

2 Geburtsbeginn

Susanne Hotz, Mirjam Fischer, Corina Scheurer, Christalla Christodoulou-Reichel

2.1 Definitionen und klinische Zeichen

Susanne Hotz

2.1.1 Vorgeburtliche Phase

Die **Vorwehen** oder Anfangswehen sind meist unregelmäßig, wenig schmerzhaft und nicht zervixweiternd. Dauer, Intensität und Frequenz der Kontraktionen steigern sich nicht und können auch wieder abebben. Die Zervix wird dadurch nach vorne ausgerichtet, eine Reifung und Konsistenzveränderung (weicher werden) findet statt und sie verkürzt sich; sie wird „geburtsreif“.

Diese **Vorbereitung auf die Erweiterung des Muttermundes** ist ein wichtiger und notwendiger Prozess, vor allem bei Erstgebärenden, der meist allmählich und fast unmerklich innerhalb mehrerer Wochen stattfindet, seltener auch über Stunden und Tage andauern und mit starken Wehen einhergehen kann.

Erst wenn die Vorbereitung abgeschlossen ist, beginnt die Eröffnungsphase mit der Latenzphase.

2.1.2 Geburtsbeginn

- Der Geburtsbeginn wird definiert als Beginn einer **regelmäßigen, zervixwirksamen Wehentätigkeit**.
- Der **Zeitpunkt** ist nicht immer exakt bestimmbar. Da es sich um einen Prozess handelt, gibt es hier einen **fließenden Übergang** von Vorwehen zu Eröffnungswehen. Außerdem kann die Wahrnehmung der Frau sich von der der Hebamme/Ärztin unterscheiden.

Die Zeichen der beginnenden Geburt sind wirksame Wehen mit:

- Zunahme der Intensität der Kontraktionen
- länger werdenden Kontraktionen
- Frequenzsteigerung der Kontraktionen

Weitere Anzeichen der beginnenden Geburt sind:

- Blasensprung
- Zeichnen, Abgang von blutigem Schleim
- vermehrter Scheidenausfluss
- Veränderung im Allgemeinbefinden, Unruhe der Schwangeren
- Erbrechen und Durchfall

PRAXISTIPPS

Meist bleiben die Frauen in der vorgeburtlichen Phase und beginnenden Geburt zu Hause oder es genügt ein Rat am Telefon. Einige kommen in die Klinik und gehen bereitwillig und sicher wieder nach Hause, wenn sie verstanden haben, in welcher Phase sie sich befinden, was sie zuhause machen können und wann sie wieder in die Klinik kommen sollen. Andere Frauen möchten lieber in der Klinik bleiben, um dort eine an ihre Bedürfnisse angepasste Betreuung durch die Hebamme zu erfahren. In der Praxis erweist es sich als hilfreich, der Gebärenden den Zeitpunkt zu benennen, ab dem sie sich in der Eröffnungsphase befindet.

2.1.3 Eröffnungsphase

Die Eröffnungsphase gliedert sich in zwei Abschnitte:

2.1.3.1 Latenzphase

Eine nicht notwendigerweise kontinuierlich verlaufende Geburtsphase, die gekennzeichnet ist durch

- schmerzhafte Wehen
- Verstreichen der Zervix
- Eröffnung des Muttermundes bis auf 6 cm (ACOG 2014)

CAVE

Keine unnötigen Interventionen

Diese Phase kann mit Ermüdung, Entmutigung und Zermürbung einhergehen. Besondere Unterstützung, Verständnis und Maßnahmen zur Verbesserung des Befindens sind hier hilfreich.

Die Latenzphase sollte – wenn möglich – **in der gewohnten Umgebung** stattfinden und nicht in der Klinik. Die Frau kann mit normalen Alltags-tätigkeiten fortfahren und sollte sich auch genügend ausruhen. Die Anwesenheit einer nahestehenden Person ist wünschenswert.

Ist die Gebärende während der **Latenzphase in der Klinik**, erfordert dies eine angepasste Betreuung durch die Hebamme. Aktives Zuhören, Beruhigung und Aufklärung sind unerlässlich. Ängste müssen gemildert und ein möglichst **stressfreier Ablauf** gewährleistet werden. Eine gute Gestaltung dieser Phase fördert den natürlichen Geburtsverlauf.

2.1.3.2 Aktive Eröffnungsphase (EP)

- In der aktiven oder etablierten Eröffnungsphase ist der Muttermund mindestens 6 cm (Schwarz 2014).
- Es liegen regelmäßige, kräftige Wehen vor **und** die Eröffnung des Muttermundes schreitet zunehmend voran (NICE 2007).
- Der Geburtsfortschritt beschleunigt sich und der Muttermund öffnet sich messbar weiter (ca. 0,5–1 cm pro Stunde).
- Der vorangehende Kindsteil stellt sich ein und tritt tiefer.
- Die Eröffnungsphase endet bei vollständig geöffnetem Muttermund.

2.1.3.3 Dauer der Eröffnungsphase

Die gesamte Eröffnungsphase dauert:

- Bei **Erstgebärenden** durchschnittlich 8 Stunden. Sie kann aber bis zu 18 Stunden dauern, ohne protrahiert zu sein.
- Bei **Mehrgebärenden** durchschnittlich 5 Stunden, selten bis zu 12 Stunden (NICE 2007).

PRAXISTIPPS

- Die Befunderhebung erfolgt durch das Befragen der Frau, durch Palpation und ggf. vaginale Untersuchung.
- Eine **vaginale Untersuchung** ist nicht notwendig, wenn das Ergebnis keine Folgen hat! Das Verhalten der Gebärenden kann oftmals auf ein Voranschreiten des Geburtsfortschritts hinweisen, ohne dass zwingend ein vaginaler Befund erhoben werden muss.
- Ein **zu häufiges Untersuchen in den ersten Stunden** bewirkt eine Erwartungshaltung bei der Frau. Dann stellt sich u. U. eine Enttäuschung ein, wenn kein Fortschritt erkennbar ist, was in dieser Phase physiologisch sein kann.

2.1.3.4 Protrahierte Eröffnungsphase**CAVE**

Es ist wichtig, die vorgeburtliche Phase von der EP zu unterscheiden und den **Zeitpunkt für die Berechnung der Geburtsdauer** erst mit dem Übergang zur EP zu bestimmen. Dadurch kann eine Fehldiagnose „Protrahierte Eröffnungsphase“ verhindert werden.

Frauen, die in der **Latenzphase** in den Kreißsaal aufgenommen werden, erhalten erfahrungsgemäß häufiger Interventionen als Frauen, die in der Eröffnungsphase aufgenommen werden.

Diagnose einer protrahierten Eröffnungsphase

- Diese kann erst in der **aktiven Eröffnungsphase** gestellt werden.
- MM-Eröffnung unter 2 cm in 4 Stunden
- Bewertung des Tiefertretens und der Rotation des kindlichen Köpfchens
- Veränderungen der Intensität, Dauer und Frequenz der Wehentätigkeit

Mögliche Ursachen für eine verlängerte Eröffnungsphase sowie übermäßige Schmerzen:

- wenig Bewegungsfreiheit (Dauer-CTG, Blasensprung)
- durch Oxytocin oder Prostaglandin ausgelöste Wehen
- vernarbte Zervix
- dorsoposteriore Stellung des Kindes
- übermäßige Angst, Sorge, Stress, Alleinsein, vorausgegangene schwierige Geburt, sexueller Missbrauch u. a.

- Erschöpfung und Entmutigung durch eine lange Latenzphase
- asynklitische Einstellung oder andere ungünstige Einstellungen

Maßnahmen bei einer verlängerten EP und übermäßigen Schmerzen:

- Wärme, Bad
- Massagen (Rücken, Füße, Bauch)
- Entspannungsübungen
- Atemübungen
- An das Kontakthalten mit dem Baby im Bauch erinnern.
- Polarity nach Verena Schmid (2011)
- Bewegung, Positionswechsel
- Ist die Latenzphase sehr schmerzhaft und erschöpfend für die Frau, kann auch eine medikamentöse Ruhepause mit Sedaselect, Calmedoron, Spasmolytika, Analgetika oder Tokolytika angebracht sein.

2.2 Aufnahme in den Kreißaal

Mirjam Fischer

- **Formalitäten:** formelle Anmeldung der Frau im Krankenhaus
- **zeitliche Festlegung** eines tatsächlichen Betreuungs- und Geburtsbeginns aus Gründen der Abrechnung sowie aus forensischen Gründen
- Frauen, die immer wieder mit „**falschem Alarm**“ in den Kreißaal kommen, zeigen ein besonderes Betreuungsbedürfnis; hier ist die Information über die individuell unterschiedliche Länge der Latenzphase unter Berücksichtigung der Ressourcen der Frau besonders wichtig.
- Kommt es zu einer **ungeplanten Kreißaal-Aufnahme in der Schwangerschaft** (kontrollbedürftige Auffälligkeiten wie vorzeitige Wehen, (Prä-) Eklampsie, GDM, Diabetes, HELLP, Blutungen, Mehrlinge) oder zu einer nicht geplanten Klinikgeburt, so ist die psychische Situation der Frau besonders zu berücksichtigen (s. u.).
- Neben beginnenden Wehen, Blasensprung (oder V. a. Blasensprung) sowie Blutungen kann auch der **Wunsch der Frau/des Paares** nach einer Kontrolluntersuchung und die Beruhigung der Frau/des Paares ein Grund sein, den Kreißaal aufzusuchen. Gesprächs- und Betreuungsbedarf zeigt sich vor allem bei vorhandenen Ängsten der Frau/des Paares: eine als traumatisch erlebte Schwangerschaft oder vorausgegangene Geburt sowie berichtete Geburtsverläufe anderer Frauen können auf die Frau einen nicht zu unterschätzenden Einfluss haben.

PRAXISTIPP

In der Latenzphase sind Formulierungen wie „noch nicht unter der Geburt“, „falscher Alarm“, „langsame Geburt“ oder „Übungswehen“ nicht nützlich für Frauen. Eine kurze Erläuterung der physiologischen Vorgänge ist dagegen oft hilfreich für die Frau.

2.2.1 Anamnese und Diagnostik

Grund des Kommens

- Warum kommt die Frau?
- Welche Beschwerden hat sie?
- Wie beschreibt sie die Beschwerden?
- Wie kommt sie mit den Beschwerden zurecht?
- Wie ist ihr Allgemeinbefinden?
- Wie fühlt sich die Frau? (verunsichert, ängstlich, zuversichtlich?)
- Wie schätzt die Mutter das Befinden des Kindes ein? Wie geht es dem Kind? Bewegt es sich? Erfragen von Kindsbewegungen.

Schwangerschaftsanamnese

- Gestationsalter: 37 + 0 bis 41 + 6 SSW?
- regelrechter Verlauf und regelrechtes Outcome bei vorangegangenen Schwangerschaften?
- geburtshilfliche Anamnese mit geringem Risiko/ohne Risiko?
- Schwangerenvorsorgeuntersuchungen unauffällig?
- Einlingsschwangerschaft?
- Kopflage/Lage/vorangehender Teil/Bezug zum Becken?
- klinisch normgerecht gewachsenes Baby/normales Wachstum entsprechend dem Gestationsalter?
- Plazentasitz: Wo liegt die Plazenta und liegt sie außerhalb des unteren Uterinsegments (wenn bekannt)?
- Liegen mütterlichen Erkrankungen oder Risikofaktoren vor, die die Geburt beeinflussen (z. B. Zeichen von Präeklampsie oder schwangerschaftsinduziertem Hypertonus)?

MERKE

Jede Frau, die das Bedürfnis hat, den Kreißaal aufzusuchen, sollte mit diesem Bedürfnis ernst genommen werden.

Erfassen: tasten und sehen

- Blutung
- Wehen
- Flüssigkeitsabgang
- Kindsbewegungen
- Ödeme
- Varizen
- Leibesform
- Striae gravidarum
- Nabelform
- Narben

Diagnostische Maßnahmen

- Leopold'sche Handgriffe
- CTG/Auskultation der Herztöne
- Palpation der Wehen
- vaginale Untersuchung
- VZ-Kontrolle
- Beurteilung der Michaelis-Raute

CAVE

Jede Maßnahme, die bei der Aufnahme in den Kreißaal routinemäßig vorgenommen wird, sollte überdacht werden: Welchen Mehrwert an Informationen bringt sie zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Geburt? Z. B. Verzicht auf vaginale Untersuchung bei am Vortag unreifem vaginalem Befund und Blasensprung ohne Wehentätigkeit.

2.2.1.1 Diagnosestellung

Danach sollten eine erste Einschätzung der Frau und eine **Beurteilung der Gesamtsituation** mit klarer Indikationsstellung erfolgen; eine Skala hilft bei der Einschätzung der Situation (**Abb. 2.1**).

Behandlungspfade, die festlegen, wie bei welchem Befund weiter vorgegangen wird und was der Frau wann empfohlen wird, können helfen, unnötige Interventionen während der „normalen Geburt“ zu vermeiden.

Durch eine immer wieder **neue Einschätzung der Situation** kann beurteilt werden, ob aktuell ein physiologischer oder ein pathologischer Verlauf vorliegt. Dies ist wichtig, um die Frau und das Kind vor unnötigen Interventionen zu schützen und notwendige Interventionen nicht zu vergessen (s. **Tab. 2.1**).