Was erhöht oder mindert das Risiko für einen Geburtsstillstand?

Autor(en): **Plattner, Olivia / Schick, Céline / Schmid, Tabea**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 5

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949063

Nutzungsbedingungen

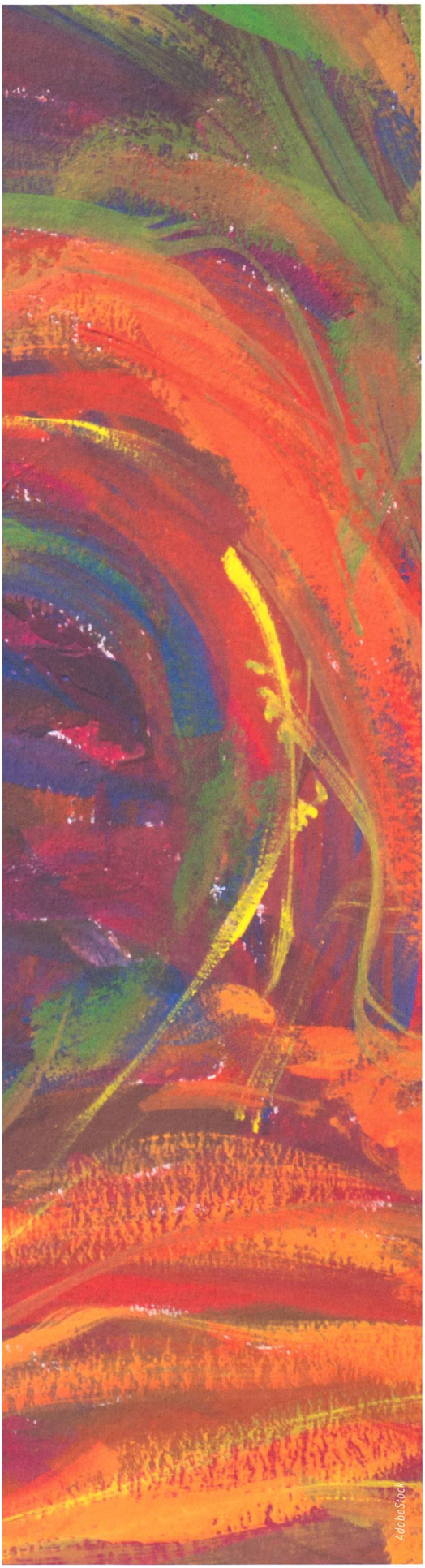
Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch



Was erhöht oder mindert das Risiko für einen Geburtsstillstand?

Ein Geburtsstillstand ist ein Hauptfaktor in der Medikalisierung der Geburtshilfe und die häufigste Ursache für einen Kaiserschnitt. Im Rahmen einer Bachelorthesis wurden Risikofaktoren sowie präventive Massnahmen in Zusammenhang mit dem Geburtsstillstand untersucht. Diese sollten bereits in der Schwangerschaft beginnen, um die werdende Mutter optimal auf die bevorstehende Geburt vorzubereiten.

TEXT:
OLIVIA PLATTNER, TABEA SCHMID, CÉLINE SCHICK

Die Kaiserschnittrate steigt schweizweit – von 25 % im Jahr 2000 auf 34,2 % im Jahr 2015 (Bundesamt für Gesundheit, 2015). 50 % aller Sectiones werden aufgrund prolongierter Geburt oder Geburtsstillstand indiziert (gynécologie suisse SGGG, 2015). Die korrekte Definition des Geburtsstillstands ist ein wichtiger Faktor in der Prävention von unnötigen medizinischen Interventionen (Caughey et al., 2014; World Health Organisation [WHO], 2018) und sollte nicht vor einer Muttermundseröffnung von 5 bis 6 cm definiert werden (WHO, 2018).

Die Literaturrecherche zu Risikofaktoren eines Geburtsstillstands und dessen Prävention wurde in verschiedenen Datenbanken durchgeführt; anschliessend wurden zehn Studien und Reviews eingeschlossen. In diesem Artikel werden Auszüge davon präsentiert.

Ergebnisse der Literatursuche

Die folgenden Resultate repräsentieren die Faktoren Power (geburtshilfliche Risikofaktoren), Passenger (kindliche Risikofaktoren) und Passage (mütterliche und geburtshilfliche Risikofaktoren), nach denen die Ursachen für den Geburtsstillstand gegliedert werden können.

Mütterliche Risikofaktoren

Maternales Alter >35 Jahre, Körpergrösse <170 cm sowie Body-Mass-Index (BMI) >25 kg/m² erhöhen das Risiko für einen Geburtsstillstand (Hautakangas et al., 2018; Kjaergaard et al., 2010). Mehr als vier Stunden Sport pro Woche in der Frühschwangerschaft minimieren das Risiko. Durch einen täglichen Koffeinkonsum zwischen 200 und 299 mg wird das Risiko erhöht, was ca. zwei bis drei Tassen entspricht (Kjaergaard et al., 2010). Migrantinnen und Frauen mit einer Schulausbildung von <12 Jahren haben ein höheres Risiko für einen Geburtsstillstand (Hautakangas et al., 2018).

Kindliche Risikofaktoren

Kindliche Fehleinstellungen und Geburtsgewicht zwischen 4000 und 4499 g sind Risikofaktoren für einen Geburtsstillstand (Selin et al., 2007).

Geburtshilfliche Risikofaktoren

Eine derbe Beschaffenheit der Portio oder ein straffes unteres Uterinsegment (Kjaergaard et al., 2008), eine Muttermundseröffnung <4 cm (Kjaergaard et al., 2010), vorangehender Teil oberhalb Interspinal (Kjaergaard et al., 2008) oder vorzeitiger Blasensprung (Hautakangas et al., 2018) bei Eintritt in die Geburtenabteilung erhöhen das Risiko für einen Geburtsstillstand.

Eine Periduralanästhesie erhöht das Risiko um das vier- bis siebenfache (Hautakangas et al., 2018), v. a. wenn diese bereits vor einer Muttermundseröffnung von 5 cm gelegt wurde (Selin et al., 2007).

Prävention

Durch die Veränderung des Betreuungsmodells (Zwölf- statt Achtstundenschicht, 1:1-Betreuung statt Betreuung von mehreren Frauen) konnten Ragusa et al. (2015) eine deutliche Senkung der Kaiserschnittrate wegen Geburtsstillstand von 9,3 % auf 2,5 % feststellen. Interventionen wie Amniotomie und intrapartale Oxytocingabe wurden nur durchgeführt, wenn andere Massnahmen zur Behebung eines Geburtsstillstands nicht wirkten. Dabei sank nebst der Kaiserschnittrate ebenfalls die Amniotomierate von 42 auf 7 % und die intrapartale Oxytocingabe von 33 auf 14 %.

Wie wird ein Geburtsstillstand definiert?

Die bisher übliche Erwartung eines Geburtsfortschrittes von 1 cm/Stunde ist nicht realistisch (Oladapo et al., 2018). Der nicht lineare Verlauf der Geburtsdauer sollte respektiert werden, was bedeutet, dass die Geburt bis zu einer Muttermundseröffnung von 5 bis 6 cm physiologisch langsamer verläuft (Oladapo et al., 2018). Die WHO (2018) empfiehlt den Geburtsbeginn nicht vor 5 bis 6 cm Muttermundseröffnung zu definieren. Ein Geburtsstillstand kann somit erst bei offener Fruchtblase und nach einer Muttermundseröffnung von 6 cm diagnostiziert werden, wenn während vier Stunden bei effizienter Wehentätigkeit kein Fortschritt beobachtet werden konnte resp. während sechs Stunden im Falle von ineffizienter Wehentätigkeit. In der Austreibungsphase empfehlen Caughey et al. (2014) eine maximale Pressphase von drei Stunden bei Erstgebärenden und zwei Stunden bei Mehrgebärenden. Für die passive Austreibungsphase wird kein Limit definiert (Caughey et al., 2014).

So gesund verhalten sich schwangere Frauen

Nebst den Ergebnissen von Kjaergaard et al. (2010), die einen präventiven Aspekt in der Bewegung während der Schwangerschaft erforschten, wurde bereits 1905 von Fischer-Dückelmann beschrieben, dass das Verhalten der Schwangeren einen grossen Einfluss auf die bevorstehende Geburt hat.

Antje Kroll-Witzer

Durch Sitz- und Halbbäder, der Schwangerschaft angepasste Ernährung sowie Bewegung lässt sich die Geburt wesentlich beeinflussen.

Durch Sitz- und Halbbäder, der Schwangerschaft angepasste Ernährung sowie Bewegung lässt sich die Geburt wesentlich beeinflussen (Fischer-Dückelmann, 1905). Das American College of Obstetricians and Gynecologists (2015) empfiehlt bei gesunden Schwangeren regelmässige körperliche Betätigung. Da ein BMI >25 kg/m² als Risikofaktor gilt (Hautakangas et al., 2018), sollten Schwangere zusätzlich zu gesunder Ernährung beraten werden, um eine exzessive Gewichtszunahme zu vermeiden (Carlson et al., 2015). Konje und Oladapo (2000) sehen einen Zusammenhang von dem erhöhten Risiko für Geburtsstillstand von Migrantinnen (Hautakangas et al., 2018) mit dem Kopf-Becken-Missverhältnis aufgrund einer Mangelernährung in der Kindheit und daher schlecht ausgebildetem Becken sowie schlechtem Grössenwachstum mit nachfolgender gesteigerter Nahrungsaufnahme nach der Migration und daher einem grossgewachsenen Fetus.

Eine gesunde, vollwertige Ernährung bereits in der Kindheit ist wichtig für körperliches Wachstum und somit Prävention eines Geburtsstillstand (Konje & Oladapo, 2000). Schwangere, die mangelernährt sind, sollten bzgl. einer Supplementation von Mikronährstoffen beraten werden. Eine ausgewogene Ernährung in der Schwangerschaft beeinflusst wiederum die Gesundheit des ungeborenen Kindes und dessen zukünftiges Wachstum – somit ist dieser Effekt generationenübergreifend (Konje & Oladapo, 2000).

Der Eintritt in die Geburtenabteilung

Neal et al. (2014) können bestätigen, dass Frauen mit einem frühen Eintritt in die Geburtenabteilung ein erhöhtes Risiko für Interventionen haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass Fachpersonen die Diagnose Geburtsstillstand zu früh stellen. Es erfordert ein Umdenken und Akzeptieren, dass ein langsamer Fortschritt – insbesondere vor einer Muttermundseröffnung von 5 bis 6 cm – normal ist (Oladapo et al., 2018).

Eine derbe Beschaffenheit der Portio sowie ein straffes unteres Uterinsegment bei Eintritt erhöhen das Risiko für einen Geburtsstillstand (Kjaergaard et al., 2008). Die hormonelle Auflockerung der Gewebestrukturen (Carlson et al., 2015) und die körperliche Vorbereitung auf die Geburt können durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden.

Durch eine genaue Anamnese sowie äussere und innere Untersuchung kann die Hebamme in der Schwangerschaft eruieren, ob die physiologischen Vorgänge stattfinden.

Metabolisches System

Das metabolische System hat eine grosse Relevanz: einerseits mechanisch durch den Füllzustand der benachbarten Organe des Uterus (Bumm, 1922), andererseits auch dadurch, dass durch Adipositas die Sekretion von Hormonen – insbesondere durch Leptin verursacht – negativ verändert wird (Carlson et al., 2015). Bumm (1922) beschreibt, dass ein voller Darm oder eine volle Harnblase eine Wehenschwäche oder einen vollständigen Stillstand der Geburt auslösen kann. Auch die kindliche Einstellung wird dadurch beeinflusst. Ein voller Darm kann durch die abdominale Untersuchung diagnostiziert und mit entsprechender Ernährung und hohen Einläufen behandelt werden (Bumm, 1922; Stadelmann, 2005).

Nerven- und Hormonsystem

Das Nervensystem und das Hormonsystem müssen miteinander arbeiten (Schmid, 2007). Eine übermässige Stimulation des sympathischen Nervensystems kann einen Geburtsstillstand begünstigen oder den physiologischen Geburtsbeginn durch die chronische Ausschüttung von Katecholaminen beeinflussen. Durch Entspannung lässt sich dieses Wechselspiel unterstützen (Schmid, 2007).

Einstellung des Fetus

Die Lage, Haltung, Stellung und Einstellung des Fetus haben einen Einfluss auf die Beschaffenheit der Portio und deren Verstreichen (Bumm, 1922). So bewirkt der Eintritt des Kindes in den Beckeneingang bei Erstgebärenden ein Verstreichen der Portio am Ende der Schwangerschaft, während bei Mehrgebärenden die Portio erhalten bleibt und der Kopf erst während der Geburt ins Becken eintritt (Bumm, 1922). Eine kindliche Fehleinstellung gilt als bekannte Ursache für einen Geburtsstillstand (Selin et al., 2007). Liao et al. (2005) bestätigen dies wiederum durch die Aussage, dass bei Erstgebärenden in der 36. Schwangerschaftswoche das Kind durch die Flexion des kindlichen Kopfes in den Beckeneingang eingetreten sein sollte. Bei Mehrgebärenden kann dies auch später erfolgen. Die Hebamme sollte demnach optimale Bedingungen schaffen, um eine kindliche Fehleinstellung zu verhindern (Liao et al., 2005).

Muskuloskelettales System

Das Skelettsystem der Frau mit Bändern und Muskeln ist relevant für eine ganzheitliche Betreuung. Das untere Uterinsegment ist eine funktionelle Einheit des Uterus (Bumm, 1922). Abhängig von der Parität und Konstitution der Frau kann es straff oder weich sein. Sowohl ein zu straffes als auch ein zu weiches unteres Uterinsegment ist nicht förderlich, da dadurch der Eintritt des Kindes ins Becken beeinflusst wird (Bumm, 1922). Ein straffes unteres Uterinsegment sollte in der Schwangerschaft durch Wärme aufgelockert werden, wobei ein Heublumendampfsitzbad helfen kann, straffe Gewebestrukturen aufzulockern (Stadelmann, 2005). Bei schlaffen Bändern oder einem schlaffen unteren Uterinsegment sollte von aussen eine Stütze erfolgen, damit der Uterus nicht von seiner mittigen Lage abweicht (Bumm, 1922).

Durch eine genaue Anamnese sowie äussere und innere Untersuchung kann die Hebamme in der Schwangerschaft eruieren, ob die physiologischen Vorgänge stattfinden, und somit Rückschlüsse auf die genannten Systeme ziehen und entsprechende Massnahmen einleiten.

Oxytocin und Amniotomie

Hautakangas et al. (2018) sehen die intrapartale Oxytocinanwendung als einen Risikofaktor für den Geburtsstillstand. Oxytocin sowie die frühe Amniotomie werden von Wei et al. (2013) als präventive Massnahme für einen Geburtsstillstand angesehen. Die Empfehlungen der WHO (2018) widersprechen dieser Aussage, da sie davon abraten, Oxytocin und/oder frühe Amniotomie als Prävention für einen langsamen Ge-

AUTORINNEN

Olivia Plattner, Studierende Hebamme Bsc, Zusatzmodul B im Gesundheitszentrum Rheinfelden und im Geburtshaus Matthea, Basel.

Tabea Lisa Schmid, Studierende Hebamme Bsc, Zusatzmodul B im Universitätsspital Basel.

Céline Schick, Hebamme Msc, wissenschaftliche Mitarbeiterin Berner Fachhochschule Gesundheit, Studiengang Hebamme; Fachexpertin und Berufsbildnerin der Geburtenabteilung des Kantonsspitals Aarau.

burtsfortschritt anzuwenden – auch nicht, wenn die Frau eine Periduralanästhesie hat. Oxytocin soll nicht zur Prävention eines Geburtsstillstand angewendet werden, sondern nur, wenn ein solcher effektiv eingetreten ist und nicht vor einer Muttermundseröffnung von 5 cm definiert wurde (Caughey et al., 2014, WHO, 2018). Durch die Reduktion von Amniotomie und intrapartaler Oxytocinapplikation konnte die Kaiserschnittrate wegen Geburtsstillstand gesenkt werden (Ragusa et al., 2015).

Periduralanästhesie kann ein Risikofaktor sein

Die Periduralanästhesie, insbesondere vor 5 cm Muttermundseröffnung, stellt ein Hauptrisikofaktor für einen Geburtsstillstand dar (Hautakangas et al., 2018; Kjaergaard et al., 2010, Selin et al., 2007). Durch die Entspannung der Beckenbodenmuskulatur resultieren häufiger kindliche Fehleinstellungen (Liao et al. 2010). Alternativ können Entspannungs- und Visualisierungstechniken, Aromatherapie und Reflexzonentherapie helfen, mit den Wehen konstruktiv umzugehen (Arnon et al., 2019; Sakala, 1988).

Bereits vor der Geburt sollten Schwangere psychosoziale Unterstützung erhalten, um sich auf die Wehen vorzubereiten (Sakala, 1988). Der Umgang mit dem Geburtsschmerz kann durch das vorgeburtliche Aufbauen von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Geburt zu schaffen, erleichtert werden (Leap et al., 2010).

Wie gebärende Frauen betreut werden sollten

Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung kann als präventiver Faktor für einen Geburtsstillstand betrachtet werden (Ragusa et al., 2015). Eine 1:1-Betreuung wirkt sich positiv auf den Geburtsverlauf und das Geburtserlebnis der Frau aus, senkt den Analgesiebedarf und die Rate an Interventionen (Sandall et al., 2016). Demgegenüber kann eine kontinuierliche Betreuung ebenfalls die Sectio- und die Periduralanästhesierate reduzieren (Hodnett et al., 2013) und den Umgang mit den Wehen erleichtern (Leap et al., 2010).

Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung kann als präventiver Faktor für einen Geburtsstillstand betrachtet werden.

Um eine 1:1-Betreuung zu ermöglichen, braucht es genügend Personal (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Es sollte eine multifaktorielle Analyse des Hebammenbedarfs erfolgen, und Warnzeichen von Personalmangel müssen berücksichtigt und behoben werden,

Literatur

American College of Obstetricians and Gynecologists (2015) Physical Activity and Excercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion. No 650. *Obstetrics & Gynecology;* e135.

Arnon, Z., Dor, A., Bazak, H., Attias, S., Sagi, S., Balachsan, S. & Schiff, E. (2019) Complementary medicine for labouring women: a qualitative study of the effects of reflexology. *Journal of Complementary and Integrative Medicine.* doi:10.1515/jcim-2018-0022.

Bumm, E. (1922) Grundriss zum Studium der Geburtshilfe in achtundzwanzig Vorlesungen und sechshuntersechsundzwanzig bildlichen Darstellungen im Text und auf drei Tafeln. 14. und 15. verbesserte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015) Kaiserschnittgeburten in der Schweiz. www.bag.admin.ch

Carlson, N. S., Hernandez, T. L. & Hurt, J. K. (2015) Parturition dysfunction in obesity: time to target the pathobiology. *Reproductive Biology and Endocrinology;* 13:135. doi:10.1186/s12958-015-0129-6.

Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M. & Rouse, D. J. (2014) Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American College of Obstetricians and Gynaecologists;* 210(3), 179–193. doi:10.1016/j.ajog.2014.01.026.

Fischer-Dückelmann, A. (1905) Die Frau als Hausärztin. Ein ärztliches Nachschlagebuch für die Frau. Stuttgart: Süddeutsches Verlags-Institut.

Gynécologie suisse SGGG (2015) Guideline Sectio Caesarea. Bern: Daniel Surbek. www.sggg.ch

Hautakangas, T., Palomaki, O., Eidsto, K., Huhtala, H. & Uotila, J. (2018) Impact of obesity and other risk factors on labor dystocia in term primiparous women: A case control study. *BMC Pregnancy Childbirth;* 18(1), 304. doi:10.1186/s12884-018-1938-3.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews;* 2013(7), 1–118. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub.

Kjaergaard, H., Dykes, A. K., Ottesen, B. & Olsen, J. (2010) Risk indicators for dystocia in low-risk nulliparous women: A study on lifestyle and anthropometrical factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research;* 30(1), 25–29. doi:10.3109/01443610903276 41.

Kjaergaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P. & Dykes, A. K. (2008) Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth;* 8, 45. doi:10.1186/1471-2393-8-4.

Konje, J. C. & Oladapi, A. L. (2000) Nutrition and obstructed labor. *American Journal of Clinical Nutrition;* 72(1), 291–297. doi:10.1093/ajcn/72.1.291S.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. (2010) Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *Journal of Midwifery & Women's Health;* 55(3).

Liao, J. B., Buhimschi, C. S. & Norwitz, E. R. (2005) Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology clinics of North America; 32, 145–164.

Neal, J. L., Lamp, J. M., Buck, J. S., Lowe, N. K., Gillespie, S. L. & Ryan, S. L. (2014) Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health;* 29: 28–34.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014) Intrapartum care for healthy women and babies. www.nice.org.uk

Oladapo, O. T., Diaz, V., Bonet, M., Abalos, E., Thwin, S. S., Souza, H., Perdonà, G., Souza, J. P. & Gülmezoglu, A. M. (2018) Cervical dilatation patterns of "low-risk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG. An international journal of obstetrics and gynaecology.* doi:10.1111/1471-0528.1493.

Ragusa, A., Gizzo, S., Noventa, M., Ferrazzi, E., Deiana, S. & Svelato, A. (2015) Prevention of primary caesarean delivery: Comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. *Archives of Gynecology and Obstetrics;* 294(4), 753–761. doi:10.1007/s00404-016-4046-5.

Sakala, C. (1988) Content of care by independent midwives: assistance with pain in labor and birth. *Social Science and Medicine;* 26(11):1141–1158. doi:10.1016/0277-9536(88)90190-6.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;* Band 4, Artikelnr. CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Selin, L., Wallin, G. & Berg, M. (2007) Dystocia in labour: Risk factors, management and outcome: A retrospective observational study in a Swedish setting. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica;* 87(2), 216–221. doi:10.1080/00016340701837744.

Schmid, V. (2007) Der Geburtsschmerz als endokriner Reizfaktor. *Hebamme.ch;* 6/2007.

Stadelmann, I. (2005) Die Hebammensprechstunde. 8. korrigierte Auflage. Wiggensbach (D): Stadelmann Verlag.

Wei, S., Wo, B. L., Qi, H. P., Xu, H., Luo, Z. C., Roy, C. & Fraser, W. D. (2013) Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews;* (2013)8, Cd006794. doi:10.1002/14651858.CD006794.pub4.

World Health Organisation (WHO) (2018) WHO recommendations: Intrapartum care for positive childbirth experience. Genf: World Health Organisation. www.who.int

Risikofaktoren eines Geburtsstillstands und präventive Massnahmen durch die Hebamme

Power

Risikofaktoren	Massnahmen
Synthetisches Oxytocin	Zeit geben, keinen Geburtsstillstand vor einer Muttermundseröffnung von 6 cm diagnostizieren, kein Fortschritt von 1 cm/Stunde erwarten (Oladapo et al., 2018).
Amniotomie	Zeit geben, keinen Geburtsstillstand vor einer Muttermundseröffnung von 6 cm diagnostizieren, kein Fortschritt von 1 cm/Stunde erwarten (Oladapo et al., 2018).

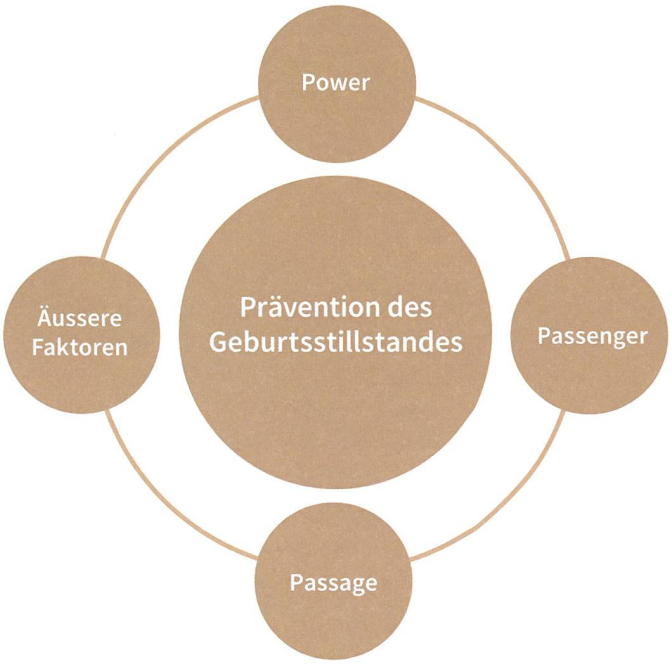
Äussere Faktoren

Risikofaktor
Personalmangel

Massnahmen
Multifaktorielle Analyse des Personalbedarfs für Gewährleistung der 1:1-Betreuung (NICE, 2014; Sandall et al., 2016).

Risikofaktor
Richtlinie und Definitionen

Massnahmen
Anpassung nach neusten Evidenzen (Oladapo et al., 2018; Caughey et al., 2014).



Passenger

Risikofaktor
Kindliche Fehleinstellung

Massnahmen
Nervensystem, muskuloskelettales, endokrines und metabolisches System ganzheitlich erfassen und entsprechende Massnahmen ableiten (Bumm, 1922; Konje & Oladapo, 2000; Stadelmann, 2005; Liao, 2010).

Passage

Risikofaktoren	Massnahmen
Body-Mass-Index >25 kg/m²	Mehr Zeit geben, bevor ein Geburtsstillstand diagnostiziert wird, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft thematisieren und gering halten (Kjaergaard et al., 2010).
Körperliche Aktivität <4 Std/Tag	Regelmässige leichte körperliche Aktivität empfehlen (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015; Kjaergaard et al., 2010).
Migrantenstatus	Mangelernährung verhindern, allenfalls Mikronährstoffe supplementieren, Ernährung im Kindesalter und Adoleszenz thematisieren (Konje & Oladapo, 2000).
Muttermundseröffnung <4 cm bei Eintritt	Zeit geben, keinen Geburtsstillstand vor einer Muttermundseröffnung von 6 cm diagnostizieren (Oladapo et al., 2018).
Derbe Portio / unteres Uterinsegment bei Eintritt	Stützen bei schwachen Bändern, Wärmen bei straffen Bändern (Bumm, 1922; Stadelmann, 2005), Ein-/Ausfuhr beobachten , ggf. hoher Einlauf und Ernährungsberatung (Bumm, 1922).
Periduralanästhesie (PDA) und PDA <5 cm Muttermundseröffnung	Ängste in Schwangerschaft thematisieren, psychosoziale Ressourcen mobilisieren (Leap et al., 2010), kontinuierliche Betreuung (Leap et al., 2010); 1:1-Betreuung (Sandall et al., 2016), Berührung und Massagen (Stadelmann, 2005), Fuss- und Handreflexzonentherapie (Arnon et al., 2019), mentale Unterstützung und Motivation, Gedankenreisen (Arnon et al., 2019).

Eigene Darstellung (2019)

um die Sicherheit von Mutter und Kind gewährleisten zu können (NICE, 2014).

Schlussfolgerung: Prävention umfasst verschiedene Massnahmen

Um den international steigenden Kaiserschnittraten entgegenzuwirken, bedarf es einer korrekten Diagnose des Geburtsstillstands im interdisziplinären Team. Präventive Tätigkeiten können bereits in der Schwangerschaft durch die Hebamme durchgeführt werden, um die Frauen optimal auf die Geburt vorzubereiten. Das muskuloskelettale, endokrine, metabolische und das Nervensystem müssen differenziert betrachtet und allfällige Massnahmen abgeleitet werden, um optimale Bedingungen bereits bei Spitaleintritt zu erreichen. Hebammen sollten einen sensibilisierten Umgang mit der Periduralanästhesie haben und den Frauen bereits antepartal alternative Unterstützungsmöglichkeiten bieten. 1:1- sowie kontinuierliche Betreuungsmodelle stellen ebenfalls einen präventiven Ansatz des Geburtsstillstands dar.

Dieser Artikel beruht auf der Bachelorthesis «Risikofaktoren und Prävention des Geburtsstillstandes: ein Literaturreview» von Olivia Plattner und Tabea Schmid (2019), die sie zum Abschluss des Bachelorstudiums an der Berner Fachhochschule Gesundheit eingereicht haben.

Weiterbildung Geburtshilfe – Karriere vorantreiben – Fachliche Vertiefung

Berner Fachhochschule Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern, bfh.ch/gesundheit

«Nicht ich bestimme, was bedeutsam ist, sondern die Klientin»

Als praktizierende Hebamme begleitet Carole Lüscher-Gysi tagtäglich werdende Eltern während der Schwangerschaft, einer der wohl grössten Veränderungen im Leben. Welch entscheidenden Beitrag Salutogenese zur erfolgreichen Bewältigung dieser Herausforderung leistet, erklärt sie im Interview.

Frau Lüscher-Gysi, Sie gründeten gemeinsam mit Ihrem Team das «Zentrum für Salutogenese rund um die Geburt». Neben der Arbeit als Hebammen bildet Ihr Team auch Studierende und zukünftige Fachpersonen aus. «Salutogenese» – was heisst das genau?

Carole Lüscher-Gysi: Salutogenese leitet sich vom Lateinischen ab und bedeutet soviel wie Gesundheitsentstehung. Salutogenese setzt bei der Frage an: Wie bleibt ein Mensch gesund und welche eigenen Ressourcen bringt jemand bereits mit, um herausfordernde Veränderungen erfolgreich zu meistern?

> «Wenn sich eine Frau über Schwangerschaftsübelkeit beschwert, forciere ich dies nicht, indem ich sofort Ratschläge erteile, sondern lasse sie selbst bestimmen, wie relevant dieses Problem für sie heute, in diesem Moment gerade ist.»
>
> Carole Lüscher-Gysi, Hebamme MSc

Welche Faktoren sind ausschlaggebend, damit ein Mensch gesund bleibt und wie wird durch Salutogenese das Kohärenzgefühl gestärkt?

C.L.: Ein starkes Kohärenzgefühl führt dazu, dass wir Veränderungen weniger als Bedrohung, sondern mehr als positive Herausforderung wahrnehmen und diese so erfolgreich bewältigen. Das Kohärenzgefühl wird gestärkt, wenn eine Situation verstehbar, handhabbar und bedeutsam für uns ist. Diese drei Faktoren fliessen in alle Prozesse der salutogenetischen Arbeit ein, das beginnt bereits in der Art und Weise, wie wir in der Praxis einen Raum gestalten. Werdende Eltern sollen sich vor einem Termin überlegen, wo sie von mir Unterstützung wünschen und was sie beschäftigt. Dadurch übernehmen sie für sich selbst mehr Verantwortung, was wiederum ihr persönliches Kohärenzgefühl stärkt.

Inwiefern unterscheidet sich die salutogenetische Arbeit von der gängigen Hebammenpraxis?

C.L.: Grundsätzlich agieren Hebammen intuitiv sehr ressourcenorientiert. Will eine Hebamme ganz konsequent nach salutogenetischen Prinzipien arbeiten, geht sie aber noch einen Schritt weiter und beachtet diese Prinzipien in all ihren Handlungen. Dadurch wird das Kohärenzgefühl explizit gestärkt und der Mensch aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet. Wenn sich eine Frau über Schwangerschaftsübelkeit beschwert, forciere ich dies nicht, indem ich sofort Ratschläge erteile, sondern lasse sie selbst bestimmen, wie relevant dieses Problem für sie heute, in diesem Moment gerade ist. Dieses Vorgehen erfordert ein Umdenken: Nicht ich bestimme, was bedeutsam ist, sondern die Klientin.

Welche Grundsätze wollen Sie den Hebammen im Fachkurs Salutogenese weitergeben und mit welchen Methoden arbeiten Sie?

C.L.: Der Fachkurs verbindet Theorie und Praxis, indem die Teilnehmenden zu Beginn einen fachlichen Input erhalten und in einer zweiten Phase eigene Beispiele und Erfahrungen von ihrer Arbeit in den Kurs einbringen können. Schön ist, dass das neu erlernte Wissen auf jeden Lebensbereich anwendbar ist und sich deshalb nicht nur auf die Arbeitsweise der Teilnehmenden auswirkt, sondern auch einen Gewinn für ihre persönliche Salutogenese darstellt.

Salutogenese als eine Lebenseinstellung?

C.L.: Ich würde sagen, Salutogenese ist eine Haltung, welche ein Umdenken erfordert. Dieses Umdenken ist nicht ganz einfach, ich empfinde es jedoch als sehr motivierend. Probleme werden besser verstanden und sind dadurch handhabbarer.

Welche Vorteile bringt eine salutogenetische Begleitung für werdende Eltern mit sich und profitiert auch das Kind von dieser ganzheitlichen Betreuung?

C.L.: Für werdende Eltern ist die Schwangerschaft ein enorm vulnerabler Prozess und stellt sowohl auf psychosozialer als auch körperlicher Ebene eine riesige Veränderung dar. Durch eine salutogenetische Begleitung, kann die Veränderung positiv erlebt werden, verbunden mit einer hohen Motivation, diese Herausforderung zu meistern. Diese Haltung der frischgebackenen Eltern fliesst auch in ihren Umgang mit dem Kind ein. Dem Kind wird vermittelt: Du bist wertvoll, du bist bedeutsam und ich möchte dich verstehen.

Freie Plätze im Fachkurs «Salutogenese in Theorie und Praxis für Gesundheitsfachpersonen»
Nächste Durchführung: August bis Dezember 2020
Anmeldung bis: 15. Juli 2020
Dauer: 8 Kurstage
ECTS-Credits: 4

→ Informationen und Anmeldung unter bfh.ch/weiterbildung/geburtshilfe