

 Suchen!

- [Startseite](#)
- [Mitgliederbereich](#)
 - [Aktuell](#)
 - [Verband](#)
 - [Beruf Hebamme](#)
 - [Fortbildung](#)
 - [Mitgliederbereich](#)
 - [Familie](#)
 - [Services](#)
 - [Hebammenforum](#)
 - [Aktuelle Ausgabe](#)
 - [Archiv](#)
 - [Leserin werden](#)
 - [Online-Stellenmarkt](#)
 - [Wissenschaft](#)
 - [Literaturangaben](#)
 - [Impressum](#)
 - [AGB](#)
 - [Media-Daten](#)
 - [Materialien zum Herunterladen](#)
- [Shop](#)
- [Kontakt](#)
- [Presse](#)
- [Impressum](#)
- [Hebammenkongress](#)

Sie sind angemeldet!

[Abmelden](#)



[Startseite](#) > [Hebammenforum](#) > [Archiv](#)

Mai 2013 Die zehn Phasen der Geburt

Die normale Geburt als etwas Besonderes – oder: Die besondere Geburt als etwas Normales?

Sven Hildebrandt Gern habe ich die Aufgabe übernommen, das Themenheft über die »normale Geburt« mit einem Beitrag einzuleiten. Aber schon bei den ersten Zeilen wurde mir bewusst, dass der Titel dieses Heftes einen für unsere Geburtshilfe typischen Denkfehler enthält: Wir meinen, die Geburt beschreiben zu können, als ginge es um einen immer wiederkehrenden Prozess. Ich kann den Verlauf eines »normalen Abendessens« in unserer Küche darstellen – oder die »normalen Turbulenzen« bei den Dienstbesprechungen in unserer Praxis. Es gibt den »normalen« Frühling und den »normalen« Stau im Berufsverkehr. Aber eine »normale Geburt« gibt es nicht. Denn jede Geburt ist ein weltgeschichtlich einmaliges Ereignis.

Dieses Kind ist noch nie in der Geschichte der Menschheit geboren worden und wird auch künftig – zumindest in jener Körperlichkeit – nie wieder geboren werden. Wie soll ich das »Normale« dieser einen, besonderen Geburt beschreiben? Wäre es nicht besser, in der Besonderheit und Einmaligkeit jeder einzelnen Geburt die Normalität zu sehen?

Unser Drang, höchst individuelle Prozesse in Normen pressen zu wollen beeinflusst heute viele unserer geburtshilflichen Entscheidungen. Ganz offensichtlich wird dies beispielsweise mit unserem Umgang mit der Plazentarperiode. Auf die Frage nach der normalen Dauer dieser Geburtsphase antworte ich stets: »Sie dauert normalerweise bis zur Geburt der Plazenta!« – und löse damit regelmäßig große Heiterkeit aus. Dabei liegt genau darin unser Problem: Wir wollen einen von vielen Einzelfaktoren abhängigen biologischen Prozess in ein Zeitfenster pressen und leiten davon die Notwendigkeit geburtshilflicher Interventionen ab. Ähnlich gehen wir beim Problem der Übertragung oder bei der Dauer der so genannten Austreibungsperiode vor.

Eine solche Vorgehensweise widerspricht jedoch eindeutig den wissenschaftlich begründeten Prinzipien einer verantwortungsvollen Geburtshilfe. Danach sollte jede unserer Entscheidungen das Ergebnis eines auf die individuellen Bedingungen dieser einen Geburt bezogenen Abwägungsprozesses sein. Das bedeutet im Falle einer ungewöhnlich langen Plazentarperiode: Wir müssen die potenziellen Risiken des Abwartens mit den potenziellen Risiken des Eingreifens abwägen. Und diese individuelle Entscheidung nimmt uns weder eine Leitlinie, noch die Anordnung eines Chefarztes ab. Auch dürfen Faktoren, die nicht mit dem biologischen System der Geburt zusammenhängen – wie zum Beispiel unser Bedürfnis, endlich den Geburtsraum freizubekommen – diese Abwägung nicht beeinflussen.

Bei aller Individualität jeder einzelnen Geburt lassen sich dennoch regelmäßig nachweisbare Merkmale finden, aus denen sich ein typischer Geburtsverlauf ableiten lässt. In den meisten Lehrbüchern wird von drei Geburtsstadien gesprochen: Eröffnungsperiode, Austreibungsperiode und Nachgeburtsperiode. Diese Einteilung erlaubt zwar einen gewissen Überblick über den Verlauf einer typischen Geburt, stellt aber für eine auf den individuellen Einzelfall ausgerichtete Betreuung ein viel zu grobes Raster dar. Sie suggeriert scharfe Übergänge vom Geburtsbeginn bis zum Ende, die es in der Natur nicht gibt. Bis auf den Blasensprung, die Geburt des kindlichen Körpers und die Geburt der Plazenta gibt es keine eindeutig definierbaren Zeitmarker, die eine konkrete Phaseneinteilung erlauben. Selbst die vollständige Eröffnung des Muttermundes kann in seltenen Fällen nur

vorübergehend sein, alle anderen Vorgänge sind noch stärker variabel. Besonders problematisch ist die herkömmliche Definition des Geburtsbeginns, die eine Vorstellung vermittelt, als würde aus heiterem Himmel einfach ein Schalter umgelegt. Dabei sind die Umstellungsvorgänge, die das bisher rigide Halteorgan Zervix zu einer elastischen Pforte reifen lassen und die die bisher eher diffusen Uteruskontraktionen zu effektiven, gerichteten Kraftwirkungen umwandeln, hoch komplexe, über mehrere Tage ablaufende Prozesse. Deren Kenntnis und Beachtung könnte uns den Umgang mit dem Phänomen der Übertragung maßgeblich erleichtern.

Vorgeburtsperiode, Reifungsperiode

Am Ende der individuellen Schwangerschaftsdauer wird durch ein Signal, das wir noch nicht vollständig ergründet haben, der Umstellungsprozess eingeleitet, der den Uterus aus dem Halte- und Schutzorgan in ein komplexes Geburtsorgan umwandelt.

Hierbei spielt der so genannte feto-maternale Grenzbereich eine zentrale Regulationsfunktion. Dieses periplazentare Gebiet, das neben der Plazenta das mütterliche Endometrium (Dezidua) und die Eihäute umfasst, scheint die Schaltstelle zu sein, die einerseits während der Schwangerschaft den Uterus ruhigstellt, andererseits zu Beginn der Geburt die Umstellungsvorgänge antriggert.

Man muss sich das stark vereinfacht so vorstellen, dass in diesem Grenzbereich die endokrinen Zentren Hypothalamus/Hypophyse/Nebennierenrinde von Mutter und Kind miteinander kommunizieren und während der Schwangerschaft einen homöostatischen Gleichgewichtszustand aufrechterhalten. Hierbei spielt die Dominanz der Gestagene eine Schlüsselrolle, die den Uterus ruhigstellen und die Zervixreifung blockieren.

Diese Dominanz wird in der fortschreitenden Schwangerschaft durch eine vermehrte Östrogensynthese in der Plazenta relativiert, wodurch das uterine System in eine Art Grundbereitschaft versetzt wird. Könnte das kontinuierlich von Mutter und Kind bereitgestellte Glückshormon Oxytozin bis dahin keinerlei Wirkung am Myometrium entfalten, kommt es jetzt zu einer verstärkten – wenn auch wirkungslosen – Kontraktionsbereitschaft. Die Dynamik dieses Aktivierungsprozesses wird ganz wesentlich vom Zustand der kindlichen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) bestimmt, die wiederum durch die physiologischen Wachstumsvorgänge, aber auch durch kindlichen Stress beeinflusst werden können.

Unmittelbar vor der Geburt wird im feto-maternalen Grenzbereich ein Neuropeptid produziert: das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH). Auslöser dieser Synthese ist das Stresshormon Kortisol, das über komplizierte Rückkopplungsmechanismen die CRH-Bildung antriggert. Das CRH setzt nun eine Art Teufelskreis in Gang: Es greift in die Prostaglandinsynthese ein, was zur Auflockerung der bis dahin rigiden Zervix führt. Es stimuliert die Stickstoff-Monoxid-Produktion im Myometrium, wodurch die Oxytozin-Rezeptoren quasi scharf gemacht werden und damit die Voraussetzung für die im Vergleich zur Schwangerschaft drastisch veränderte Qualität der Uteruskontraktionen geschaffen wird. Letztlich verändert das CRH über inflammatorische, das heißt entzündungsähnliche Mechanismen die Stabilität der Eihäute und erleichtert den Blasensprung.

Da die vom CRH stimulierte Prostaglandinsynthese ihrerseits eine positive Rückkopplung auf das CRH hat, kommt es am Geburtsbeginn zu einer exponentiellen CRH-Zunahme und zum Überschreiten eines kritischen Punktes: Die Geburt setzt ein.

Die komplexen Reifungsvorgänge der Vorgeburtsperiode laufen nahezu symptomlos ab und sind daher – leider – kaum objektivierbar. Das einzige klinische Zeichen einer unmittelbar bevorstehenden Geburt ist der Abgang des blutig-schleimigen Zervix-Pfropfes. Manch Schwangere beschreibt eine Art Geburts-Aura. Sie spüren, dass es sich »irgendwie anders« anfühlt, oder dass sie ihr Verhalten verändern. Das sind aber stark subjektive Angaben, die in der geburtshilflichen Praxis nur begrenzt genutzt werden können. Auch die Beurteilung der Zervixreife über den so genannten Bishop-Score kann nur vage eine Voraussage treffen, ob der Geburtsbeginn unmittelbar bevorsteht. Nur die Messung des CRH dürfte zumindest theoretisch den Beginn der Vorgeburtsperiode anzeigen – dieses Verfahren ist aber teuer und im Prinzip nicht etabliert.

Damit bleibt der Beginn einer Geburt weitgehend ein Mysterium. Wichtig aber ist die Kenntnis der physiologischen und vor allem der pathologischen Triggersignale, weil sie unser Verständnis der Auslösung insbesondere zu früher Geburten verbessern.

Physiologische Trigger können sein:

- Erreichen der kindlichen Reife (Veränderung der kindlichen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse),
- Zunahme des kindlichen Kortisolspiegels – zum Beispiel durch Stress infolge der stark eingeschränkten Beweglichkeit des Kindes (Stimulation der CRH-Produktion).

Pathologische Trigger – und damit Ursachen der Frühgeburtlichkeit – können sein:

- Nachlassen der plazentaren Ressourcen (CRH-Trigger),
- massive Stresseinwirkung von außen (mütterliches Kortisol als CRH-Trigger),
- massive Stresseinwirkung von innen (kindliches Kortisol als CRH-Trigger),
- inflammatorische Prozesse, zum Beispiel durch Infektionen (Chlamydien, anaerobe Infektionen) (Prostaglandinsynthese als CRH-Trigger, Nachlassen der Eihaut-Stabilität).

Geburtsbeginn

Sowohl im geburtsmedizinischen, als auch im juristischen Sinne ist der Geburtsbeginn definiert

- als das Einsetzen regelmäßiger, zervixwirksamer Uteruskontraktionen oder
- als Blasensprung.

Während der Blasensprung ein (mehr oder weniger) eindeutiges Ereignis ist, kann der Moment des Beginns der Geburtskontraktionen oft nicht ganz so klar beschrieben werden: Häufigkeit, Dauer und Intensität der Kontraktionen nehmen deutlich zu, die Schwangere verändert ihre Atmung (Schnaufen), der Muttermund zeigt dabei die Zeichen der Reifung.

Latenzphase

Der Beginn der eigentlichen Geburt gestaltet sich bei vielen Frauen eher verhalten. Deshalb ist es sinnvoll, der klassischen Einteilung einer Geburt in Eröffnungs-, Austreibungs-, Nachgeburtsperiode diesen besonderen Abschnitt hinzuzufügen, zumal er für den weiteren Geburtsverlauf eine große Bedeutung hat.

Dauer und Intensität der Latenzphase hängen von der Art des Geburtsbeginns und von der Parität der Frau ab. Natürlich gibt es Schwangere, die starten quasi durch und überspringen diese Periode. Aber genauso oft kann sie sich über Stunden hinziehen. Die längste Latenzphase erleben wir in der Regel bei Erstgebärenden nach vorzeitigem Blasensprung. Hier zögert sich das Einsetzen regelmäßiger Uteruskontraktionen oft über einen extrem langen Zeitraum hinaus.

Aber auch beim Geburtsbeginn mit intakter Fruchtblase unterscheiden sich die Uteruskontraktionen sehr deutlich vom späteren Geburtsgeschehen: Sie sind unregelmäßig im Zeitabstand, in ihrer Dauer und Intensität – und sie können von äußeren Faktoren wie Liegen oder Entspannungsbad gebremst werden.

Entsprechend ineffektiv sind sie für den Geburtsfortschritt: Das kindliche Köpfchen wird in das kleine Becken dirigiert und nimmt spätestens jetzt festen Kontakt zum unteren Uterinsegment auf. Der Muttermund eröffnet sich dabei nur leicht.

So unbedeutend diese Phase aus biologischer Sicht erscheint, so wichtig ist sie bezüglich unserer Betreuung. Die Gebärende braucht einerseits jetzt große Zuwendung, denn aus ihrer Sicht steht sie ja nun unter der Geburt – und »jetzt muss doch etwas passieren!« Gerade im Aushalten der eher geringen Geburtsdynamik der Latenzphase besteht aber die Kunst einer guten Geburtsbegleitung. Denn das uterine System braucht unter Umständen

eine gewisse Zeit, um die komplexen Prozesse endgültig ausreifen zu lassen. Jede Intervention könnte diese Vorgänge eher stören als fördern. Bis auf den limitierenden Faktor der aufsteigenden Infektion nach Blasensprung gibt es keine Zeitnot. Mutter und Kind sind jetzt kaum belastet – die einzige Gefahr geht von unserer Ungeduld aus.

Eröffnungsperiode

Nun beginnt die aktive Phase der Geburt: Die Uteruskontraktionen sind regelmäßig und kraftvoll – und kommen am Muttermund an. Das Köpfchen hat eine doppelte Funktion: Einerseits gibt es den direkten mechanischen Reiz für die Erweiterung des Muttermundes, andererseits bewirkt der von ihm ausgehende Druck die endgültige Ausreifung der eingangs beschriebenen geburtsphysiologischen Prozesse. Die Oxytozinrezeptoren-Dichte erreicht ihr Maximum, das uterine System seine volle Leistungsfähigkeit.

Auch für diese Phase der Geburt gilt: Sie ist bezüglich Dauer und Dynamik von Frau zu Frau höchst verschieden. Mehrgebärende eröffnen oft schneller, bei Erstgebärenden sind Zeiträume über zehn Stunden nicht ungewöhnlich. Um so bedeutsamer ist der Grundsatz, die individuelle Dynamik als gegeben hinzunehmen und möglichst nicht einzugreifen. Die Geburt ist ein sich selbst regulierendes System, und jede inaktive Phase hat in der Regel ihren biologischen Sinn.

Übergangsperiode

Auch diese Geburtsphase kommt in der klassischen Stadieneinteilung nicht vor, obwohl sie bei genauer Betrachtung der problematischste Moment des ganzen Geburtsprozesses ist.

Kurz vor der vollständigen Eröffnung des Muttermundes kommt es ganz offensichtlich zu einer komplexen Umstellung des vegetativen Gleichgewichts der Mutter. Das äußerliche Zeichen dieser Verschiebung ist ein häufig am Beginn der Übergangsperiode auftretender Brechreiz. Die Kontinuität der Eröffnungsperiode scheint unterbrochen – die Geburt bleibt quasi hängen – und das bei einem bis auf einen kleinen, meist aber äußerst rigiden Saum vollständig eröffneten Muttermund. Das uterine System arbeitet mit voller Kraft, die Kontraktionen sind kräftig und oft quälend – aber ihr Effekt frustrierend gering.

Die Komplexität dieser Geburtsperiode kommt insbesondere in einer oft höchst destruktiven emotionalen Verfassung der Gebärenden zum Ausdruck. Verzweiflung, Mutlosigkeit, Frustration und Aggressivität sind ganz häufige Phänomene, die sich leider gelegentlich auch auf die anderen an der Geburt beteiligten übertragen. Nicht selten werden Todesgedanken oder skurril anmutende Wünsche, die Geburt abubrechen und nach Hause zu gehen, geäußert. Die logische Konsequenz solcher destruktiven Emotionen ist der Ruf nach dem Kaiserschnitt und manchmal sogar die körperliche Flucht in einen Ohnmachtszustand.

Die Übergangsphase ist »die Geburt in der Geburt«. Hier wird die Mutter geboren. In keinem Moment des Geburtsgeschehens kommt die Frau so stark in Kontakt mit ihrer eigenen Biographie, mit der Beziehung zu ihrer Mutter, zu ihrer Weiblichkeit und Sexualität. In keinem Moment werden unbewusste Blockaden, frühere Kränkungen und Verletzungen so offenbar wie in der Übergangsperiode. So variabel die Erfahrungswelt der Schwangeren ist, so variabel und vielfältig ist die Dauer und Intensität der Übergangsperiode.

Alle Beteiligten sind vor größte Anforderungen gestellt. Der anwesende Partner – sofern er auf diesen besonderen Moment nicht ausreichend vorbereitet wurde – wird seinerseits in tiefe Verzweiflung und Angst verfallen und zusätzlichen Druck auf das Personal ausüben, »doch irgendwas zu unternehmen«. Überhaupt liegt in einer ehrlichen, aber dennoch möglichst angstfreien Vorbereitung beider Partner der Schlüssel zu einer effektiven Prävention der Krise – eine fast unlösbare Aufgabe!

Für die Hebammen und Ärzte wäre es sicher der bequemste Weg, die Gebärende aus dieser hoch belastenden Situation per Kaiserschnitt zu befreien – was ja oft sogar dem dringenden Wunsch der Frau entspricht. Und tatsächlich werden viele Geburten mit der Fehldiagnose »Geburtsstillstand« oder gar mit der auf fatale Weise stigmatisierenden Fehldiagnose »feto-maternale Disproportion« abgebrochen.

In Wahrheit handelt es sich um eine Kapitulation vor der anspruchsvollsten Phase der Geburt. Die Frau muss den Sprung in diese Mutterschaft wagen – und der zu überwindende Graben scheint oft unbezwingbar breit. Unsere Aufgabe besteht im Stärken, Mut-Machen, Trösten, Motivieren. Das verlangt Kreativität, Einfühlungsvermögen, Achtsamkeit und vor allem unendlich viel Geduld. Aber wir können der Frau helfen, zu einer Heldin zu werden, die einen archaischen Kampf gewonnen hat und nun wirklich bereit ist, in die Mutterschaft einzutreten.

Durchtrittsperiode

Diese Phase der Geburt wird meist Austreibungsperiode genannt. Zwar hat sie im kulturhistorischen Sinne tatsächlich mit der »Vertreibung aus dem Paradies« zu tun – biologisch jedoch ist diese Bezeichnung irreführend und falsch. Sie suggeriert nämlich, dass das Kind als passives Geburtsobjekt durch eine Art peristaltische Kontraktionswelle »ausgetrieben« wird. In Wahrheit ist auch diese Phase der Geburt ein hoch komplexes, selbst regulierendes Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind.

Wir wissen noch wenig über die genauen Mechanismen, die den Wechsel zwischen den stark belastenden aktiven und den Erholung bringenden inaktiven Geburtsphasen sicherstellen. Jedoch müssen wir davon ausgehen, dass die Dynamik, in der das Kind in einer Art Schraubenbewegung durch das Becken tritt, ein subtiles Zusammenspiel aus Uteruskontraktionen, kindlichen Stellreflexen, Spannung und Entspannung mütterlicher Beckenstrukturen und endokrinen Signalen ist.

Zweifelsfrei wird das Kind in dieser Phase besonders stark belastet und verdient unsere besondere Aufmerksamkeit. Die Uteruskontraktionen haben jetzt eine besondere Intensität und sind mit einem mütterlichen Pressdrang verbunden. Das Köpfchen ist erheblichen Druckwirkungen ausgesetzt. Es wird immer wieder darüber diskutiert, wie lange man dem Kind diese Belastungen zumuten kann. Vielerorts gibt es deshalb eine zeitliche Begrenzung dieser Geburtsphase, was eindeutig den eingangs dargestellten Prinzipien widerspricht. Entscheidend ist allein das Verhältnis zwischen Belastung und Ressourcen. Das bedeutet: Die Kinder werden schwierige und destruktive Situationen um so besser verkraften, je besser ihre Kraftreserven sind. Ein properes 4000-Gramm-Kind, das eine ungestörte Schwangerschaft hinter sich hat und während der Geburt ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Belastung und Ruhe erlebte, wird in dieser anstrengenden Schlussphase der Geburt mehr verkraften als das 2400-Gramm-Kind einer Raucherin nach tagelanger Geburtseinleitung. Wir sollten uns deshalb unbedingt davor hüten, dieser Geburtsperiode eine feste Zeitmaske zu geben. Wie immer müssen unsere geburtshilflichen Entscheidungen das Ergebnis eines individuellen Abwägungsprozesses sein.

Geburt des kindlichen Körpers

Das ist der große Moment, auf den wir alle hingearbeitet haben: Das Kind wird geboren – aber eben nur teilweise! Genau dieser Tatsache müssen wir uns alle stets bewusst sein – und die Eltern des Kindes sollten vor der Geburt darauf vorbereitet werden. Bei aller Freude über die befreiende Geburt des Körpers dürfen wir nie vergessen, dass sich ein Körperteil noch im Uterus befindet: die Plazenta.

Überblick über die typischen Phasen einer Geburt

Geburtsphase	biologische Vorgänge	subjektive Zeichen, klinische Befunde
	exponentielle Zunahme der CRH-Produktion an der feto-maternalen Grenzfläche	Schleimpfropf-Abgang
Vorgeburtsperiode	Auflockerung der Zervix	Geburts-Aura
Reifungsperiode	Zunahme der Oxytozin-Rezeptoren	Veränderung der Kontraktilität des Uterus

Abnahme der Stabilität der Eihäute

CRH-Anstieg

Geburtsbeginn	geburtsmedizinischer und juristischer Startpunkt der Geburt	Einsetzen regelmäßiger Uteruskontraktionen oder Blasensprung
Latenzphase	endgültiger Abschluss der Reifungsvorgänge	Uteruskontraktionen in unterschiedlichen Abständen, Dauer und Intensität durch Lagerung oder Entspannungsbad beeinflussbar intensiver Kontakt Köpfchen – unteres Uterinsegment nur geringe Wirkung auf die Muttermundseröffnung
Eröffnungsperiode	maximale Dichte der Oxytozinrezeptoren Zervix vollständig aufgelockert	regelmäßige, kraftvolle Uteruskontraktionen aktive/inaktive Geburtsphasen kontinuierliche Eröffnung des Muttermundes
Übergangsperiode	vegetative Umstellung Geburt in der Geburt: emotionaler Reifungsprozess	häufig Erbrechen trotz heftiger Uteruskontraktionen mögliche Stagnation des Geburtsfortschrittes (oft bei Saum-vollständigem Muttermund) emotionale Destruktivität
Durchtrittsperiode	Zusammenspiel von Uteruskontraktion – kindlicher Stellreflexe – Spannungsveränderungen der mütterlichen Beckenstrukturen – endokrinen Faktoren, Durchtritt des Kindes durch das kleine Becken	heftige Uteruskontraktionen mit Pressdrang Tiefertreten des Köpfchens Geburt des Kopfes Schulterrotation
Geburt des kindlichen Körpers	Entfaltung der kindlichen Lunge	
Plazentarperiode	Umverteilung des Blutvolumens in das pulmonale Strombett Nachlassen der Plazentafüllung Lösung und Geburt der Plazenta	Gestaltswandel des Uterus (Schröderzeichen) beim unabgenabelten Kind typische kindliche Wimmer-Reaktion beim Lösen der Plazenta
Ende der Geburt	mit Geburt der Plazenta	
Nachgeburtsperiode	Rückbau der uterinen Prozesse in den Ruhezustand Uterustonius zur Blutstillung	erneute Uteruskontraktionen

Plazentarperiode

Für diese letzte Phase der eigentlichen Geburt wird oft der Name Nachgeburtsperiode verwendet. Diese Bezeichnung könnte zu einem Missverständnis führen, in dem man sie als »Phase nach der Geburt« versteht. Wie bei allen vorangehenden Abschnitten handelt es sich bei der Lösung und Geburt der Plazenta um ein fein abgestimmtes biologisches System. Im Vergleich zu stehend gebärenden Säugetieren, bei dem die Nabelschnur beim Herunterfallen des Kindes zerreißt, nehmen Primaten bei der Geburt eine Hockposition ein, wodurch die Verbindung des Kindes zur Plazenta erhalten bleibt. Dies hat den großen Vorteil, dass das Neugeborene im Falle einer Lungenentfaltungsstörung zunächst noch plazentar versorgt werden kann: Das sauerstoffreiche Plazentablut fließt der Schwerkraft folgend zum Kind und wird über den stressbedingt geöffneten Ductus venosus direkt in den kindlichen Körperkreislauf eingespeist (Autotransfusion). Mit der erfolgreichen Entfaltung der Lunge ändern sich die Druckverhältnisse im arteriellen Abschnitt des Körperkreislaufes dramatisch. Durch die Umverteilung des Blutvolumens auf das pulmonale Strombett nimmt der Füllungszustand der Arterien deutlich ab, was wir am Sistieren der Nabelschnurpulsation bemerken können. Damit verringert sich der Druck, mit denen die Aeriae umbilicales (Nabelarterien) die Plazenta befüllen. Der nachlassende Füllungsdruck der Plazenta könnte das Signal sein: Lunge entfaltet, Plazenta lösen! Warum sich beim Menschen dieser Vorgang manchmal über Stunden hinauszögert, kann nur hypothetisch geklärt werden. Mit Sicherheit ist ein entscheidender Faktor die nach wie vor weit verbreitete Intervention des Abnabelns vor der Geburt der Plazenta. Durch die Unterbindung der drei Nabelschnurgefäße bleibt der Füllungszustand der Plazenta unverändert – das Signal zum Lösen bleibt aus. Aber auch beim unabgenabelten Kind verzögert sich die Plazentalösung oft. Vielleicht hängt das damit zusammen, dass wir in aller Regel die Frau mit dem Kind auf der Brust auf den Rücken legen und ihr das komfortable Glücksgefühl »geschafft« suggerieren – obwohl es ja noch gar nicht ganz geschafft ist.

Fest steht, dass die Begleitung der Plazentarperiode von uns die gleiche Betreuungsintensität und Zuwendung verlangt wie die Durchtrittsperiode. Auch hier widerspricht eine Zeitbegrenzung den genannten Prinzipien. Wir müssen auch in der Plazentarperiode die potenziellen Risiken des Abwartens mit den potenziellen Risiken der Intervention abwägen – und dieser Abwägungsprozess dürfte in den meisten Situationen über die ersten

zwei bis drei Stunden gegen die Intervention ausfallen.

Geburtsende

Mit der Geburt der Plazenta ist der eigentliche Geburtsprozess abgeschlossen. Auch hier gilt in Analogie zur Vorgeburtsperiode, dass nicht einfach ein Schalter umgelegt wird und übergangslos das Wochenbett beginnt.

Nachgeburtsperiode

Nach der Geburt der Plazenta setzen komplexe biologische Mechanismen ein, die das uterine System in den Ruhezustand zurückversetzen – bloß dass diese für uns relativ uninteressant sind, weil das Kind ja da ist. Dennoch müssen wir bedenken, dass in den ersten Stunden nach dem Ende der Geburt viel passiert: Es erfolgt eine Art Rückbau des Myometriums. Die Gewebestabilität nimmt zu. Die Uteruskontraktionen verändern noch einmal ihren Charakter, weil sie über einen stabilen Tonus den Wundverschluss der nun offenen mütterlichen Kontaktzone sicherstellen müssen.

Wie bei allen anderen Geburtsphasen ist die Dauer der Nachgeburtsperiode unterschiedlich lang. Vor allem gibt es kein eindeutiges Zeichen, wann die Prozesse nun wirklich zur Ruhe gekommen sind. Wir sollten aber dem Körper der Frau mindestens zwei Stunden nach Geburt der Plazenta Zeit geben, sich zu stabilisieren – und sie in dieser Zeit entsprechend gut betreuen.

Sternstunde Geburt

Die »normale« Geburt gibt es wie gesagt nicht, denn jede Geburt ist einmalig. Aber selbst die Beschreibung eines typischen Geburtsverlaufes löst in mir Ehrfurcht und Bewunderung aus. Ich wünsche uns allen, dass wir dem grandiosen biologischen System Geburt, diesem immer wieder faszinierenden Wunder, stets respektvoll, achtsam und zurückhaltend begegnen. Genau in diesen Eigenschaften besteht die Kunst unseres Berufes.

Literatur

Schneider H et al.: Über die Natur der Geburtsauslösung. Gynäkol Rundsch 1986; 26:129–148

Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.): Die Geburtshilfe; Springer, 2011

Dr. med. Sven Hildebrandt, *Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Vertretungsprofessur im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule Fulda; Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau, Dresden; Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (DAfiGb); Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM).*

Kontakt: Grundstr. 174, 01324 Dresden, [info\(at\)dr-sven-hildebrandt.de](mailto:info(at)dr-sven-hildebrandt.de), www.dr-sven-hildebrandt.de

Hildebrandt S: Die normale Geburt als etwas Besonderes – oder: Die besondere Geburt als etwas Normales? Hebammenforum 2013; 14: 378-386

[zurück](#)

 Drucken  Kontakt  Anfang

[DatenschutzAGB](#)

Zuletzt geändert am 14.10.2016