

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 108 (2010)
Heft: 6

Artikel: Nachgeburtspériode : Zurückhaltung üben
Autor: Hildebrandt, Sven
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949665>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Wenn ein Geburtsfilm gezeigt wird und die Geburt gut und berührend verläuft, geschieht es oft, dass die Zuschauer klatschen und sichtlich erleichtert sind. Dies geschah bei einem Geburtsfilm aus Mexiko. Im Gegensatz zu den Zuschauern blieben die Beteiligten im Film ruhig, gar angespannt. Erst als die Plazenta geboren war, kam Freude und Erleichterung auf.



Diese Situation spiegelt die Wahrheit des Lebens wider, welches erst durch die Geburt der Plazenta das Überleben der Mutter und des Kindes ermöglicht. Erst dann ist die Mutter wirklich frei, das Kind zu ernähren und zu begleiten. Das neue Leben einer Familie kann beginnen.

Wie wichtig ist es deshalb, die physiologischen Abläufe, das biologische Zusammenspiel der Natur zu verstehen und zu respektieren. Die Plazenta ist ein wunderbares Organ, das von Anfang an verantwortlich ist für die Entwicklung des Feten, für die Ergänzung seiner vielen Funktionen, und das ihm eine warme, wässrige, beschützende Umgebung schafft.

Und die Nabelschnur? Sie ist Teil eines Ganzen, Verbindung, Kanal, ein Band, ein Kabel, ein weiches Spielseil, eine Hand vielleicht. Sie ist da, nach der Geburt, gibt der Mutter und dem Kind Zeit sich zu begegnen, zu finden, sich von der Einheit zu lösen und als zwei Leben eine neue Bindung einzugehen. Erst wenn neue Bindungskanäle offen sind, wenn das Kind die Brust gefunden hat, stabilisiert sich die Lage und ein Loslassen der alten Bindung ist möglich. Die Nabelschnur ist auch da um zu erinnern, dass es das Kind ohne Plazenta nicht gäbe, um also achtsam auf die «zweite Geburt» zu warten. Auf die Plazenta, in der wir die Geschichte der Schwangerschaft lesen können.

In dieser Nummer möchten wir nicht nur über die Begleitung der Plazentaphase informieren, unser Wissen auffrischen und vielleicht neue Einsichten vermitteln. Wir möchten auch Ihre Neugierde wecken, der Bedeutung der Plazenta und der Nabelschnur nachzugehen. Es gibt eine Vielzahl von Berichten und spannende Bücher, die sich mit diesem Thema, sei dies medizinisch-biologisch, sei es kulturell und mystisch befassen (Seite 13).

Wussten Sie, dass es ein Rezept für einen Plazenta-Drink gibt? Lassen Sie sich inspirieren!

Zuzka Hofstetter, Hebamme

Nachgeburtspause

Zurückhaltung

Bei einer Geburtshilfe, die von Beziehung geleitet ist und bei der für das Geburtsgeschehen erstmal die Grundannahme gilt, dass es ein funktionierendes System ist, sollte jede Art von Intervention hinterfragt werden.

Das gilt auch für die Nachgeburtspause, die immer noch zu wenig als Teil der Geburt wahrgenommen wird. Das Abwarten und Beobachten sollte gerade hier wieder mehr Raum erhalten.

Dr. Sven Hildebrandt

Verantwortungsvolle Geburtshilfe ist dem Ziel verpflichtet, dem Kind und seinen Eltern eine gesunde Geburt zu ermöglichen. Der Begriff «gesund» mag auf den ersten Blick ungewohnt und verwaschen klingen, haben wir doch das Adjektiv «sicher» als Qualitätsanspruch unseres professionellen Wirkens reserviert. Die Wortwahl wurde sehr bewusst getroffen, denn eine gesunde Geburt ist mehr als eine «sichere» Geburt. Ein gesundes Gebären und Geborenwerden schliesst natürlich ein, dass bestimmte messbare Kriterien wie beispielsweise der im «fetal outcome» umschriebene klinische Zustand des Neugeborenen erfüllt sind. Eine gesunde Geburt bedeutet aber auch, dass das Kind und seine Eltern das Gebären und Geborenwerden als positiven Moment ihrer Biographie erleben und in ihre weitere psychosoziale Entwicklung integrieren können.



Dr. med. Sven Hildebrandt, Frauenarzt in Dresden, Mitbegründer des Geburtshauses «Hebammenpraxis Bühlau» in Dresden (240 Geburten jährlich), Gründer und Präsident der Dresdener Akademie für individuelle Geburtsbegleitung.
info@dr-sven-hildebrandt.de

Grundannahmen

Unabhängig davon dürften sich jedoch alle Professionellen, die Gebärende begleiten, in dem Ziel, eine gesunde oder sichere Geburtshilfe durchzuführen zu wollen, einig sein. Dennoch sind bei der praktischen Umsetzung dieses Anliegens erhebliche Unterschiede in der Anschauung zu zahlreichen geburtshilflich relevanten Fragen eine traurige Realität. Allein die Rolle des Kaiserschnittes mit seiner medizinischen und individualpsychologischen Dimension, aber auch mit seinen forensischen und leid- oder monetären Bezügen bildet Stoff

für leidenschaftliche und teilweise heftige Diskussionen, die zunehmend polarisierend, unsachlich und unkollegial geführt werden.

Wir werden diese Debatten nur dann verstehen und konstruktiv nutzen können, wenn wir begreifen und respektieren, dass sich gegenwärtig eine Neuorientierung geburtshilflicher Grundparadigmen vollzieht. Das von der modernen Geburtsmedizin verkörperte Paradigma der medizingeleiteten Geburtshilfe geht von einem natürlichen Geburtsrisiko des Menschen aus, das durch medizinische Massnahmen sowohl präventiv als auch therapeutisch minimiert werden kann. Geburt wird also – stark überhöht formuliert – als «potenziell nicht funktionierend» angesehen, was den auf Heilung ausgerichteten Denk- und Handlungsansatz begründet.

Genau in diesem Punkt liegt die Diskrepanz zum Paradigma der beziehungsgeleiteten Geburtshilfe, das die Geburt stets als «potenziell funktionierend» betrachtet. Die Grundannahme dieser Sicht auf die Geburt besteht darin, dass eine Störung der psychosozialen Beziehungs- und Bindungswelt von Mutter, Kind und Vater, zu der auch Hebammen, Ärztinnen und die Einstellung der gesamten Gesellschaft zu Geburt und Elternschaft gehören, eine Blockade der prinzipiell auf Erfolg und Gesundheit ausgerichteten Schwangerschafts- und Geburtsprozesse bewirkt.

Die Richtigkeit dieser Grundannahme zu begründen erfordert einerseits eine subtile wissenschaftliche Untersuchung der Zusammenhänge zwischen dem «psychoso-

üben

zialen Milieu» der Geburt und ihrem Gelingen, andererseits aber auch eine kritische Auseinandersetzung mit Handlungs routinen der Geburtsmedizin hinsichtlich einer möglichen Risikodisposition. Wenn das Paradigma der beziehungsgeleiteten Geburtshilfe stimmen sollte, dann dürften Eingriffe in den naturgegebenen Geburtsverlauf die Geburt nicht sicherer, sondern – im Gegen teil – sogar riskanter machen.

Realität in vielen Kreissälen

Die Nachgeburtspause eignet sich für diese Betrachtung besonders gut, weil sie der Geburtsabschnitt mit der grössten Interventionsdichte ist. Die nachfolgende Beschreibung einer Plazentarperiode spiegelt die Realität in vielen Kreissälen wider. Sie darf nicht als polarisierend verstanden werden, denn sie könnte sich in einer sehr fortschrittlichen, warmherzigen und «gebärfreundlichen» Klinik oder mit Abstrichen sogar in einem Geburts haus oder bei einer Hausgeburt abspielen. Es lohnt sich, bei der Lektüre der nachfolgenden Zeilen gedanklich die Interventionsmomente zu markieren, weil wir uns manchmal der Tatsache gar nicht mehr bewusst sind, dass wir eingreifen:

Das Kind ist soeben in der Wanne geboren und ruht unabgenabelt und in gutem Zustand auf dem Bauch der Mutter. Da die Plazenta nicht spontan nach folgt, beschliesst die Hebamme, die Frau und das Kind aus der Wanne «herauszu nehmen». Da die Nabelschnur nicht mehr pulsiert, will sie das Kind zuvor abnabeln. Sie fragt den Vater, ob er dies übernehmen möchte, was er stolz und etwas angestrengt tut. Sie lagert die Frau im Gebärbett und legt ihr das Kind erneut auf die Brust. Mit dem Credéschen Handgriff und einem sanften Zug an der Nabelschnur prüft sie, ob sich die Plazenta gelöst hat. Dies ist offenbar nicht der Fall. Erst jetzt nimmt sie die in der Klinikleit linie vorgeschriebene Atonieprophylaxe mit 3 IE Oxytocin i.V. vor – sie hatte gehofft, dass sich diese durch eine rasche Plazentalösung erübrigen könnte (was natürlich keinesfalls im Sinne der Leitlinie gewesen wäre). Die Hebamme prüft Kreislauf, Blutung und Blasenfüllung, fin-

Fotos: Judith Fahrer



Zu oft werden Interventionen wie das Abnabeln – hier bei einem echten Nabelschnurknoten – nicht mehr als solche wahrgenommen.

Regeln zur Begleitung der Nachgeburtspause

1. Sorgen Sie für eine baldige Beruhigung der allgemeinen Turbulenzen im Geburtsraum, die durch die jubelnde Freude über die Geburt des Kindes und durch die Entlastung von Schmerzen und Ängsten menschlich und normal sind. Alle Beteiligten sollten sich nun der letzten Phase der Geburt mit Ruhe und Achtsamkeit zuwenden.
 2. Sorgen Sie für eine komfortable Gebärhaltung der Frau, die ihr erlaubt, Ruhe und Entspannung für die Nachgeburt zu finden und sich auf diese Geburtsarbeit zu konzentrieren. Das Kind ruht dabei unabgelenkt an ihrer nackten Brust.
 3. Kontrollieren Sie den Fundusstand und die Uteruskontraktion mit «leichter Hand». Keinesfalls darf das Myometrium durch diese Berührung stimuliert werden! Die Hand liegt fühlend und absolut passiv oberhalb des Fundus auf dem Bauch der Frau (Dubliner Methode). Jeder Druck und jedes Massieren ist dabei unbedingt zu vermeiden. Der Fundus steht nach der Geburt des Kindes am Nabel, der Uterus hat bis zur Plazentalösung eine symmetrische, breite Form. Diese verändert sich mit dem Ablösungsprozess kontinuierlich: Der Uterus nimmt eine schmale, durch das asymmetrische Wehenzentrum zur rechten Seite gekantete Gestalt an, wodurch der Fundus «steigt».
 4. Beurteilen Sie die Blasenfüllung mit der gleichen Behutsamkeit. Nach der Geburt des Kindes füllt sich die Harnblase durch die Druckentlastung meist sehr rasch, wodurch die Uteruskontraktion empfindlich gestört werden kann. Eine übervolle Blase muss unbedingt vermieden werden! Wenn die Frau kräftemässig zur Toilette gehen kann, ist dies möglich, sonst Bettpfanne. Kathederisieren nur bei Harnverhalt.
 5. Wenn die Plazenta nicht prompt geboren wird, lagern wir die Gebärende so, dass sie einerseits bequem liegt, wir jedoch andererseits jede Blutung sofort bemerken würden. Wir decken sie warm zu, legen ihr eine Wärmflasche oder ein warmes Kirschkernsäckchen an die Füsse und geben ihr eine Tasse warmen Kaffee, gewürzten Tee oder ruhig auch ein Gläschen Sekt zu trinken. Dies ist ein guter Moment für das erste Stillen.
 6. Wir warten nun ruhig neben der Frau sitzend ab und vermeiden jede Unruhe im
- Geburtsraum. Von grösster Bedeutung ist es jetzt, die Gebärende erneut in Kontakt mit ihrem Uterus zu bringen. Dies kann rein emotional oder durch ein dankbares Auflegen ihrer Hand auf die Gebärmutter erfolgen. Diese Berührung darf jedoch nur energetischen, keinesfalls taktilen Charakter haben. Seitens der Hebammme oder des Geburshelfers ist jede Manipulation am Uterus verboten.
7. Unsere einzige Aktivität besteht im Beobachten der Frau: Wir fühlen ihren Puls, betrachten ihr Gesicht, ihre Mimik, ihre Präsenz sowie die Farbe der Haut und der Lippen. Ab und an – etwa alle fünf bis zehn Minuten – schauen wir unter die Decke, kontrollieren die Blutung und beurteilen sanft und «mit leichter Hand» Blasenfüllung sowie Uterusform und -kontraktion nach den genannten Regeln. Auch das Befragen der Frau nach ihrem Gefühl für den Fortschritt der Plazentalagegeburt ist hilfreich.
 8. Solange keine Anzeichen einer Blutung vorliegen, die Gebärmutter gut kontrahiert ist, der Kreislauf stabil bleibt und die Frau auch sonst einen guten Eindruck macht, sollten vorerst keinerlei therapeutische Massnahmen erfolgen. Unsere Aufgabe besteht im Warten, Beobachten, Zuwenden und Motivieren. Es wäre falsch, die Wartezeit mit anderen Aktivitäten wie Dokumentation oder Aufräumen «zu nutzen» und die Frau beziehungsweise die Familie allein zu lassen. Erlaubt und erwünscht sind ein Lagerungswechsel (die Gebärhaltung könnte in Abhängigkeit von der Plazentalokalisation entscheidenden Einfluss auf die Plazentalösung haben!), gemeinsame Beschäftigung mit dem Kind, erneutes Stillen und die Suche nach seelischen Blockaden für die Nachgeburt.
 9. Einige Indikationen für einen therapeutischen Eingriff sind:
 - energetisch «leere» Frau (kraftlos, willensschwach, wehenschwach, blass, emotionslos, farb- und freudlos, kreislauflabil) → Homöopathie, Akupunktur, Reflexfuzzonenmassage, Essen/Trinken (Cola), gegebenenfalls Infusion (fünfprozentige Glucose)
 - «Nachwehensturm» ohne Geburt der Plazenta → siehe Therapie der Plazentaretention
 - unzureichende oder nachlassende Uteruskontraktion, pathologische Blu-

tung, Kreislaufdestabilisation → siehe Therapie der Atonie

– Plazentaretention (frühestens zwei Stunden nach Geburt des Kindes) → siehe oben.

10. Wir kontrollieren die Zeichen der erfolgreichen Plazentalösung etwa alle 30 Minuten:

Gestaltwandel des kontrahierten Uterus:

Der breite, symmetrisch bis zum Nabel reichende Uterus «verkannt» sich, wird deutlich schmäler und neigt sich etwas zur rechten Seite (Lösungszeichen nach Schröder).

– **«Vorrücken»** eines locker (nicht abbindend!) an der Grenze der Vulva um die Nabelschnur fixierten Bandes (beispielsweise Heftpflaster) um etwa zehn Zentimeter (modifiziert nach Ahlfeld) – bei Verschwinden des Bandes in der Vulva: Hochsteigen des Uterus!

– Ein erneuter **Mastdarmdruck** mit nochmaligem Pressdrang zeigt an, dass die Plazenta gelöst in der Scheide liegt. Während sie bisher durch klassische Wehen aus der Gebärmutter herausgepresst wurde, erfolgt die weitere Bewegung nun durch Bauchpresse. Auch ein Zug an der Nabelschnur ist jetzt erlaubt.

Die anderen klassischen Plazentalösungszeichen (Küstner: suprasymphysäres Eindrücken der Bauchdecke führt bei der noch nicht gelösten Plazenta zum Zurückziehen der Nabelschnur; Strassmann: Fortleitung rhythmischer Klopfbewegungen auf den Fundus bis zur Nabelschnur; Klein: beim Pressen oder Husten weicht die Nabelschnur bei der gelösten Plazenta nicht wieder zurück) lassen sich nicht mit unserer Forderung vereinbaren, jede Manipulation am Uterus zu vermeiden. Der Zug an der Nabelschnur und der Credésche Handgriff (Umfassen des Fundus mit der Hand in Führungslinie und Herauspresen der Plazenta) darf in dieser Phase der Plazentaperiode nur dann angewendet werden, wenn der Uterus gut kontrahiert, die Blase leer und man sich der vollständigen Lösung der Plazenta absolut sicher ist.

Empfehlungen zur Begleitung der Nachgeburtspause zusammenfassend modifiziert aus: Hildebrandt/Göbel: Geburshilfliche Notfälle – vermeiden erkennen behandeln, Hippokrates-Verlag Stuttgart, 2007.



Die Plazenta ist ein höchst bedeutsames Organ des Kindes – Lebensquell und Liebesobjekt

det alles im grünen Bereich und deckt die Frau warm zu. Ein erster Stillversuch gelingt nicht, deshalb beschliesst die Hebamme, das Kind schon mal zu wiegen und zu messen, was zu einem Event wird, denn das Kind wiegt 4450 Gramm – wer hätte das bei diesem Bauch gedacht! Die Mutter der Gebärenden trifft ein und nimmt ihre Tochter und das Enkelkind liebevoll und erleichtert in die Arme. Der stolze Vater öffnet eine Flasche Sekt, alle stoßen freudig an. Die Hebamme kontrolliert erneut die Plazentalösung und beschliesst, ein paar Nadeln zu setzen. Dann lässt sie die Familie allein und schreibt schon mal ein paar Papiere. Auch eine erneute Kontrolle – 40 Minuten nach der Geburt – ergibt keinen Anhalt für eine Lösung. Trotz Anmassieren des Uterus und Entleeren der Blase tut sich nichts. Die Hebamme steckt in dem Dilemma, dass sie schon seit zehn Minuten den Arzt hätte holen müssen. Zum Glück hat die nette Assistentärztin Dienst, die das alles nicht so eng sieht. Auch die Ärztin versucht, durch Credéschen Handgriff und Nabelschnurzug die Plazenta zu lösen. Dabei reisst die Nabelschnur ab, und es beginnt zu bluten. Die Ärztin lässt einen venösen Zugang legen, spritzt noch einmal 10 IE Oxytocin i.V. und lässt dann Ringerlösung mit nochmals 10 IE Oxytocin rasch infundieren. Die Blutung kommt nicht zum Stehen, die Uteruskontraktion ist instabil. Deshalb entschliesst sich die Ärztin zur manuellen Plazentalösung, ruft den Anästhesisten, gibt das Kind

dem Vater und schickt diesen mit seiner Schwiegermutter vor die Tür...

Das war keinesfalls eine «brachiale Krankenhausgeschichte», sondern eine Darstellung, wo auf den ersten Blick eigentlich keine grösseren Fehler gemacht wurden. Und trotzdem endet die Geburt für die Frau mit einer Narkose und einer unguten Erfahrung – und für das Kind mit bangen Minuten des Kontaktabbruchs zur Mutter. Das eigentliche Problem besteht in der Tatsache, dass wir diese Geburtsgeschichte eher der Kategorie «primär interventionsarm mit anschliessendem Komplikationsmanagement» zuordnen könnten und dass uns oft das Ausmass und die Bedeutung unserer Eingriffe in den naturgegebenen Geburtsverlauf nicht mehr bewusst sind. Dabei gibt es in der Schilderung eine ganze Reihe von Interventionen, die den pathologischen Ausgang der Geburt begründen:

Wassergeburt: Bitte ganz ruhig bleiben: Natürlich ist die Wassergeburt eine völlig akzeptable und von mir geschätzte Variante des Geburtserlebens, auch wenn sie mir nicht unbedingt primatentypisch erscheint. Die Kritik richtet sich also nicht gegen die Wassergeburt selbst, sondern gegen die Tatsache, dass einige Hebammen Wassergeburten ohne fundierte Kenntnisse der besonderen geburtsphysiologischen Anforderungen an die Geburt im Medium Wasser begleiten. Mit grossem Erschrecken lassen wir uns immer wieder Geburten schildern, bei denen der Hebamme offensicht-

lich dieses Spezialwissen fehlt. Gerade eine falsche Wassertemperatur – sie sollte unter 35° C betragen – stellt eine eindeutige Disposition zu Plazentalösungsstörungen und Atonien dar. Eine Orientierung am eigenen Komfortverständnis beim abendlichen Entspannungsbad ist schlichtweg gefährlich! Alle Hebammen – und natürlich ebenso die Ärzte – mit Ambitionen zur Wassergeburt sind aufgerufen, in Weiterbildungen und mit der vorliegenden Fachliteratur eine hier dringend notwendige Kompetenz zu erlangen.

Abnabeln: Richtig ist, dass uns das sistieren der Nabelschnurpulsationen beim stabilen Kind die erfolgreiche Kreislaufumstellung anzeigt. Das Kind braucht also die Sauerstoff- und Volumenressource Plazenta nicht mehr. Das bedeutet aber keinesfalls, dass umgekehrt die Plazenta nicht mehr das Kind braucht. Im Gegenteil: Unsere Beobachtungen am unabgenabelten Kind geben allen Anlass zu der Annahme, dass das Kind über subtile Signalmechanismen aktiv an der Plazentalösung mitwirkt. Unsere Abnabelungskultur – und zwar egal ob «früh» oder «spät», ob «kurz» oder «lang» – ist der beste Beweis für die These, dass wir unsere Interventionen gar nicht mehr als solche wahrnehmen. Der Einfluss dieser Praxis auf die Disposition zu Plazentalösungsstörungen und Atonien wurde an anderer Stelle ausführlich diskutiert.

Und es bedarf einer tief greifenden Debatte, ob die dem Vater oft durch uns zu-

gewiesene Rolle als «Entbinder» des Kindes von seiner Plazenta aus der Sicht der prä- und perinatalen Psychologie richtig ist.

Credéscher Handgriff und Nabelschnurzug, Kontrolle der Blasenfüllung: Jeder taktile Reiz des Myometriums führt zu einer reflektorischen Kontraktion an der berührten Stelle. Während die normale Lösungs- und Geburtswehe der Plazenta eine harmonisch vom Wehenzentrum über den Gebärmutterkörper peristaltikartig verlaufende Kontraktion ist, die eine gleichmässige und harmonische Plazentalösung sicherstellen soll, führen solche isolierten Muskelpasmen zu einer destruktiven Kontraktion des Myometriums, die zur ungeordneten Lösung und zur Atonie führen können. Dies gilt für jede taktil wirksame Manipulation am Uterus – also auch für die Überprüfung einiger der klassischen Plazentalösungszeichen, ebenso für eine unsachgemässen Kontrolle der Blasenfüllung und im Umkehrschluss auch für den Nabelschnurzug. Die Prüfung des Uterustonus, der Plazentalösung und die Kontrolle der Blasenfüllung müssen stets äusserst behutsam und «mit leichter Hand» erfolgen, ohne eine Reaktion des Myometriums zu provozieren.

Oxytocingabe: Die Rolle des Oxytocins im Rahmen des Notfallmanagements der Atonie ist unstrittig. Doch für die These, die prophylaktische Gabe von Oxytocin schütze vor der Atonie, gibt es keinen wissenschaftlichen Beweis. Sämtliche Studien zur «aktiven Leitung der Plazentarperiode», deren Ergebnisse höchst widersprüchlich sind, wurden am abgenabelten Kind durchgeführt und haben deshalb einen schwerwiegenden methodischen Fehler. Mit dem Oxytocin greifen wir in die subtilen endokrinen Mechanismen der Plazentalösung ein, die wir noch gar nicht vollständig durchschaut haben.

Aktionismus im Geburtsraum: Das Stillen ist für die Plazentalösung absolut förderlich und wertvoll. Alle anderen Aktivitäten, die die Gebärende von der innigen Geburtsarbeit der Nachgeburtspause ablenken, sind dagegen hinderlich und zu vermeiden. Natürlich sind die Turbulenz und die helle Freude über die Geburt des Kindes völlig menschlich und normal, und auch gegen den Sekt – obwohl in unserem Beispiel verfrüht – gibt es nichts zu sagen. Aber recht bald muss allen Beteiligten klar werden, dass ja ein Teil des Kindes noch im Mutterleib steckt und noch geboren werden will. Diese Überzeugung zu vermitteln, ist zunächst erstmal ein pädagogischer Akt, den wir in die Kindergärten und Schulen, in Teenagersprechstunden, Mädchen- und Frauenbildungscentren, in die Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung bringen müssen. Und zuallererst müssen

wir es selbst verinnerlichen: Die Plazenta ist nicht eine Appendix des Kindes, die lästigerweise auch noch raus muss und uns so oft den verdienten Feierabend vermasselt. Die Plazenta ist eines der wichtigsten kindlichen Organe, dessen Geburt die gleiche Achtsamkeit, Sorgfalt und Zuwendung erfordert wie die Geburt des Köpfchens oder der Schulter. Ich behaupte, dass es hier erhebliche Defizite gibt – wie es beispielsweise die von den Neonatologen zur Rechtfertigung ihres Abnabelungstriebes verwendete Bezeichnung «feto-plazentares Übertransfusionssyndrom» vermuten lässt.

Insofern ist es falsch, die Zeit der Plazentarperiode zum Messen, Wiegen, Dokumentieren und Aufräumen zu nutzen, zumal das Kind obligatorisch in direktem Körperkontakt mit seiner Mutter zu bleiben hat. Die Hebamme gehört mit ihrem ganzen Hebammenherz an die Seite der Mutter, die sie als Begleiterin und emotionale Stütze jetzt ebenso dringend braucht wie in den Geburtsphasen zuvor. Und auch die anderen Gäste der Geburt, wie Mütter, Schwiegermütter oder Geschwisterkinder, müssen vor der Geburt der Plazenta nach den gleichen Kriterien ein- oder ausgeladen werden wie vor der Geburt der vorangegangenen Körperteile des Kindes.

Akupunktur, Homöopathie, Fussreflexzonenmassage: Auch hier will ich nicht falsch verstanden werden: Diese Heilmethoden sind wertvoll und unentbehrlich für die Behandlung von Plazentalösungsstörungen. Aber diese liegt jetzt – 40 Minuten nach Geburt des Kindes – definitiv nicht vor! Ich rate zu einer sehr konsequenten Denk- und Handlungsweise: Einen «fliessenden Übergang» im Sinne von «die Plazenta ist ein bisschen zu spät gelöst» halte ich für falsch und destruktiv. Solange wir von einem «regelrechten Verlauf der Plazentarperiode» sprechen, ist jede Intervention zu hinterfragen. Wir können nicht einerseits den Rang dieser Therapieverfahren in unserem Behandlungsspektrum verteidigen und andererseits so tun, als seien die Akupunkturndl bedeutungslos. Ein therapeutischer Eingriff jeglicher Art ist erst bei Vorliegen einer Regelwidrigkeit erlaubt.

Dauer der Plazentarperiode

Auch die Frage, ab wann eine Regelwidrigkeit der Plazentalösung vorliegt, wird höchst kontrovers diskutiert und gehabt. Es gibt Kliniken, die tatsächlich bereits 30 Minuten nach der Geburt des Kindes von einer Plazentarentention sprechen, was weder altem geburtshilflichem Wissen entspricht noch wissenschaftlicher Evidenz standhält. Ich halte es grundsätzlich für falsch, vor Ablauf der zweiten postnatalen

Stunde irgendwelche Aktivitäten zu ergreifen, weil diese aus den genannten Gründen eher destruktiv als konstruktiv sind. Das gilt ausdrücklich auch für die ausserklinische Situation. Eine Verlegung innerhalb dieses Zeitraumes in die Klinik stellt eine Disposition zur Atonie dar.

Und auch nach dem Zeitraum von zwei Stunden sollten wir das Ausbleiben der Plazentageburt zunächst nicht als ein morphopathologisches Phänomen («festgewachsene Plazenta»), sondern als geburtsdynamisches Problem betrachten. Wie bei der Übertragung – ich spreche nicht von der so genannten Terminüberschreitung, sondern von der Blockade des Geburtsbeginns bei ausgeschöpften plazentaren Ressourcen – und später beim Geburtsstillstand sollten wir auch hier nach Gründen suchen, die das bioenergetische System der Geburt stören. Dies können Motivations- oder Konditionsprobleme, aber auch Belastungen im Geburtsraum (in unserem Beispiel eventuell die Anwesenheit der Mutter der Gebären) oder Ambivalenzen zur Plazentageburt sein. Der letzte Punkt begründet erneut die Forderung, pädagogisch auf die Kinder, Mädchen, Frauen und Schwangeren, genauso aber auch auf die Jungen und Männer, die Hebammen und ÄrztInnen einzuwirken: Die Plazenta ist ein höchst bedeutendes Organ des Kindes, Lebensquell und Liebesobjekt – und nicht ein abstoßender Blutklumpen, den wir im Sondermüll entsorgen.

Erst wenn wir derartige Blockaden ausgeschlossen haben, sollten wir die in den jeweiligen Leitlinien empfohlenen Massnahmen ergreifen – und natürlich im Falle einer Atonie. Aber ich darf versichern: Wenn alle genannten Forderungen eingehalten werden, ist eine Blutung unwahrscheinlich. Gleicher gilt für die Überlegungen zur Infektion oder zu «Vergiftungsscheinungen», zu denen es nicht kommt, selbst wenn die Plazenta noch Tage liegen würde (Stoeckel 1941). Selbst wenn Einzelfälle berichtet wurden, bei denen selbst bei monatelangem Abwarten kein infektiöser Verlauf eingetreten ist, gilt als Handlungsgrenze aber ein Zeitraum von vier Stunden.

An unserem Beispiel sehen wir die Folgen des unangemessenen Zeitdrucks. Erst durch die forcierten Manipulationen der Ärztin wurde das bis dahin noch lösbar Problem zur Pathologie mit Folgen für Mutter und Kind – und übrigens auch für manchen Vater, der Zeuge einer manuellen Plazentalösung werden muss –, die wir nicht als banal herunterspielen dürfen. ▶

Dieser Artikel erschien erstmals in der Deutschen Hebammen Zeitschrift 12/2008, Seite 22–25. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Redaktion der DHZ.