermöglicht den Frauen und deren Familien ein hohes Mass an Kontrolle über die Rahmenbedingungen, in welchen sie Mutter-, Vater- und Elternschaft gestalten und erleben wollen. So wird der Raum geschaffen, für die Hingabe an die natürlichen Prozesse, welche eine Mutterschaft mit sich bringt. Kontrolle und passives Geschehen-lassen sind komplementäre Fähigkeiten, welche einem regelrichtigen und regelabweichenden Geburtsgeschehen inne wohnen.“

Das Konzept des Empowerments stützt die Förderung der Kontrolle und Selbstbestimmung der Frau und ihres Partners und ist für mich eine gute Orientierung dafür, in welche Richtung die Hebamme ihre Kommunikations- und Führungsfähigkeiten entwickeln und zum Wohl der von ihr betreuten Paare einsetzen kann. Indem die Hebamme die Rolle der Assistierenden einnimmt, gibt sie der Frau und ihrem Partner die Möglichkeit, Verantwortung für die Geburt zu übernehmen (Loos 2008, Simkin 2002).

Der Grundgedanke des Empowerment-Konzepts ist die Stärkung von Menschen mit dem Ziel, dass sie grösstmögliche Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Ausgehend von der Annahme, dass alle Menschen über individuelle Ressourcen verfügen, ist Empowerment ein Prozess, indem Menschen lernen, eigene und soziale Ressourcen zu entdecken, sich derer bewusst zu werden, diese zu entwickeln und einzusetzen. Der betroffene Mensch gilt als „Experte in eigener Sache“ und die Aufgabe professioneller Helfender ist es, die Betroffenen bei ihrer Selbstbemächtigung zu unterstützen, indem sie den Menschen respektieren und ernst nehmen, eine empathische Gesprächsführung pflegen, angemessen informieren und Zugang zu Information schaffen, in Entscheidungsprozesse einbinden, Bevormundung vermeiden (Wagner 2001).

8.2 Überwachung - Sicherheit

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist ein Aspekt, damit Frauen Kontrolle erlangen können, dass sie Kontrolle an die Hebamme abgeben können. Für mich als Hebamme heisst das, einen Rahmen an Sicherheit zu schaffen, damit die Frau sich dem Geburtsprozess widmen kann.

NICE (2007) empfehlen folgende Überwachung während der AP, welche im Partogramm dokumentiert werden soll:

- stündliche BD- und Puls-Kontrolle
- 4stündliche Temperaturkontrolle
- Vaginale Untersuchung sollte in der aktiven AP stündlich angeboten werden oder auf Wunsch der Frau erfolgen (nach abdominaler Untersuchung und Erfassen vaginaler Abgänge)
- halbstündliche Dokumentation der Wehenfrequenz
- Frequenz der Miktion
- fortlaufende Einschätzung der mütterlichen Bedürfnisse ausserdem
- Erfassen des Geburtsfortschritts unter Einbezug des mütterlichen Verhaltens, der Effektivität der Pressanstrengung, des kindlichen Wohlbefindens, Ausgangslage des kindlichen Höhenstands und der Einstellung zu Beginn der AP
- intermittierende Auskultation der kindlichen Herztöne nach jeder Wehe während mind. 1 Minute, mind. alle 5 Minuten.
- fortlaufende Beurteilung während der ganzen AP über die Gebärposition der Mutter, ihre Versorgung mit Flüssigkeit, ihre Bewältigungsstrategien und Schmerzerleichterung.

Sicherheit hat zu einem grossen Teil mit Assessment zu tun, d.h. das Erfassen von Mutter und Kind in ihrer ganzen Situation, körperlich sowie psychosozial, mit all ihren Bedürfnissen und Ressourcen.

Das Assessment erfolgt über Messwerte durch Untersuchung wie z.B. Vitalzeichen der Mutter, Vaginalbefund, kindliche Herztöne, sowie über Beobachtung und Erfragen und muss sorgfältig dokumentiert und der beteiligten Gynäkologin oder dem Gynäkologen regelmässig kommuniziert werden.

Die von NICE (2007) empfohlene Überwachung ist umfassend und bezieht körperliche wie psychosoziale Aspekte mit ein. Im Wesentlichen decken die Empfehlungen sich mit meiner Praxiserfahrung.

Im Gegensatz zur intermittierenden Auskultation der kindlichen Herztöne, gilt im Praktikumsspital wie auch in anderen mir bekannten Kliniken jedoch die kontinuierliche elektronische Herztonüberwachung in der AP mittels CTG als Standard. Gemäss Enkin et al

(2006) können intrapartale Todesfälle mittels intermittierender Auskultation ebenso effektiv verhindert werden wie durch kontinuierliche elektronische Überwachung. Die kontinuierliche CTG-Überwachung scheint die Arbeit für die Hebammen zu erleichtern, v. a. wenn sie mehrere Frauen gleichzeitig betreuen müssen, sie geht jedoch leider auf Kosten einer persönlichen Betreuung. In Anbetracht der grossen Variabilität der Interpretationen (Enkin et al 2006) führt die Methode insbesondere bei risikoarmen Schwangeren zu einer hohen Rate falsch-positiver Ergebnisse und damit zu einer grossen Zahl unnötiger Interventionen (WHO 1996). Die Mobilität der Frau ist durch die Verkabelung eindeutig eingeschränkt, was nicht nur Einfluss auf ihr Befinden sondern auch auf den Geburtsfortschritt haben kann.

Mir fällt ausserdem immer wieder auf, wie viel Aufmerksamkeit ich während der Geburtsbetreuung diesem Gerät widme und meine Aufmerksamkeit so von der Frau weg lenke. Dasselbe kann ich beim Partner beobachten und oft sogar bei der Gebärenden selbst, ihre Aufmerksamkeit richtet sich auf die Anzeigen der Maschine anstatt auf die Partnerin, den eigenen Körper und die Signale des Kindes.

Die Beurteilung des Geburtsfortschritts erfolgt meist über die vaginale Untersuchung durch Bestimmung der MM-Weite und des kindlichen Höhenstands. Die abdominale Untersuchung unter der Geburt ist mir in der Praxis kaum begegnet, obwohl sie ergänzende Informationen zur vaginalen Untersuchung liefert, weniger invasiv für die Frau ist und das Infektionsrisiko nach Blasensprung mindert. Meiner Einschätzung nach verlieren die Hebammen die Fähigkeit der abdominalen Untersuchung unter der Geburt, weil sie sie nicht üben und einsetzen. Ich empfinde dies als grossen Verlust für das Hebammenhandwerk.

Duff (2002) beschäftigt sich mit der Entwicklung eines zuverlässigen und anwendbaren Instrumentes, das Hebammen ermöglichen soll, den Geburtsfortschritt anhand von beobachtetem Verhalten (Sichtbares wie Mimik, Gestik, Handlungen) und Kommunikationsverhalten (Hörbares wie Sprache, Laute) der Gebärenden festzustellen. Meines Erachtens ist unsere Beobachtungsgabe ein wichtiges Hebammeninstrument, das von uns stets verfeinert und als zusammen mit anderen klinischen Untersuchungsmethoden genutzt werden sollte.

Dem Assessment folgt das Erstellen einer Diagnose und Prognose, auf welchen unser weiteres Handeln beruht. Folgt die Geburt einem regelrichtigen Verlauf und gelingt es der Frau, das Geschehen alleine zu bewältigen, kann das Handeln mehr unterstützender, zudienender und präventiver Natur sein, wie Ermutigung und Zuwendung durch Worte und Gesten, Information, Methoden zur Schmerzlinderung, Vorschläge und Hilfe zum Einnehmen von Gebärpositionen, Vormachen usw. Ein wichtiger Faktor, welcher sich positiv auf die Frau

und die Geburt insgesamt auswirkt und der Hebamme mehr Freiraum gibt für weitere Aufgaben, ist der Einbezug und die Instruktion des Partners in die Betreuung (Simkin 2002).

8.3 Kommunikation – Anleiten

Die Frau sollte in erster Linie in ihren eigenen, spontanen Pressbemühungen unterstützt und nicht durch die Hebamme angeleitet werden, wie sie pressen soll (Roberts u. Hanson 2007). Dazu braucht es eine Kommunikationsstrategie, welche die Gebärende als Expertin in eigener Sache sieht, ihre Pressbemühungen erleichtert, unterstützt und ermutigt und das Vertrauen der Frau in ihren Körper stärkt. Die Hebamme kann durch Erklärung, Nachfragen, Bestätigung und Ermutigung die Gebärende in deren Empfindungen und Eigenwahrnehmung unterstützen durch Sätze wie „Gut so“, „Ihre Scheide dehnt sich gut“, „Ihr Kind hilft wunderbar mit“ usw. Im Gegensatz dazu erscheint beim angeleiteten Pressen die Hebamme als Expertin und nicht die Frau, in dem sie der Gebärenden sagt, was sie wie tun soll.

Manchmal erlebe ich, dass die anwesende Ärztin, der Arzt oder gar der Partner die Gebärende von sich aus anzuleiten beginnen. Was wohlwollend gemeint ist, wirkt auf die Gebärende wohl eher verwirrend, v. a. wenn sie unterschiedliche Anweisungen erhält. Ich finde es wichtig, dass die Hebamme ihre Rolle als Geburtsleiterin gegenüber Ärztin, Arzt, Partner freundlich aber klar und bestimmt einnimmt und allfällige Uneinigkeiten zum Management nicht vor der Frau ausgetragen werden.

Sampsel et al (2005) schliessen, dass eine Kommunikation, welche die spontanen mütterliche Pressbemühungen unterstützt zwei wichtige Ziele verfolgt: das Umsetzen der evidenzbasierten Empfehlungen für die Leitung der AP einerseits, andererseits wird gewährleistet, dass die Dauer der AP insgesamt und die Dauer der Pressphase nicht ausgedehnt wird.

Eine der befragten Hebammen aus meinem Praktikumsspital gibt an, dass sie nebst ganz viel Bestätigung viel mit Berührung und Blickkontakt als Kommunikationsinstrumente arbeitet.

8.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Simkin (2002) rät, sich als Hebamme möglichst nicht einzumischen in den Geburtsprozess, solange es Mutter und Kind gut geht, ein Geburtsfortschritt festzustellen ist und die Frau Wehen und Schmerz gut verarbeiten kann. Demgegenüber ist die Hebamme aufgefordert mehr Führung zu übernehmen, wenn die Frau Hilfe benötigt, weil sie körperlich oder emotional überfordert ist, das Kind dekompenziert oder kein Geburtsfortschritt festzustellen ist. Sind ihre Möglichkeiten an Interventionen ausgeschöpft, sollte an diesem Punkt die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe zugezogen werden und die vaginal-operative oder operative Geburtsbeendigung in Betracht gezogen werden.

Ich habe die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis ganz unterschiedlich erlebt. Bestärkend dort wo Hebamme und Gynäkologin bzw. Gynäkologe ein ähnliches Verständnis von Geburtshilfe haben und eine Atmosphäre der Wertschätzung, der Offenheit und des Vertrauens zwischen den Berufsgruppen herrscht. Mir ist aufgefallen, dass dies in Kliniken gelingt, wo gemeinsame Leitbilder und Richtlinien geschaffen und verfolgt werden und wo eine offene, faire Kommunikation zwischen den Bereichen gepflegt wird. Der Weg zu einer offenen, fairen Kommunikation führt gemäss dem personenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers über Empathie, Echtheit und bedingungslose Akzeptanz, also über gegenseitige Wertschätzung, aktives Zuhören, Selbstreflexion, Einfühlungsvermögen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dann fruchtbar, ergänzt einander und dient dem Wohl der Familie.

Eine weitere wertvolle Form der interdisziplinären Zusammenarbeit erlebe ich auch zwischen Hebammen und Hebammen, wenn eine Kollegin Fähigkeiten hat, die mir fehlen oder umgekehrt. So konnte ich schon mehrmals eine Kollegin bitten, z. B. Akupunktur anzuwenden oder mir ein homöopathisches Mittel für eine Frau auszuwählen.

9 Schlussfolgerungen

Die Austreibungsperiode wird nicht einheitlich definiert, dies zeigt sich hauptsächlich in der Dauer, die für den kindlichen Zustand als zumutbar erachtet wird, bevor eine Geburtsbeendigung angestrebt wird. Die nach NICE (2007) empfohlene Unterteilung der AP in eine passive und aktive Phase scheint mir sinnvoll, wobei die Dauer der aktiven Phase, die der eigentlichen Pressphase entspricht, kritisch beurteilt werden muss für das kindliche Outcome.

In der von mir erlebten und in der Literatur beschriebenen Praxis (Roberts 2003, Roberts u. Hanson 2007, Walsh 2007) scheinen Anleitungen zum Pressmuster, insbesondere das lang anhaltende Pressen, häufig eingesetzt zu werden, anstelle der Unterstützung eines spontanen Pressmusters der Gebärenden.

Ebenso werden Frauen viel zu häufig aufgefordert in Rückenposition zu gebären. Auch wenn dies einem Wunsch der Frau entsprechen mag, ist es Aufgabe der Hebamme im Sinne einer Informed Choice die Gebärende über die Nachteile ihrer Wahl aufzuklären.

Hebammen selber sollten sich mehr bewusst sein über die Nachteile auf Mutter und Kind, welche langanhaltendes Pressen und Rückenpositionen in sich bergen und ihre dementsprechend Praxis anpassen. Dazu braucht es entsprechende Aus- und Weiterbildung und fortlaufendes Hinterfragen der eigenen Arbeit.

Die Anleitung zu anhaltendem Pressen und die Rückenposition soll denjenigen Situationen vorbehalten werden, wenn alle anderen empfohlenen Methoden versagt haben und sich eine operative Geburtsbeendigung abzeichnet (Simkin u. Ancheta 2006).

In der Beobachtung, dass Hebammen die Diagnose eines vollständigen Muttermundes hinauszögern, um den Frauen mehr Zeit zu geben, zeigt sich, dass Hebammen und Gynäkologinnen und Gynäkologen verschiedene Ziele verfolgen im Management der AP. Im Sinne einer optimalen Betreuung der Gebärenden und ihrer Familie ist es notwendig, interdisziplinär Richtlinien ausgearbeitet und gemeinsam verfolgt werden.

Hebammen sind in einer langjährigen Tradition verhaftet, Frauen in der AP zu managen, indem Hebammen eine hauptsächlich kontrollierende und überwachende Rollen haben und Gebärende eine mehrheitlich passive, abhängige. Im Bewusstsein einer ganzheitlichen Geburtshilfe, die die Geburt als grundsätzlich physiologisches, individuelles Ereignis im Leben einer Frau und Familie definiert, rückt die Gebärende mit ihrer Familie als aktive Person und Expertin für ihr Leben in den Vordergrund. Dies erfordert von Seiten der Hebamme in ihrer Betreuung Fähigkeiten des Gewährenlassens, des Assistierens, der beobachtenden Wachsamkeit, des Empowerments. Die Gebärende auf ihrer Seite, soll im Sinne des salutogenetischen Ansatzes unterstützt und gestärkt werden in ihrem Selbst- und Urvertrauen, ihrer Intuition, ihren Ressourcen, um Verantwortung für die Geburt ihres Kindes zu übernehmen.

Für den Zustand des Kindes nach der Geburt ist nicht so sehr die Dauer der AP entscheidend, als vielmehr das Wohlbefinden von Mutter und Kind während dieser Zeit. Eine individuelle Betreuung und sorgfältige, fortlaufende Beurteilung der Geburtssituation ist deshalb unerlässlich und gewährleistet die Sicherheit von Mutter und Kind.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser Arbeit motivieren mich, u. a. meine Beobachtungsgabe und Sinne als wichtiges Hebammenwerkzeug weiter zu schärfen, um vielfältige Möglichkeiten der Überwachung zur Hand zu haben.

Die evidenzbasierten Empfehlungen aus der Literatur unterstützen mein in der Einleitung beschriebenes Leitbild, von Frauen, die ihre Kinder in einer Atmosphäre der Ruhe und Würde aus eigener Kraft gebären und bestärken mich, einen eigenen Führungs- und Kommunikationsstil zu entwickeln, der Frauen in ihrer Selbstbestimmung unterstützt.

10 Literaturverzeichnis

- Bergstrom L, Seidel J, Skillman-Hull L, Roberts J 1997 "I Gotta Push. Please Let Me Push" Social Interactions During the Change from First to Second Stage Labor *Birth* **24**(3):173-180
- Berner Fachhochschule Gesundheit 2007 *Geburtshilfliches Verständnis Hebammenschule Bern* [online] Verfügbar unter: <https://extranet.fbg.bfh.ch/heb/5%20Allgemeine%20Grundlagen%20der%20Hebammenausbildung/Forms/AllItems.aspx> [zugegriffen 27.10.2008]
- Bloom S, Casey BM, Schaffer JI, McInire DD, Leveno KJ 2006 A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor *American Journal of Obstetrics&Gynecology (AJOG)* **194**:10-13
- Brailey S 2006 Die Spontangeburt bei bestehendem Risiko – Förderung physiologischer Prozesse durch die Hebamme In: Cignacco E (Hrsg) *Hebammenarbeit* 1 Aufl Huber, Bern 199-222
- Brailey S 2005 Informiert wählen – Zeitgemässe Ethik in der Geburtsbetreuung *hebamme.ch* **10**:4-9
- Cesario S 2004 Reevaluation of Friedman's Labor Curve: A Pilot Study *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing (JOGNN)* **33**(6):713-722
- Chalubinski KM, Husslein P 2004 Geburtsstadien In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl Springer Vrlg, Heidelberg S 575-592
- Davies-Floyd R 2004 Wirkungsvolles Ritual *Schweizer Hebamme* 4:4-9
- DeJong A, Teunissen D, vanDiem M, Scheepers P, Largo-Janssen A 2008 Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives *Journal of Advanced Nursing (JAN)* **63**(4):347-356
- Downe S, Young C 2004 The early pushing urge: practice and discourse In: Downe S et al (Hrsg) *Normal childbirth/evidence and debate* Churchill Livingstone, Edingburgh S121-137
- Duff M 2002 Beobachten statt untersuchen *Schweizer Hebamme* 11:7-8
- Enkin M, Keirse MJN, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmayr J 2006 *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt* 2. Aufl Huber, Bern
- Gaskin IM 2004 *Die selbstbestimmte Geburt* Kösel, München
- Goodman P, Mackey M, Tavakoli A 2004 Factors related to childbirth satisfaction *Journal of Advanced Nursing* **46**(2):212-219
- Green JM, Baston HA 2003 Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates and Consequences *Birth* **30**(4):235-247
- Gross M 2002 Die fünf Geburtszeiten *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* **206**:236-241

- Harder U 2005a Phasen der Geburt In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde* 3. Aufl Hippokrates Vrlg, Stuttgart S 241-242
- Harder U 2005b Austreibungsperiode In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde* 3. Aufl Hippokrates Vrlg, Stuttgart S 263-264
- Heller A 2004 Schieben – ein natürliches und schonendes Gebärverhalten *Die Hebamme* 17:22-31
- Kuntner L 2007 Das physiologische Gebärverhalten der Frau *Die Hebamme* 20:156-163
- Loos I 2008 Die Frau als Expertin für ihr Leben anerkennen *hebamme.ch* 2:10-11
- Mändle C 2007 Betreuung und Leitung der regelrechten Geburt In: Mändle C, Opitz-Kreuter S (Hrsg) *Das Hebammenbuch* 5. Auflage Schattauer, Stuttgart, S 322-354
- Meissner BR 2004 Gefährdetes Bonding *hebamme.ch* 4:6-10
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence 2007 Normal labour: second stage [online] *Intrapartum labour: Care of healthy women and their babies during childbirth* 29-33 Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=36280> [zugegriffen 27.10.2008]
- Odent M 2000 *Geburt und Stillen* 2. Aufl Beck, München
- Paciornik M, Paciornik C 1979 *Birth in the Squatting Position* (Film/Video), Polymorph Films, Boston
- Roberts J 2003 A New Understanding of the Second Stage of Labor: Implications für Nursing Care *Journal of Gynecological and Neonatal Nursing (JOGNN)* 32(6):794-801
- Roberts J, Hanson L 2007 Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning *Journal of Midwifery&Women's Health (JMWH)* 52(3):238-245
- Roberts J, Pittman Conzalez C, Sampsel C 2007 Why Do Supportive Birth Attendants Become Directive of Maternal Bearing-Down Efforts in Second-Stage of Labor? *Journal of Midwifery&Women's Health (JMWH)* 52(2):134-141
- Rosenberger C 2005 Wehenphysiologie In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde* 3. Aufl Hippokrates Vrlg, Stuttgart S 220-227
- Sampsel C, Miller J, Luecha Y, Fischer K, Rosten L 2005 Provider Support of Spontaneous Pushing During the Second Stage of Labor *Journal of Gynecological and Neonatal Nursing (JOGNN)* 34(6):695-702
- Schmid V 2004 *Der Geburtsschmerz – Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung* Hippokrates, Stuttgart
- Schneider H 1988 *Klinisches Management der Austreibungsphase* unpublizierte Weisung, Frauenklinik Insele Spital
- Simkin P 2002 Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses *Journal of Gynecological and Neonatal Nursing (JOGNN)* 31(6):721-732
- Simkin P, Ancheta R 2006 *Schwierige Geburten – leicht gemacht* 2. Aufl Huber, Bern

Stadelmann I 2006 *Die Hebammensprechstunde* 3. Aufl Stadelmann Vrlg, Ermengerst

Wagner A 2001 Das Empowerment-Konzept [online] Verfügbar unter: <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp2.htm> [Zugegriffen 22.10.2008]

Waldenström U 1999 Experience of Labor and Birth in 1111 Women *Journal of Psychosomatic Research* **47**(5):471-482

Weitzel HK, Hopp H Vaginal-operative Entbindung In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl Springer Vrlg, Heidelberg S 732-745

WHO World Health Organisation 1996 *Sichere Mutterschaft/Betreuung der normalen Geburt: ein praktischer Leitfaden* WHO, Genf

Nachweis Titelbild

Schibli D 1990 *Die Gebärende*, im Besitz von Berg A, Täufelen (Fotografie: Harland J)