

- 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®, Avena sativa®, 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

### 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.

- 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 Kreißsaal aufzusuchen. Gesprächs- und Betreuungsbedarf zeigt sich vor allem bei vorhandenen Ängsten der Frau/des Paares: eine traumatisch erlebte Schwangerschaft oder vorausgegangene Geburt sowie berichtete Geburtsverläufe anderer Frauen können auf die Frau einen nicht zu unterschätzenden Einfluss haben.

### 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. vaginale Untersuchung bei am Vortag unreifem vaginalem Befund und Blasenprung ohne Wehentätigkeit.

#### 2.2.1.1 Diagnosestellung

Danach sollte 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 reduzieren.

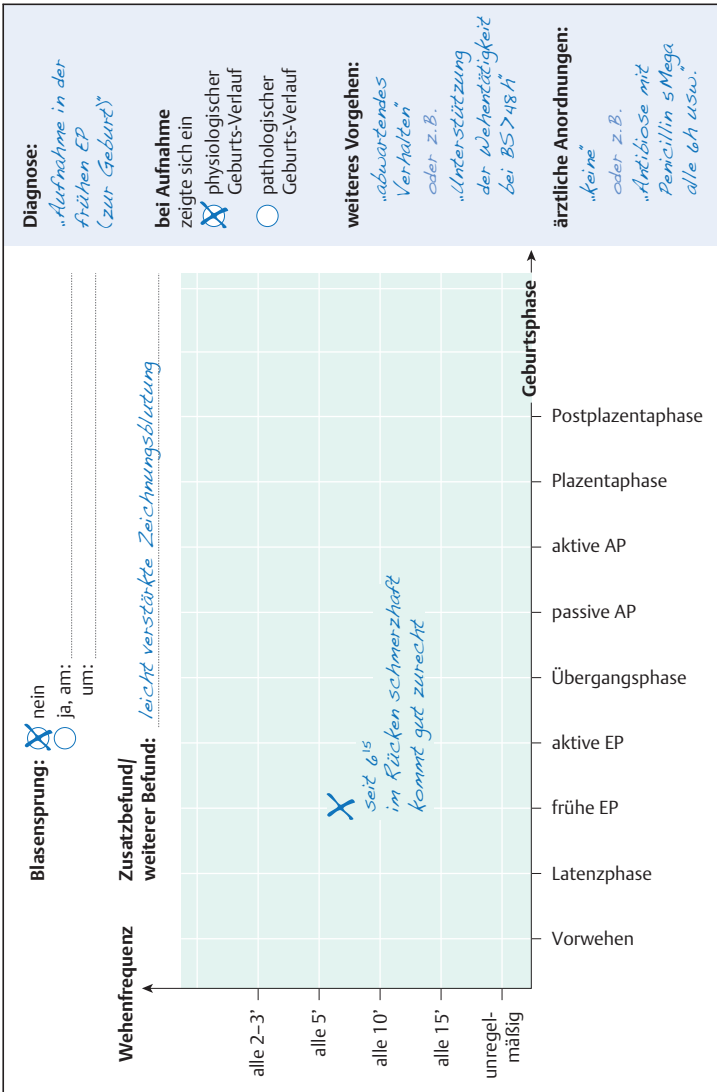


Abb. 2.1 Stadium der Geburt.

Tab. 2.1 In welcher Phase der Geburt befindet sich die Frau?

Latenzphase	aktive EP/fortgeschrittene Geburt
unregelmäßige und kurze Kontraktionen	regelmäßige Kontraktionen, die stärker werden
Pausen zwischen den Kontraktionen werden nicht kürzer oder die Kontraktionen stärker	Wehenpausen werden kürzer (3–5 min) und Wehen werden länger (bis ca. 60 sec.); das Verhältnis zwischen Wehe und Wehenpause liegt bei ca. 1 zu 3.
Bewegung verstärkt die Kontraktionen nicht	Bewegung verstärkt die Intensität der Kontraktionen
MM-Eröffnung < 3–4 cm	MM-Eröffnung > 3–4 cm

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).

### CAVE

- Frauen, die schon früh in den Kreißaal aufgenommen werden (MM 1–3 cm), bekommen häufiger einen „**protrahierten Geburtsverlauf**“ bescheinigt. Somit wird bei diesen Frauen auch häufiger zu Interventionen gegriffen. Der "Erfolgsdruck" scheint sich sowohl bei Frauen als auch bei Hebammen aufzubauen.
- **Eine frühe Aufnahme in den Kreißaal führt zu mehr Interventionen während der Geburt.**

In der Latenzphase schreitet die Geburt nicht schnell voran. Gerade wenn die Latenzphase sehr lange dauert, kann die Frau verunsichert sein. Die psychosoziale Betreuung der Frau und das **Vermitteln von Sicherheit und Unterstützung** durch die Hebamme und den Partner sind in dieser Phase sehr wichtig. Die Frau sollte sich möglichst an einem ruhigen geschützten und am besten an einem ihr bekannten Ort aufhalten (ausruhen, ablenken, ...). Der Kreißaal oder die Schwangere- oder Wochenbett-Station in der Klinik stellen daher in der Anfangsphase der Geburt keine geeigneten Orte für Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften dar (s. auch Kap. 2.1).

Je nach Einschätzung wird das **weitere Vorgehen** festgelegt:

- Geht die Frau nochmals nach Hause?
- Wurde die Frau adäquat beraten? (z. B.: ausruhen, schlafen, essen, trinken, warm duschen oder baden?)
- Wird die Frau stationär aufgenommen? Bleibt sie im Kreißsaal oder geht sie auf Station?
- Benötigt die Frau bereits jetzt aktives Eingreifen (Interventionen: Braunüle, Antibiose, ...)
- Wann wird der Arzt aktiv mit in die Betreuung einbezogen?
- Ein **pathologischer Geburtsbeginn** bedeutet nicht, dass es nicht zu einer normalen, spontanen Geburt kommen kann. Die jeweilige Geburtssituation benötigt immer wieder eine neue Einschätzung und darauf abzielende Interventionen bzw. den begründeten Verzicht auf Interventionen. (**Beispiel:** Ein unkomplizierter vorzeitiger Blasensprung von weniger als 24 Stunden ist eine normale, physiologische Erscheinung!)

### 2.2.2 Erstmaßnahmen und Betreuung

- Je nach Gesamtsituation und Einschätzung erfolgt jetzt die **Durchführung erster Interventionen:**
  - Blutentnahme?
  - Braunüle/Flexüle?
  - Antibiose?
  - Ultraschall?

#### MERKE

**Unnötige Interventionen** können Mutter und Kind schaden. Aber nicht jede Intervention wird von der Mutter als eingreifend empfunden; häufig verbinden die Frauen hiermit auch ein Gefühl von Unterstützung.

- **Störungen im Kreißsaal** (Lärm, Licht) können die Frau verunsichern und die hormonelle Situation und damit die Wehen beeinflussen.
- In der Klinik hat eine **Information des Arztes** über die Aufnahme der Frau zu erfolgen. In manchen Kliniken obliegt die Aufnahmeuntersuchung den Ärzten.
- Die **Geburtsbetreuung** ist eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit; die Betreuung physiologischer Abläufe gehört in Hebammenhände! Hier ist zu beachten, dass es für die Frau/das Paar einen erheblichen Unterschied macht, ob sie ärztlich aufgenommen wird oder durch eine Heb-

amme. Die klare Diagnose, ob es sich um einen physiologischen Geburtsbeginn handelt, der durch eine Hebamme weiterbetreut wird, oder um eine Pathologie, die ärztlich begleitet sein muss, erscheint hier besonders wichtig. Die Regelungen sollten **schriftlich festgehalten** sein. Die Zuständigkeiten und Arbeitsteilungen können von Klinik zu Klinik variieren.

### 2.2.2.1 Psychische Betreuung

#### **MERKE**

Die Förderung der physiologischen Geburt beginnt bereits bei der Aufnahme in den Kreißaal und beim allerersten Kontakt zwischen Frau und Hebamme!

Die **Vertrauensbildung zwischen Frau und Hebamme** durch Beziehungsarbeit steht – sofern keine gravierende Pathologie vorliegt – an vorderster Stelle bei der Aufnahme in den Kreißaal; Vertrauensbildung geschieht durch:

- **Zeit lassen:** der Frau und dem Paar mit Fragen, Antworten, Entscheidungen Zeit geben
- **kontinuierliche Betreuungsstruktur:** Kennen sich Frau/Paar und Hebamme, so ist dies förderlich; kennen sich Frau/Paar und Hebamme nicht, sollte genug Zeit sein, sich kennen zu lernen.
- **„Da sein“/anwesend sein:** physisch und auch psychisch: freundlich, offen, behutsam, Sicherheit gebend (Intimsphäre wahren)
- **Empathisch sein**
- Wenig aktive, **eher abwartende Begleitung** der Frau mit Schwerpunkt auf Wahrnehmung und Rücksichtnahme auf die Individualität und die Wünsche der Frau
- Die Frau/das Paar ermutigen, ungute Gefühle bzgl. des Geburtsverlaufes, aber auch bzgl. der Betreuungsstruktur (z. B. wer soll/darf bei der Geburt mit anwesend sein?) anzusprechen.
- Die Unterschiedlichkeit der Frauen/der Kulturen akzeptieren.
- Zu beachten ist, dass viele gesunde Frauen mit der Geburt ihres ersten Kindes häufig **zum ersten Mal in eine Klinik** gehen; hierbei sehen sich die Frauen häufig unerwartet mit ganz unterschiedlichen Gefühlen konfrontiert: Freude, Neugier, Angst, Verunsicherung, ...
- Die Betreuung sollte **freundlich, menschlich** und der Frau/dem Paar **zugewandt** erfolgen und das Betreuungspersonal sollte fachliche Kompetenz und Sicherheit ausstrahlen.

### 2.2.2.2 Bondingförderung

- Bei Aufnahme in den Kreißsaal werden **Mutter UND Kind** empfangen. Das Kind sollte bei Entscheidungen und Untersuchungen mitbedacht und auch gefragt werden: z. B. Ansprache des Kindes vor Durchführung der Leopold'schen Handgriffe, vor Durchführung einer vaginalen Untersuchung, vor Durchführung eines Ultraschalls.
- Die Frau ermutigen, **im Kontakt mit ihrem Kind zu bleiben**: durch tiefe Bauchatmung, Berührungen, Erfühlen der Kindsbewegungen, Sprechen mit dem Kind. Dies ist v. a. wichtig nach/beim Legen einer PDA, einer Stress-Situation wie Bradykardie (hier hilft es, wenn alle Beteiligten gemeinsam durchatmen!), einer Trennung vom Kind postpartal zur Erstversorgung, ...

### 2.2.3 Dokumentation

Die Aufnahme in den Kreißsaal ist gut zu dokumentieren:

- Datum, Uhrzeit
- Aufnahme der Frau: liegend, gehend, durch Rettungswache, nach telefonischer Ankündigung?
- In Begleitung von wem?
- In welchem körperlichen und psychischen Zustand befindet sich die Frau bei Aufnahme?
- Wie kommt die Frau mit den beschriebenen „Beschwerden“ zurecht?
- Welche Maßnahmen werden wann und durch wen ausgeführt?
- Welche weiteren Maßnahmen werden wann durch wen angeordnet und ausgeführt?
- Welche Wünsche hat die Frau bezüglich der Geburt/ist sie mit den vorgeschlagenen Maßnahmen einverstanden?
- Aufnahme-CTG von ... bis ..., Befund (o. B. ist kein Befund!)
- Vitalzeichenkontrolle

#### PRAXISTIPPS

- Ein **Anamneseblatt** mit entsprechendem Vordruck kann helfen, wichtige Fakten bei der Aufnahme nicht zu vergessen.
- Je nach Zuständigkeit muss die Aufnahme der Frau von der Person dokumentiert werden, die die Aufnahme vornimmt. Jede dokumentiert das, was sie selbst tut. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht!