



**Lisa Hanson
Emily Malloy
Penny Simkin**
(Hrsg.)

Schwierige Geburten – leicht gemacht

Dystokien in der Geburtshilfe
erfolgreich vorbeugen und meistern

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

 **hogrefe**

Schwierige Geburten – leicht gemacht

Schwierige Geburten – leicht gemacht

Lisa Hanson, Emily Malloy, Penny Simkin (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Lisa Hanson
Emily Malloy
Penny Simkin
(Herausgeberinnen)

Schwierige Geburten – leicht gemacht

Dystokien in der Geburtshilfe erfolgreich
vorbeugen und meistern

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Illustriert von Shanna de la Cruz und Dolly Sundstrom

unter Mitarbeit von

Nicole Carlson	Amber Price
Joyce K. Edmonds	Jesse Remer
Elise Erickson	Karen Robinson
Wendy Gordon	Venus Standard
Amy Marowitz	Ellen L. Tilden
Sharon Muza	Gail Tully
Kathryn Osborne	Robin Elise Weiss

Aus dem amerikanischen Englisch von Elisabeth Brock



Lisa Hanson, PhD, CNM, FACNM, FAAN ist Hebammenwissenschaftlerin, Klein Stiftungsprofessorin und Assoziierte Direktorin sowie Dozentin des Hebammenprogramms der Marquette University, College of Nursing in Milwaukee, WI, USA.

Emily Malloy, PhD, CNM, FACNM ist Certified Nurse Midwife, Direktorin des Midwifery Research, Midwifery and Wellness Center, Participating Faculty an der Marquette University, College of Nursing, Milwaukee, WI, USA.

Penny Simkin, BA, PT, CEE, CD, (DONA), ist spezialisierte Certified Birth Doula and Certified Childbirth Educator. Sie war an der Hebammenschule Seattle tätig. Sie leitete und lehrte in der Praxis für Geburtshilfe- und Geburtsunterstützung in Seattle, USA.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Amélie Oberson, Detlef Kraut, Tristan Stern

Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper

Übersetzung: Elisabeth Brock, Kempten

Herstellung: Daniel Berger

Umschlagabbildung: FatCamera, Getty Images

Umschlag: Verlag intern

Illustration (Innenteil): Shanna de la Cruz, Gail Tully

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod

Printed in Bulgaria

Auf säurefreiem Papier gedruckt

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Amerikanischen. Der Originaltitel lautet „Simkin’s Labor Progress Handbook Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia“ 5th edition von Lisa Hanson, Emily Malloy, Penny Simkin.

© 2024. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey

3., vollst. überarb. u. erw. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe AG, Bern

© 2006/2002 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96269-6)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76269-2)

ISBN 978-3-456-86269-9

<https://doi.org/10.1024/86269-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitende Grundlagen und Orientierungen	17
	<i>Lisa Hanson und Emily Malloy</i>	
1.1	Ursachen und Prävention von Dystokien – ein systematischer Ansatz	17
1.2	Hinweise zu diesem Werk	22
1.3	Hinweis der Autorinnen zum gendersensiblen Sprachgebrauch	22
1.4	Fazit	22
1.5	Literatur	23
2	Respektvolle Geburtshilfe	25
	<i>Amber Price</i>	
2.1	Das Gesundheitswesen – Bedingungen und Beschränkungen	26
2.2	LGBTQ-Personen in der Geburtshilfe	27
2.3	Respektvolle Geburtshilfe und Schwangere mit hohem Körpergewicht	28
2.4	Partizipative Entscheidungsfindung	30
2.5	Erwartungen	31
2.6	Kulturelle Einflüsse auf die Geburtserfahrung	31
2.7	Traumatische Geburten	33
2.8	Traumaüberlebende und PTBS-Prävention	34
2.9	Traumabewusste Pflege als universelle Vorsichtsmaßnahme	37
2.10	Gewalt in der Geburtshilfe	37
2.11	Patientenrechte	39
2.12	Einwilligung	40
2.13	Müttersterblichkeit	41
2.14	Literatur	42
3	Normale Geburt und Dystokie – allgemeine Überlegungen	45
	<i>Lisa Hanson, Venus Standard und Penny Simkin</i>	
3.1	Was versteht man unter einer „normalen Geburt“?	45
3.2	Was versteht man unter einer „Dystokie“?	50

3.2.1	Normalen Geburtsfortschritt und fördernde Maßnahmen	50
3.3	Was fördert, verzögert oder stoppt den Geburtsfortschritt?	52
3.4	Prostaglandine und hormonelle Einflüsse auf Gefühle und Geburtsfortschritt	55
3.5	Störungen der hormonellen Geburtsphysiologie	55
3.5.1	Hormonreaktionen und Gender	55
3.5.2	Die Geburtsumgebung optimieren	58
3.6	Psycho-soziales Befinden der Schwangeren: Wohlbefinden oder Distress?	59
3.6.1	Schmerzen vs. Leiden	59
3.6.2	Assessment von Schmerzen und Coping	60
3.6.3	Emotionale Dystokie	61
3.6.4	Psycho-emotionale Maßnahmen	61
3.7	Fazit	65
3.8	Literatur	65
4	Assessment des Geburtsfortschritts	69
	<i>Wendy Gordon, Gail Tully und Lisa Hanson</i>	
4.1	Vor Geburtsbeginn	69
4.1.1	Fetale Präsentation und Position (Lage)	69
4.1.2	Leopold-Handgriffe: Bestimmung der fetalen Präsentation und Position	73
4.1.3	Lageanomalie	80
4.1.4	Weitere Assessments vor Geburtsbeginn	81
4.1.5	Assessment der Vorwehen- und Latenzphase	83
4.2	Assessments unter der Geburt	84
4.2.1	Visuelle und verbale Assessments	84
4.2.2	Assessment des Kindes	87
4.2.3	Interne Assessments	98
4.3	Zusammenfassung	108
4.3.1	Assessment des Geburtsfortschritts in der Vorwehen- und Latenzphase	108
4.3.2	Assessment des Geburtsfortschritts in der Austreibungsperiode	109
4.4	Fazit	109
4.5	Literatur	110
5	Natürliches und synthetisches Oxytocin im Geburtsverlauf	115
	<i>Elise N. Erickson und Nicole Carlson</i>	
5.1	Oxytocin beim menschlichen Geburtsvorgang: Entdeckung und Anwendung	116
5.2	Oxytocin – Struktur und Funktion	116
5.3	Oxytocinrezeptoren	116
5.4	Oxytocin, spontaner Geburtsbeginn und Geburtsfortschritt	118
5.5	Förderung der endogenen Oxytocinfunktion bei spontanem Geburtsbeginn	118

5.6	Ethische Überlegungen beim Einsatz von Oxytocin	119
5.7	Der Einsatz von Oxytocin	120
5.8	Der Einsatz von Oxytocin in der Latenzphase	121
5.9	Der Einsatz von Oxytocin in der aktiven Geburtsphase	122
5.10	Der Einsatz von Oxytocin in der Austreibungsperiode	122
5.11	Veränderungen in heutigen Populationen und Geburtsfortschritt	123
5.12	Die Oxytocindosierung	124
5.12.1	Hochdosis-Schema/Niedrigdosis-Schema	124
5.13	Varianten der Oxytocindosierung bei besonderen Bevölkerungsgruppen	126
5.13.1	Höherer Body-Mass-Index	126
5.13.2	Erstgebärende	126
5.13.3	Alter der Mutter	127
5.14	Periduralanästhesie	127
5.15	Probleme bei hochdosierten oder längeren Infusionen von Oxytocin	128
5.15.1	Postpartale Blutung	128
5.15.2	Fetale Wehenintoleranz	128
5.15.3	Stillen und mehr	129
5.16	Neue Felder der Oxytocinforschung	130
5.17	Fazit	130
5.18	Literatur	131
6	Verlängerte Vorwehen- und Latenzphase in der Eröffnungsperiode	141
	<i>Ellen L. Tilden, Jesse Remer und Joyce K. Edmonds</i>	
6.1	Der Geburtsbeginn: Schlüsselmerkmale erkennen und richtig reagieren	141
6.1.1	Den Geburtsbeginn definieren	142
6.1.2	Anzeichen des baldigen Geburtsbeginns	143
6.1.3	Vorwehen	143
6.1.4	Vorwehen vs. Geburtswehen: das Dilemma	143
6.2	Antizipatorische Beratung	145
6.2.1	Antizipatorische Copingberatung vor Beginn der Vorwehen	146
6.2.2	Sommers' Neujahrsabend-Technik	147
6.3	Verlängerte Vorwehen- und Latenzphase	148
6.3.1	Fetale Faktoren, die die Vorwehenphase verlängern können	149
6.3.2	„Optimale Fetale Positionierung“: pränatale Kennzeichen	149
6.4	Unterstützung zu Hause während der Vorwehen- und Latenzphase	151
6.5	Übermäßige Schmerzen in dieser Phase	154
6.5.1	Iatrogene Faktoren	155
6.5.2	Zervikale Faktoren	155
6.5.3	Management einer Zervixstenose oder „Reißverschluss“-Zervix	155
6.5.4	Bindegewebefaktoren (Ligamente, Muskeln, Faszien)	156

6.5.5	Emotionale Dystokie	156
6.6	Sofortmaßnahmen bei einer schmerzhaften protrahierten Vorwehen- bzw. Latenzphase	157
6.7	Maßnahmen bei schmerzhaften, ineffektiven Wehen in der Vorwehen- bzw. Latenzphase	158
6.7.1	Synklitismus und Asynklitismus	158
6.8	Offene Knie-Ellenbogen-Lage	161
6.9	Geschlossene Knie-Ellenbogen-Lage	163
6.10	Entspannte Seitenlage	163
6.11	Strategien mit verzögertem Geburtsfortschritt	163
6.11.1	Therapeutische Ruhepause	163
6.11.2	Stimulation der Brustwarzen	164
6.11.3	Membranausstreichen	165
6.11.4	Künstliche Eröffnung der Fruchtblase bei latenten Wehen	165
6.12	Pränatale Maßnahmen durch Fachkräfte und zur Selbstdurchführung	166
6.12.1	Pränatale Vorbereitung der Zervix auf die Dilatation	166
6.13	Literatur	171
7	Protrahierte aktive Geburtsphase	177
	<i>Amy Marowitz</i>	
7.1	Die aktive Geburtsphase: Beschreibung, Definition, Diagnose	177
7.2	Protrahierte aktive Geburtsphase oder Geburtsstillstand?	177
7.3	Mögliche Ursachen einer protrahierten aktiven Geburtsphase	178
7.4	Behandlung protrahierter Geburtsverläufe	178
7.5	Fetale Faktoren und Faktoren des mütterlichen Beckens	179
7.6	Verzögerter Geburtsfortschritt durch fetale Haltungs- und Einstellungsanomalien	181
7.6.1	Das Kopf-Becken-Verhältnis ermitteln	181
7.6.2	Fehleinstellungen	181
7.6.3	Der Einsatz von Ultraschall	182
7.6.4	Amniotomie bei einer fetalen Lage- oder Einstellungsanomalie	182
7.6.5	Periduralanästhesie und Lage- und Einstellungsanomalie	183
7.7	Mütterliche Positionen und Bewegungen bei fetaler Haltungs- oder Einstellungsanomalie	183
7.7.1	Übersicht und Evidenz	183
7.7.2	Positionen zur Förderung der optimalen fetalen Einstellung	185
7.7.3	Seitenlagen	185
7.7.4	Asymmetrische Positionen und Bewegungen	188
7.7.5	Den Bauch anheben	190
7.7.6	Walcher'sche Hängelage	191
7.7.7	„Flying cowgirl“	192

7.7.8	Einfache klinische Ansätze zur Veränderung der fetalen Einstellung	192
7.8	Vorzeitiger Pressdrang, Zervixödem und persistierende Muttermundlippe	195
7.8.1	Manuelle Reduktion einer persistierenden Muttermundlippe	198
7.8.2	Reduzierung der Schwellung an Zervix oder Muttermundlippe	198
7.9	Störungen der hormonellen Geburtsphysiologie im Überblick	198
7.10	Verdacht auf eine emotionale Dystokie	199
7.10.1	Faktoren, die eine emotionale Dystokie begünstigen	199
7.10.2	Anzeichen einer emotionalen Dystokie in der aktiven Geburtsphase	200
7.10.3	Maßnahmen zur Bewältigung formulierter Ängste	200
7.11	Hypokontraktile Uterusaktivität	201
7.11.1	Unzureichende Wehenintensität und/oder Wehenfrequenz – begünstigende Faktoren	201
7.11.2	Immobilität	201
7.11.3	Umgebungsfaktoren und emotionale Faktoren	202
7.11.4	Uterine Laktatazidose bei langen Geburtsverläufen	203
7.11.5	Maßnahmen bei Wehenschwäche unbekannter Ursache	204
7.12	Coping und Comfort	205
7.12.1	Individuelle Copingstile	205
7.12.2	Simkins 3 Rs: Copingelemente in der Eröffnungsperiode	205
7.12.3	Hydrotherapie: warmes Vollbad oder Dusche	206
7.12.4	Hilfsmittel zur Linderung von Rückenschmerzen	208
7.12.5	Erschöpfung	208
7.12.6	Injektionen von Aqua ad injectabile (Wasserblockade)	209
7.12.7	Hydrierung und Ernährung	210
7.13	Fazit	211
7.14	Literatur	211
8	Prävention und Behandlung einer protrahierten aktiven Geburtsphase	217
	<i>Kathryn Osborne, Lisa Hanson und Emily Malloy</i>	
8.1	Die aktive Geburtsphase: Definitionen	217
8.2	Stadien der Austreibungsperiode	218
8.2.1	Latenzphase	218
8.2.2	Evidenzbasierte Unterstützung in Latenzphase und Austreibungsperiode	219
8.2.3	Was tun, wenn die Latenzphase anhält?	220
8.2.4	Die aktive Phase der Austreibungsperiode	220
8.2.5	Physiologische Auswirkungen von längerem Luftanhalten und forciertem Pressen	221
8.2.6	Auswirkungen auf die gebärende Frau	221
8.2.7	Auswirkungen auf das Kind	222
8.2.8	Spontanes Pressen	222
8.2.9	Diffuses Pressen	223
8.2.10	Zeitliche Begrenzung der Austreibungsperiode	224

8.3	Dystokie-Ursachen in der Austreibungsperiode und physiologische Lösungen ...	227
8.3.1	Positionswechsel bei Verdacht auf dorso-posteriore Stellung und persistierenden Querstand	227
8.3.2	Rückenlagen	227
8.3.3	Weshalb keine Rückenlagen?	228
8.3.4	Extreme Steinschnittlage (McRoberts-Lage)	229
8.3.5	Zwischen Presspositionen und Gebärpositionen unterscheiden	230
8.3.6	Sitzpositionen	230
8.3.7	Positionen zur Verbesserung der sakralen Mobilität	232
8.3.8	Pressen mit geschlossenen Knien	232
8.3.9	Vornübergeneigtes Knien, Stehen oder Sitzen	232
8.3.10	Hockpositionen	232
8.3.11	Asymmetrische Positionen	233
8.3.12	Positionen in Seitenlage	234
8.3.13	Abgestützte Hock- oder Hängepositionen	234
8.3.14	Weitere Strategien bei Fehleinstellungen und Rückenschmerzen	234
8.3.15	Frühe Interventionen bei Verdacht auf persistierenden Asynklitismus ...	240
8.3.16	Positionen und Bewegungsformen bei persistierendem Asynklitismus ..	243
8.3.17	Boxerstellung bei normaler Scheitelgeburt	243
8.3.18	Verdacht auf Kopf-Becken-Missverhältnis oder Makrosomie (poor fit) ..	243
8.3.19	Der Zeitfaktor bei Kopf-Becken-Missverhältnis	244
8.3.20	Tieftreten des fetalen Köpfchens	244
8.3.21	Verbale Unterstützung bei spontanen Presswehen	245
8.3.22	Anleitung der Gebärenden beim Einschneiden und Durchtritt des Köpfchens	245
8.3.23	Dammschutz	246
8.3.24	Umgang mit dem Perineum in der Austreibungsperiode	247
8.3.25	Lokalanästhesie des Perineums	247
8.3.26	Perineummassage unter der Geburt	247
8.3.27	Wassergeburt	248
8.3.28	Positionen bei Verdacht auf Kopf-Becken-Missverhältnis in der Austreibungsperiode	251
8.3.29	Schulterdystokie	257
8.3.30	Vorsichtsmaßnahmen	258
8.3.31	Entbindung des kindlichen Köpfchens in zwei Schritten	258
8.3.32	Alarmzeichen	259
8.3.33	Manöver bei einer Schulterdystokie	260
8.3.34	McRoberts-Manöver	261
8.3.35	Suprapubischer Druck	262
8.3.36	Vierfüßlerstand oder Gaskin-Manöver	263
8.3.37	Schulterhebemanöver	263
8.3.38	Axillärer Zug (PAST)	264
8.3.39	Gail Tullys FlipFLOP- Merkhilfe	264
8.3.40	Salto-Manöver	266
8.3.41	Nachlassende Wehenfrequenz und -intensität	267

8.3.42	Gutes Coping in der Austreibungsperiode	267
8.4	Verdacht auf eine emotionale Dystokie	267
8.4.1	Typische Auslöser von emotionalem Stress in Austreibungsperiode	268
8.5	Fazit	270
8.6	Literatur	270
9	Optimale Nachgeburtsperiode und Versorgung des Neugeborenen	277
	<i>Emily Malloy, Lisa Hanson und Karen Robinson</i>	
9.1	Übersicht	277
9.2	Die Versorgung des Neugeborenen	279
9.2.1	Absaugen von Mund und Nase	279
9.2.2	Verzögertes Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur	280
9.3	Umgang mit der Plazenta	282
9.3.1	Physiologisches (abwartendes) Management	282
9.3.2	Aktives Management	284
9.4	Letzte Geburtsphase	286
9.5	Babyfreundliche (Still-)Praktiken	288
9.6	Unterstützung der mikrobiellen Gesundheit des Neugeborenen	290
9.7	Routineuntersuchungen des Neugeborenen	292
9.8	Fazit	292
9.9	Literatur	293
10	Periduralanästhesie und andere Formen der neuraxialen Analgesie	299
	<i>Sharon Muza und Robin Elise Weiss</i>	
10.1	Analgesie und Anästhesie in der Geburtshilfe	299
10.2	Neuraxiale Analgesie – neue Begriffe für alte Ansätze bei Geburtsschmerzen?	299
10.3	Physiologische Veränderungen unterstützen das mütterliche und fetale Wohlbefinden	301
10.4	Multisystemeffekte der epiduralen Analgesie und Geburtsfortschritt	301
10.4.1	Endokrines System	301
10.4.2	Muskel-Skelett-System	303
10.4.3	Urogenitalsystem	304
10.5	Problemreduktion der PDA durch ein verändertes Geburtsmanagement?	305
10.6	Gebärende in den Mittelpunkt stellen	312
10.7	Fazit	313
10.8	Literatur	313
11	Positionen und Bewegungen für Gebärende – ein Leitfaden	317
	<i>Lisa Hanson und Emily Malloy</i>	
11.1	Einfluss mütterlicher Positionen auf die Geburt	317

11.1.1	Positionen in Seitenlage	318
11.1.2	Sitzpositionen	326
11.1.3	Positionen im Knien	331
11.1.4	Asymmetrische aufrechte Positionen	336
11.1.5	Hockpositionen	337
11.1.6	Rückenlagen	343
11.2	Hilfreiche Bewegungsformen für die Frau unter der Geburt	347
11.2.1	Beckenschaukeln und andere Beckenbewegungen	347
11.2.2	Hüften und Knie im Vierfüßlerstand flexieren	349
11.2.3	Der Ausfallschritt	350
11.2.4	Gehen und Treppensteigen	352
11.2.5	Langsame Tanzbewegungen	352
11.2.6	Den Bauch anheben	354
11.2.7	Das Bauchrütteln	356
11.2.8	Die Beckenpresse	357
11.2.9	Weitere rhythmische Bewegungen	357
11.3	Literatur	360
12	Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens – ein Leitfaden	361
	<i>Emily Malloy und Lisa Hanson</i>	
12.1	Allgemeine Leitlinien	361
12.2	Natürliche physikalische, schmerzlindernde Maßnahmen	361
12.2.1	Wärme	361
12.2.2	Kälte	363
12.2.3	Hydrotherapie	365
12.2.4	Kardiotokographische Überwachung im Wasser	366
12.2.5	Sanfte Berührung und Massage	368
12.2.6	Durchführung einfacher Kurzmassagen	368
12.2.7	Akupunktur	372
12.2.8	Akupressur	373
12.2.9	Betreuung unter der Geburt: Doula, Pflegefachkraft oder Hebamme	374
12.2.10	Die Aufgaben einer Doula	374
12.2.11	Doula-Aufgaben: Übernahme durch Pflegefachkräfte und Hebammen?	376
12.2.12	Assessment der emotionalen Verfassung der Gebärenden	376
12.3	Techniken und Hilfsmittel zur Linderung von Rückenschmerzen	379
12.3.1	Gegendruck	379
12.3.2	Beidseitiger Druck auf die Hüften	380
12.3.3	Druck auf die Knie	381
12.3.4	Cooks Gegendrucktechnik 1: Sitzbeinhöcker	382
12.3.5	Cooks Gegendrucktechnik 2: perilabialer Druck	383
12.3.6	Kälte- und Wärmeanwendungen	385
12.3.7	Mütterliche Bewegungen und Positionen	386
12.3.8	Gymnastikball	387
12.3.9	Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	389

12.3.10 Wasserblockade bei Rückenschmerzen	391
12.4 Atemtechniken zur Entspannung und Wehenbeherrschung	392
12.4.1 Einfache Atemtechniken unter der Geburt	392
12.5 Presstechniken für die Austreibungsperiode	393
12.5.1 Spontanes Pressen	393
12.5.2 Selbstgesteuertes Pressen	394
12.6 Fazit	394
12.7 Literatur	394
Nachwort	397
Verzeichnis der Herausgeberinnen, Autorinnen und der Übersetzerin	400
Sachwortverzeichnis	402

Widmung

*Wir widmen dieses Buch allen Frauen, die Kinder gebären, ihren Familien und Angehörigen.
Wir hoffen, dass einige unserer Vorschläge dazu beitragen, dass invasive Interventionen zur Förderung
des Geburtsvorgangs seltener erforderlich werden und physiologische Geburten gefördert werden.
Dieses Buch wird auch seiner Begründerin Penny Simkin gewidmet, einer Anführerin, Aktivistin,
Autorin, Geburtshelferin und -beraterin und Douala.*

1 Einleitende Grundlagen und Orientierungen

Lisa Hanson und Emily Malloy

Dieses Kapitel gibt einen ersten Überblick zu den intrinsischen und extrinsischen Ursachen und von Dystokien und begründet die Notwendigkeit einer Hebammenpflege. Sie ist eine evidenzbasierte Pflege auf der Grundlage von wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Erfahrung und den Bedürfnissen und Wünschen der schwangeren oder gebärenden Frau.

1.1 Ursachen und Prävention von Dystokien – ein systematischer Ansatz

Dystokie, pathologische Wehentätigkeit, mangelhafter Geburtsfortschritt, Geburtsstillstand, stagnierendes Tiefertreten des kindlichen Köpfchens (bzw. des vorangehenden Teils) – all diese Begriffe beschreiben einen langsamen oder ausbleibenden Geburtsfortschritt und damit eine der irritierendsten, komplexesten und am wenigsten vorhersehbaren Komplikationen unter der Geburt. Dystokie ist die häufigste medizinische Indikation für einen primären Kaiserschnitt (Sectio caesarea, Schnittentbindung) (Neal et al., 2015). Manche haben vorgeschlagen, den Begriff „Dystokie“ zugunsten präziserer Definitionen abzuschaffen, weil es die eine klare Erklärung nicht gibt (Neal et al., 2015). Heutige Geburtsverläufe unterscheiden sich von früheren erheblich, wobei weiter nach optimalen Strategien zur Reduzierung unnötiger Interventionen und zu Interventionen, wenn notwendig und angemessen, geforscht wird (Myers et al., 2020). Indirekt tragen Dystokien auch zur Zahl wiederholter Kaiser-

schnitte bei, insbesondere in Ländern, in denen vaginale Geburten nach vorangegangenen Kaiserschnitten selten sind. Demnach ist die Prävention primärer Kaiserschnitte aufgrund einer Dystokie geeignet, die Sectorate insgesamt zu senken. Prävention reduziert auch den Bedarf an zahlreichen anderen kostspieligen, zeitaufwändigen und möglicherweise riskanten Eingriffen und erspart der gebärenden Frau zudem die Entmutigung und Enttäuschung, die mit einer protrahierten oder komplizierten Geburt einhergehen können (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019).

Die möglichen Ursachen einer Dystokie sind zahlreich. Manche sind *intrinsisch*, nämlich:

- die Geburtskräfte (*powers*) – die Uteruskontraktionen
- der Geburtskanal (*passage*) – Größe, Form und Beweglichkeit des Beckens, Dehnbarkeit und Belastbarkeit der Vagina
- das Geburtsobjekt (*passenger*) – Größe, Form und Flexion des fetalen Köpfchens, Haltung und Lage des Kindes
- der Schmerz (*pain*) – die Fähigkeit der gebärenden Frau, den Schmerz zu bewältigen
- die Psyche (*psyche*) – die emotionale Verfassung der gebärenden Frau.

Manche sind *extrinsisch*, nämlich:

- die Umgebung (*environment*) – das Gefühl körperlicher und emotionaler Sicherheit, das vom Setting und den anwesenden Personen vermittelt wird
- ethno-kulturelle Faktoren (*ethno-cultural factors*) – das Ausmaß der Sensibilität und

des Respekts für die kulturbedingten Bedürfnisse und Vorlieben der Frau

- die Leitlinien der Klinik oder Gepflogenheiten der Betreuungskräfte (*hospital and caregiver policies*) – wie flexibel, familien- oder personenzentriert und wie evidenzbasiert sie sind
- die psycho-emotionale Betreuung (*psycho-emotional care*) – die Priorität, die den nicht-medizinischen Aspekten der Geburtserfahrung eingeräumt wird.

Das vorliegende Werk konzentriert sich auf die Prävention, die Differentialdiagnostik und auf frühzeitige Interventionen zur Vermeidung einer Dystokie. Dabei liegt unser Schwerpunkt auf relativ einfachen Betreuungsmaßnahmen und technikarmen Ansätzen zum Erhalt des normalen Geburtsfortschritts und für den Umgang mit kleineren Abweichungen und zu deren Korrektur, bevor sie zu ernsthaften Komplikationen werden, die technische Interventionen erfordern. Wir glauben, dass sich dieser Ansatz mit den weltweiten Bestrebungen sowie mit dem Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deckt, nämlich dass medizinische Interventionen Situationen vorbehalten sein sollen, in denen sie tatsächlich benötigt werden: „Ziel der Betreuung [einer normalen Geburt] ist eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind und dass dies mit dem geringsten Maß an Interventionen bei gleichzeitig hoher Sicherheit erreicht wird“ (WHO, 1996).

Unsere Empfehlungen beruhen auf folgenden Prämissen:

- Der Zeitpunkt der Dystokie ist ein wichtiger Hinweis, wenn es gilt, die Ursache festzustellen und Interventionen zu wählen.
- Manchmal treten mehrere ursächliche Faktoren gleichzeitig auf.
- Oft gelingt es ärztlichen und anderen Betreuungskräften, den Geburtsfortschritt mit einfachen nicht-chirurgischen, natürlichen physischen und psychologischen Maßnahmen zu fördern bzw. zu erhalten. Sie haben folgende Vorteile:

- Verglichen mit den meisten anderen geburtshilflichen Interventionen bei einer Dystokie sind sie mit geringeren Verletzungsrisiken und weniger Risiken für unerwünschte Nebenwirkungen für Mutter und Kind verbunden.
- Die Frau ist autonom und berechtigt, Interventionen zu akzeptieren oder abzulehnen. Die Vorschläge beruhen auf der Annahme, dass sie der Schlüssel zur Lösung und nicht die Ursache des Problems ist.
- Sie begründen oder stärken die Kooperation zwischen der Frau, ihren Unterstützerinnen und Unterstützern (Angehörige, Doula) und den klinischen Betreuungskräften.
- Sie reduzieren den Bedarf an riskanteren und komplexeren Interventionen.
- Sie können die Zufriedenheit der Frau mit ihrem Geburtserlebnis erhöhen.
- Die Wahl der Lösung hängt von den Ursachen des Problems ab, sofern sie bekannt sind. Bei unklarer Ursache muss jedoch manchmal mit Versuch und Irrtum gearbeitet werden. Die größten Nachteile bestehen darin, dass sich die gebärende Frau möglicherweise weigert, bestimmte Maßnahmen auszuprobieren, dass sie zu viel Zeit beanspruchen und/oder das Problem manchmal nicht beheben.
- In der Regel ist die Zeit eine Verbündete, kein Feind. Viele Probleme mit dem Geburtsfortschritt lösen sich mit der Zeit von alleine. Liegen keine medizinischen oder psychischen Kontraindikationen vor, können Geduld, Zuspruch und risikoarme oder risikolose Interventionen das beste Geburtsmanagement sein.
- Die klinische Betreuungskraft hat folgende Möglichkeiten, die Ursache des Problems bzw. der Probleme zu ermitteln:
 - objektive Daten: Vitalzeichen, fetale Herzfrequenzmuster, Lage, Einstellung und Größe des Kindes, Assessments des Muttermunds, Assessment der Wehen-

- stärke, -frequenz und -dauer, Status der Fruchtblase und Geburtsdauer
- subjektive Daten: die Stimmungslage der Frau, ihre Schmerzbeschreibung, ihr Ermüdungsgrad, ihre Fähigkeit, sich mithilfe bestimmter Techniken selbst zu beruhigen
- wichtige Elemente sind:
 - aufmerksames Zuhören
 - informierte Zustimmung oder Verweigerung
 - Partizipative Entscheidungsfindung.

Abbildung 1-1 illustriert den hier beschriebenen Schritt-für-Schritt-Lösungsansatz – von der Feststellung eines geringen oder fehlenden Geburtsfortschritts hin zu den abgestuften Interventionsleveln (von einfach zu komplex) zur Behebung des Problems.

Sind physiologische Primärinterventionen kontraindiziert oder erfolglos, werden technisch relativ einfache geburtshilfliche Eingriffe vorgenommen (Sekundärinterventionen), und nur wenn auch die erfolglos bleiben, kommen hochtechnisierte geburtshilfliche Eingriffe

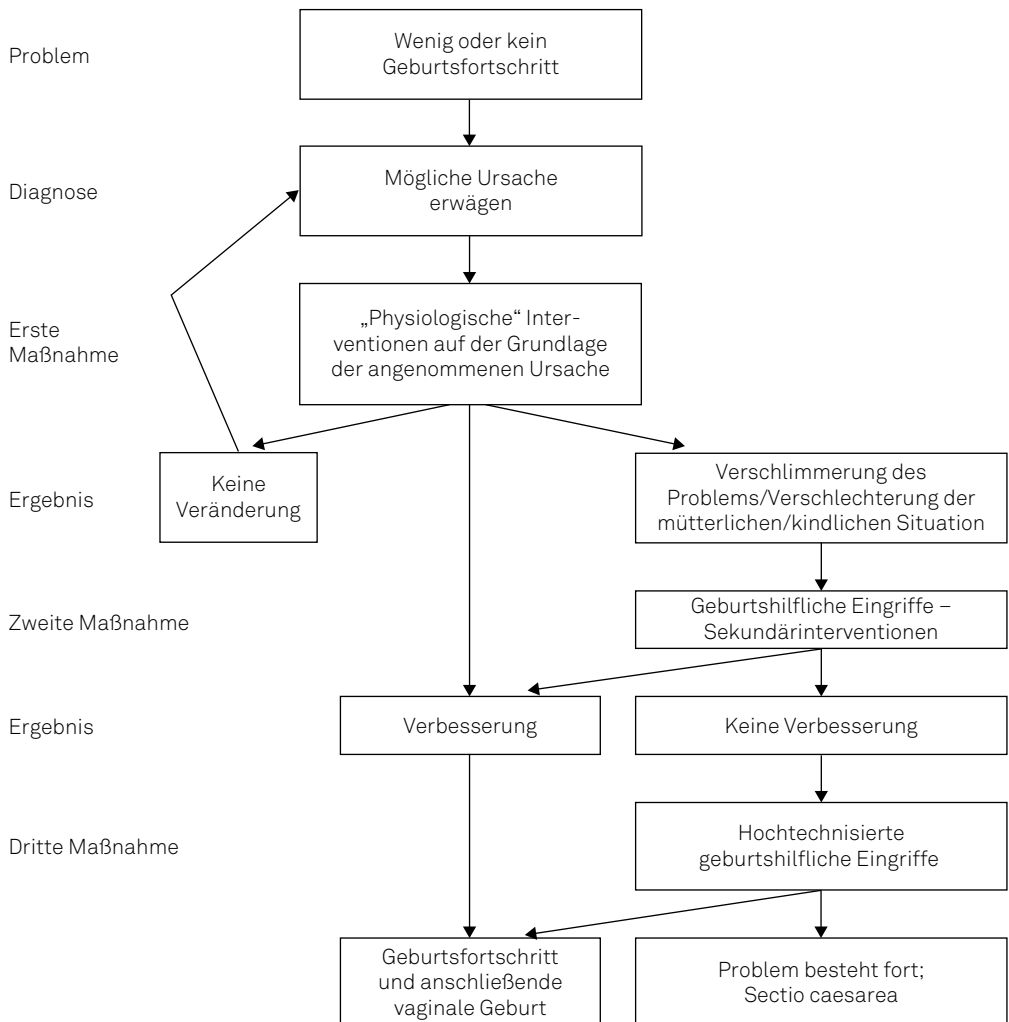


Abbildung 1-1: Behandlungsschema für die Diagnose „geringer oder ausbleibender Geburtsfortschritt“

fe (Tertiärinterventionen) unter ärztlicher Anleitung oder Anleitung einer Hebamme zum Einsatz. Ähnliche Diagramme erscheinen im Verlauf dieses Werks immer wieder, um zu zeigen, wie sich dieser Ansatz auf eine Reihe verschiedener spezifischer Ursachen dysfunktionaler Geburtsverläufe anwenden lässt.

Viele der hier beschriebenen Maßnahmen sind medizinischen Lehrbüchern, Lehrbüchern für Hebammen und Geburtshilfe und Geburtspädagogik entnommen. Einige der beschriebenen Strategien eignen sich für randomisierte kontrollierte Studien, andere nicht. Manche stammen aus der psychologischen, soziologischen und anthropologischen Fachliteratur. Einige Anregungen sind dem reichen Erfahrungsschatz von Pflegefachkräften, Hebammen, Ärzt*innen, Doulas und anderen Geburtshelfer*innen entnommen. Zahlreiche Anwendungen entsprechen den Prinzipien und der Praxis der Physiotherapie. Das Feld der therapeutischen Massage und der Chiropraktik bietet Methoden zum Assessment und zur Korrektur von Verspannungen und Verschiebungen des Bindegewebes, die den Geburtsfortschritt beeinträchtigen können. Wir haben die jeweiligen Quellen, soweit sie zu ermitteln waren, angegeben. Einige Maßnahmen fallen in die Kategorie „Volksweisheiten“, sind also unbekannter Herkunft.

Im Laufe der letzten 50 Jahre sind viele etablierte medizinische Gewohnheiten, Verfahren und Praktiken wissenschaftlich evaluiert worden, um die Geburtsergebnisse zu verbessern, wobei man feststellte, dass viele davon unwirksam oder gar schädlich sind. Routinemaßnahmen wie Darmeinläufe, Rasieren des Venusbügels, die kontinuierliche Überwachung der fetalen Herzfrequenz, Rückenlagen und Steinschnittlagen in der Austreibungsperiode, die routinemäßig durchgeführte Episiotomie, das schnelle Abklemmen der Nabelschnur, das routinemäßige Absaugen der kindlichen Atemwege nach der Geburt und die Trennung des Neugeborenen von der Mutter/den Eltern – all das sind Beispiele für Versorgungspraktiken, die weit verbreitet waren, noch bevor man sie wis-

senschaftlich ausgewertet hatte. Inzwischen zeigen entsprechende Studien, dass diese üblichen Praktiken nicht nur unwirksam waren, sondern auch die Gefahren für Gebärende und Neugeborene erhöht haben (Block, 2007).

Andere wichtige Überlegungen, etwa die Frage nach den Bedürfnissen, den Wünschen und Werten der Frau, spielen bei der Wahl des geeigneten Betreuungsansatzes ebenfalls eine wichtige Rolle. Unser Paradigma ist das einer respektvollen Geburtshilfe, wohl wissend, dass Gebärende in der Vergangenheit und weltweit stets von Rassismus, Sexismus, Genderdiskriminierung, Respektlosigkeit und anderen Formen von missbräuchlichem und schädlichem Verhalten betroffen waren. Wir erwarten, dass Gebärende am Modell der respektvollen Geburtshilfe und der Menschenrechte orientiert behandelt werden.

Rassismus und das Gefühl der Vorherrschaft weißer Menschen sind in der Geburtshilfe weit verbreitet. Dank wissenschaftlicher Untersuchungen wissen wir heute, dass als Gründer der klinischen Geburtshilfe und der Frauenheilkunde geltende Fachmänner ihre Fertigkeiten durch Experimente an sowie durch Nötigung und Missbrauch von Frauen mit schwarzer oder brauner Hautfarbe und armer Frauen gelernt haben (Cooper Owens, 2017). Deshalb vermeiden wir es hier, die Namen dieser frühen Experimentierer zu nennen und verwenden lieber eine beschreibende Terminologie, z. B., indem wir von Seitenlage oder Ausfallschritt sprechen und diese Position nicht wie einst nach einem Gynäkologen nennen. Dazu kommt, dass über einhundert Jahre hinweg Pflegefachkräften, Hebammen und Ärzteschaft zur Vorhersage schwieriger Geburtsverläufe ein offen rassistisches, pseudowissenschaftliches System der Beckenklassifizierung gelehrt wurde (VanSickle et al., 2022). Deshalb gehen wir im vorliegenden Werk davon aus, dass Menschen und Becken dynamisch sind und dass es nicht die eine perfekte Beckenform gibt. Unser Ziel ist es vielmehr, Gebärende und geburtshilfliche Fachkräfte zu ermuntern, sich die Mobilität des Be-

ckens nutzbar zu machen. Die Maßnahmen und Positionen, die wir hier anbieten, zeigen viele verschiedene Optionen auf – allerdings keine für alle passende „Einheitsmethode“.

Weltweit gibt es unterschiedliche geburts-
hilfliche Praktiken, verschiedene Anbieter von
Geburtshilfe und ungleiche Outcomes. Viele
Länder haben erkannt, wie wichtig es ist, die
Betreuung Gebärender und Neugeborener zu
verbessern, dennoch bleibt der Fortschritt zäh
(Kennedy et al., 2018; Kennedy et al., 2020). Im
vergangenen Jahrzehnt wurde dank wissen-
schaftlicher Untersuchungen zunehmend klar,
dass Hebammen eine zentrale Rolle spielen,
wenn bessere Outcomes erzielt werden sollen.
Im Jahr 2014 hat das Wissenschaftsblatt *The
Lancet* eine Artikelreihe mit vier Aufsätzen über
Hebammen veröffentlicht (Homer et al., 2014;
Renfrew et al., 2014; ten Hoop-Bender, 2014;
van Lerberghe et al., 2014). Ziel dieser Reihe
war es, Missverständnisse über den Hebammen-
beruf auszuräumen. Ein wichtiges Ergeb-
nis der Artikelreihe war die Erkenntnis, dass
eine stärkere Inanspruchnahme von Hebammen
geeignet ist, die perinatale Morbidität, Tot-
geburten eingeschlossen, in signifikantem Um-
fang zu verringern. Viele Länder haben sich das
Ziel gesetzt, mehr Hebammen auszubilden,
sie in Kliniken anzustellen und den Zugang zu
Hebammenleistungen zu verbessern, um die
mütterliche Morbidität und Mortalität zu sen-
ken (International Confederation of Midwives
[ICM], 2021). Die Versorgung durch Hebammen
führt zu mehr spontanen vaginalen Geburten,
weniger Frühgeburten, weniger Peridural-
anästhesien, weniger Episiotomien und weniger
Instrumentengeburten (Sandall et al., 2015).
Heute haben wir die Aufgabe, die richtige Balance
zu finden zwischen intervenieren und
nicht-intervenieren. Beides hat seine Zeit und
seinen Platz, dennoch werden weltweit immer
mehr geburtshilfliche Interventionen durchge-
führt, ohne dass sich die Outcomes für Schwangere,
Gebärende und Neugeborene verbessern.

Je nach Gesundheitswesen, Ausbildung und
Verfügbarkeit von Hebammen empfiehlt die

Weltgesundheitsorganisation (2018) Modelle
der *Midwife Led Continuity of Care* (MLCC), d.h.
eine hebammengeleitete kontinuierliche Be-
treuung. Das bedeutet, dass eine Hebamme
oder ein Hebammenteam die vorgeburtliche,
geburtliche und nachgeburtliche Betreuung leistet
(WHO, 2018). Das WHO-Modell schließt
andere Personen nicht von der Betreuung aus,
beginnt jedoch in den meisten Fällen mit dem
Hebammenmodell, wobei die Frau, falls andere
Fachkräfte benötigt werden, je nach ihren
spezifischen Bedürfnissen und ihrem Zustand,
an diese überwiesen wird. Während Hochrisiko-
schwängere von der Betreuung durch eine
ärztliche Fachkraft profitieren, profitieren
Schwangere mit geringem Risiko generell von
den weniger invasiven Ansätzen einer Hebamme
oder einer allgemeinärztlichen/hausärztlichen
Fachkraft. Hebammenpflege ist evidenz-
basierte Pflege – sie beruht auf einer Kombina-
tion von wissenschaftlicher Evidenz, klinischer
Erfahrung und den Bedürfnissen und Wünschen
der schwangeren oder gebärenden Frau
(Pape, 2003).

Der 5. Mai ist Welthebammentag; im Jahr
2021 lautete das Motto „Folgt den Daten und
investiert in Hebammen“ (ICM, 2021). Die
Hebammenpflege variiert von Land zu Land er-
heblich. In Großbritannien leisten Hebammen
und allgemeinärztliche Fachkräfte 80 % der ge-
burtshilflichen Versorgung, in den USA dage-
gen nur 10 % (American College of Nurse Mid-
wives, 2021, 2019). In einigen Ländern, wie
etwa Deutschland und Japan, gibt es sehr viel
mehr Hebammen als ärztliche Geburtshelfer*innen
(Dekker, 2021). Viele Länder arbeiten
daran, die Zahl der Hebammen zu erhöhen;
z. B. hat Indien das Diplom *Nurse Practitioner in
Midwifery* eingeführt und Mexiko im Jahr 2015
die *Initiative to promote Professional Midwifery*
gestartet (Akins et al., 2019; Lalchandi, 2021).

Dieses Buch ist für viele verschiedene Set-
tings und unterschiedliche klinische Fachleute
und Unterstützungspersonen gedacht, auch für
Pflegefachkräfte, Ärzt*innen, Doulas und andere.
Die Unterschiede zwischen den klinischen

Fachkräften und ihren verschiedenen geburts-hilflichen Ansätzen spiegeln sich in den unterschiedlichen Interventions- und Sectoraten bei Geburtsverläufen, die als risikoarm gelten. Wir hoffen, dass dieses Fachbuch hilfreiche Instrumente für viele verschiedene Settings und Situationen bietet.

1.2 Hinweise zu diesem Werk

Das Werk richtet sich an Pflege- und Betreuungspersonen – Hebammen, Doulas und ärztliche Fachkräfte – die den natürliche Geburtsverlauf unterstützen und schützen wollen, um komplexe, kostspielige und riskantere Interventionen zu vermeiden. Es soll auch angehenden Hebammen, Pflegefachkräften auf geburtshilflichen Stationen und Wöchnerinnenstationen, Geburtspädagoginnen (die den werdenden Eltern viele dieser Techniken beibringen können) und Doulas (ausgebildete Geburtsbegleiterinnen, in deren Tätigkeitsbereich viele nicht-klinische Maßnahmen fallen) hilfreich sein. Die Kapitel sind chronologisch, den Geburtsphasen und -stadien entsprechend geordnet.

1.3 Hinweis der Autorinnen zum gendersensiblen Sprachgebrauch

Wir sind uns bewusst, dass sich Schwangere und Gebärende nicht unbedingt mit den Begriffen Frau/Frauen, sie, ihr, ihre identifizieren. Deshalb verwenden wir in diesem Werk eine gendersensible Sprache und verwenden die Worte schwangere oder gebärende Person. Wir tun dies, um zu verhindern, dass in der Geburtshilfe jemand Voreingenommenheit und Vorurteilen begegnet. Wir sprechen weiterhin von Frauen und/oder Müttern, wenn wir wissenschaftliche Literatur zitieren, in der sich Betroffene selbst als weiblich beschreiben oder Forschende die Person als Frau oder Mutter identifizieren. [Eine gendersensible Anpassung

der Begriffe „breast feeding“ zu „chest feeding“, wie im US-Original erfolgt, haben wir in der deutschsprachigen Übersetzung nicht vorgenommen, da der deutsche Begriff „Stillen“ bereits geschlechtsneutral ist. Anm. d. Lek.]

1.4 Fazit

Die 5. Ausgabe dieses Werks ist Penny Simkin, der ursprünglichen Autorin, gewidmet. Sie ist eine weltbekannte Doula, Geburtspädagogin und Autorin zahlreicher Artikel und Bücher. Viele Kapitel dieser Ausgabe wurden von neuen Autorinnen und Mitarbeiterinnen verfasst, die allesamt erfahrene klinische Hebammen, Doulas, Geburtspädagoginnen und/oder Wissenschaftlerinnen sind. Hauptziel dieses Buchs ist es, Dystokien zu verhindern und den Einsatz von Interventionen schrittweise zu steigern, um mit dem am wenigsten invasiven Ansatz eine sichere Geburt zu erreichen. Soweit uns bekannt, werden hier zum allerersten Mal Strategien zur Förderung des Geburtsfortschritts zusammentragen, die von den vielen verschiedenen Fachkräften und Unterstützungspersonen an vielen verschiedenen Orten eingesetzt werden können. Die Mehrzahl der beschriebenen Strategien ist für klinische und häusliche Geburten sowie für unabhängige Geburtshäuser gleichermaßen geeignet.

Das Wissen über angemessene frühe Maßnahmen kann Schwangeren lange, entmutigende und kräftezehrende Geburtsverläufe ersparen, die Notwendigkeit größerer Eingriffe reduzieren und die Outcomes sicherer und befriedigender machen. Gut möglich, dass Frauen das, was für sie getan wird, gar nicht als Intervention wahrnehmen, sie werden sich jedoch immer an Ihre Achtsamkeit und Expertise, Ihren Respekt und Ihre Unterstützung erinnern, als sie ihr Kind zur Welt brachten (Simkin, 1992). Das trägt viel zu ihrer Zufriedenheit und zu positiven Langzeiterinnerungen an ihre Geburtserfahrungen bei. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Erfüllung bei Ihrer wichtigen Arbeit.

1.5 Literatur

- Akins, L., Keith-Brown, K., Rees, M., Sesia, P., Blanco, G., Coronel, D., Cuellar, G., Hernandez, R. & Yang, C. (2019). *Strengthening midwifery in Mexico: Evaluation of progress 2015–2018*. John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.
- American College of Nurse Midwives. (2019). *Fact Sheet: Essential facts about midwives*. <https://midwife.org/about/>
- American College of Nurse Midwives. (2021). *Evidence based practice definition*. <https://legacy.midwife.org/Evidence-based-Practice-Definition>
- Block, J. (2007). *Pushed: The painful truth about childbirth and modern maternity care*. Da Capo Lifelong.
- Cooper Owens, D. (2017). *Medical bondage. Race, gender, and the origins of American gynecology*. University of Georgia Press.
- Dekker, R. (Moderierende). (2021, 5. Mai). EBB 175. Evidence on Midwives. [Podcast-Folge]. In *Evidence Based Birth® – Evidence that Empowers!*. <https://evidencebasedbirth.com/evidence-on-midwives>
- Homer, C.S., Friberg, I.K., Dias, M.A., ten Hoop-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A.M. & Bartlett, L.A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*, 384(9948), 1146–1157.
- International Confederation of Midwives. (2021). *Follow the data: Invest in midwives*. <https://internationalmidwives.org/>
- Kennedy, H.P., Balaam, M.C., Dahlen, H., Declercq, E., de Jonge, A., Downe, S., Ellwood, D., Homer, C., Sandall, J., Vedam, S. & Wolfe, I. (2020). The role of midwifery and other international insights for maternity care in the United States: An analysis of four countries. *Birth*, 47(4), 332–345. <https://doi.org/10.1111/birt.12504>
- Kennedy, H.P., Cheyney, M., Dahlen, H.G., Downe, S., Foureur, M.J., Homer, C., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Speciale, A.M., Stevens, J., Vedam, S. & Renfrew, M.J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222–231.
- Lalchandi, K. (2021). *India's investment in midwives: A step in the right direction to achieving universal health coverage*. Jhpiego. <https://www.jhpiego.org/>
- Myers, E.R., Sanders, G.D., Coeytaux, R.R., McElligott, K.A., Moorman, P.G., Hicklin, K., Grotegut, C., Villers, M., Goode, A., Campbell, H., Befus, D., McBroom, A.J., Davis, J.K., Lallinger, K., Fortman, R. & Kosinski, A. (2020). *Labor Dystocia*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER226>
- Neal, J.L., Ryan, S.L., Lowe, N.K., Schorn, M.N., Buxton, M., Holley, S.L. & Wilson-Liverman, A.M. (2015). Labor dystocia: Uses of related nomenclature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(5), 485–498. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12355>
- Pape, T.M. (2003). Evidence-based nursing practice: To infinity and beyond. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34, 154–161. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20030701-07>
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., Silva, D.R., Downe, S., Kennedy, H.P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129–1145. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.00000460706.27837.c4>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2), 64–81. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>
- ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C.S., Kennedy, H.P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M.J. & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*, 384(9949), 1226–1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- VanSickle, C., Liese, K.L. & Rutherford, J.N. (2022). Textbook typologies: Challenging the myth of the perfect obstetric pelvis. *The Anatomical Record*, 305(4), 952–967. <https://doi.org/10.1002/ar.24880>
- van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., de Bernis, L., De Brouwere, V., Fauveau, V., Fogstad, H., Koblinsky, M., Liljestrand, J., Mechal, A., Murray, S.F., Rathavay, T., Rehr, H., Richard, F., ten Hoop-Bender, P. & Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*, 384(9949), 1215–1225.

World Health Organization. (1996) *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization. (2018). *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019, Februar). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), e164–e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003074>

2 Respektvolle Geburtshilfe

Amber Price

Fast überall auf der Welt bitten Frauen, wenn sie gebären, andere um Unterstützung. Nur selten findet eine Geburt in völliger Einsamkeit statt, außer es geschieht freiwillig oder aus der Not heraus. In früheren Jahren fand die Entbindung zu Hause statt, für alle sichtbar und hörbar. Wer in einer kleinen Gemeinschaft lebte, verließ sich auf die Unterstützung anderer Mitglieder der Gemeinschaft. Nur wenige Frauen, die ein Kind bekamen, waren nicht bei der Geburt eines Geschwisterchens dabei gewesen und hatten in der Nachbarschaft oder im Freundeskreis noch keine Geburt erlebt. Die Geburt war entmystifiziert, weil man sie gesehen hatte, und das hat die Frauen auf die Entbindung vorbereitet; sie erinnerten sich an die Geräusche und Anstrengungen der Wehen und Geburtsarbeit und hatten miterlebt, dass und wie es anderen gelungen war, diese Reise erfolgreich abzuschließen (Breedlove et al., 2018). Die Teilnahme an einer Geburt fördert das Vertrauen in die Gebärfähigkeit des Körpers, sie stärkt die Zuversicht und normalisiert das Ereignis. Wir befinden uns heute in einer Zeit, in der nur wenige Schwangere und Gebärende bei einer Geburt dabei waren. Wer schon mal eine Geburt im Fernsehen gesehen hat, sah vermutlich eine medikalisierte Geburt, in einem Krankenhaus, mit viel Technikeinsatz als zentralem Merkmal (Breedlove et al., 2018). Wie jemand eine Geburt gesehen hat, prägt ihre/seine diesbezüglichen Überzeugungen. Jede Kultur hat eigene Glaubenssätze und Rituale rund um die Geburt; auch wenn sie manchmal geheimnisumwoben ist, so bleibt sie doch ein universeller Gleichmacher.

In den meisten Kulturen ist es üblich, sich an eine Gesundheitsfachkraft zu wenden, um die Schwangerschaft möglichst schnell bestätigen zu lassen (Breedlove et al., 2018). In manchen Kulturen ist die Auswahl an geburtshilflichen Unterstützungspersonen recht groß. Nur selten wählen Schwangere eine Fachkraft aufgrund bestimmter Eigenschaften aus, etwa aufgrund ihres ähnlichen Kommunikationsstils, ihrer gemeinsamen kulturellen oder persönlichen Überzeugungen oder ihrer Fähigkeit, Vertrauen und Autonomie zu fördern. Schwangere gehen möglicherweise davon aus, dass die Fachkraft, der sie das Management ihrer Empfängnisverhütung anvertraut haben, ebenso gut befähigt ist, das Management ihrer Schwangerschaft zu übernehmen. Es ist sehr schwer für die Frauen, während der Schwangerschaft ihre Betreuungskraft zu wechseln, vielleicht haben sie auch gar keine Wahl, weshalb sie am Ende womöglich mit Hilfe einer Person gebären, die ihre Kultur nicht versteht, ihre Körpersprache nicht richtig deuten kann, auf eine Art kommuniziert, die ihnen fremd ist und sich nicht tröstlich und respektvoll anfühlt oder die ihre nicht Wünsche beachtet. Für Betroffene ist es manchmal leichter, sich zu sagen, dass schon alles gut gehen wird und dass es einzig und allein auf Sicherheit ankommt. „Gesunde Mutter, gesundes Kind“, das wird von geburtshilflichen Fachkräften oft als Ziel der Schwangerschaft genannt; doch damit legen sie die Messlatte sehr tief. Die Geburtserfahrung kann ein Leben lang zum körperlichen und emotionalen Wohlbefinden einer Frau beitragen.

Kinderkriegen ist in allen Ländern ein *rite de passage*, ein Schritt ins Erwachsenenleben, zugleich aber auch eine Zeit höchster Vulnerabilität. Viele Schwangere berichten, dass sie in der ersten Zeit ängstlich waren und sich sofort in die Hände von Ärzt*innen begaben, um sich Bestätigung und Rat zu holen. Und diese Angst ist es, die Schwangere so überaus anfällig macht für Zwang und Nötigung. Die kulturellen und sozialen Normen rund um die Geburt unterscheiden sich weltweit von Land zu Land ganz erheblich, und Geschichten von schönen, stärkenden und sicheren Geburten mischen sich mit Geschichten von Missbrauch, Kummer und Verzweiflung. Manche Frauen erinnern sich z. B. daran, dass sie auf dem Fußboden gebären und den Boden anschließend sauber machen mussten, oder dass sie von geburtshilflichen Fachkräften geschlagen und beschimpft wurden. Solche Geschichten erreichen uns vor allem aus Ländern, in denen Ungleichbehandlung auch im Alltag traurige Realität ist (Browser & Hill, 2010). In anderen Ländern ist der Missbrauch subtiler, doch nicht minder schädlich, da er Traumata ohne sichtbare Spuren verursacht. Es scheint, als bestimmten Kultur und Überzeugungen des Individuums die Art ihrer Geburtserfahrung. In Kulturen, in denen die Ungleichbehandlung der Geschlechter die Norm ist, verstärkt sich die Ungleichbehandlung beim Geburtsgeschehen. Sämtliche Übel einer Gesellschaft, von Rassismus zu Geschlechterungleichheit und Missbrauch, treten im Geburtssetting deutlich verstärkt auf.

Menschenrechte sind Grundrechte aller Menschen. Aus jeder Kultur auf der ganzen Welt erreichen uns Berichte von der Verletzung dieser Rechte während Schwangerschaft und Geburt (Browser & Hill, 2010). *Respektvolle Geburtshilfe* ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl an Themen und Problemen rund um das Geburtsgeschehen. Zu den Kategorien respektloser und missbräuchlicher geburtshilflicher Betreuung gehören (Browser & Hill, 2010; Bohren et al., 2015):

- körperlicher Missbrauch
- unerwünschte klinische Betreuungsmaßnahmen
- indiskrete Betreuung
- würdelose Betreuung
- das Alleinlassen und Festhalten in Gesundheitseinrichtungen
- sexueller Missbrauch
- Stigmatisierung und Diskriminierung
- die Nichteinhaltung fachlicher Versorgungsstandards
- schlechtes Verhältnis zwischen Frau und geburtshilflichen Fachkräften.

2.1 Das Gesundheitswesen – Bedingungen und Beschränkungen

„Missbrauch, Nötigung und die Missachtung deiner Rechte sind unter gar keinen Umständen akzeptabel. Jede Frau hat das Recht auf Selbstbestimmung und auf eine sichere, respektvolle und unterstützende Geburtsumgebung, die sie vor Schaden bewahrt. Wir verurteilen jeglichen körperlichen und verbalen Missbrauch Gebärender aufs Schärfste und verlangen, dass die veralteten schädlichen Praktiken vergangener Jahre sofort eingestellt werden. Dazu zählen erzwungene Interventionen, Nötigung und Klageandrohungen“ (Price, 2016).

Beispiele für die Missachtung der Prinzipien einer respektvollen Geburtshilfe sind in unserem Alltag unschwer zu finden. Die meisten Geburten verlaufen völlig normal und unkompliziert. Dennoch werden Geburten oft launig porträtiert als Ereignis, das mit Gekreische und körperlichen Verletzungen verbunden ist, was zu deren Normalisierung beiträgt. In Kinofilmen kreischen Gebärende fast immer und die Geburt ist meist ein Notfall, damit die Spannung im Publikum steigt. Viele Schwangere erwarten deshalb ein traumatisches Geburtserlebnis und haben große Angst vor der Geburt, was man als Tokophobie bezeichnet (Bhatia & Jhanjee, 2012). In keinem anderen Bereich der Gesund-

heitsversorgung ist es denkbar, sich über Leiden, Erschöpfung und Verletzung lustig zu machen. Wenn solche Darstellungen Ihre einzigen Informationen über Geburten sind, sind Sie prädestiniert, sich vor der Entbindung zu fürchten, und das ist das denkbar größte, Ihrer aktiven Interessenvertretung (*self-advocacy*) entgegenstehende Hindernis.

Gesundheitssysteme sollten sich große Mühe geben, sichere Orte zu sein für Gebärende und ihre Familien, und möglichst wenig Anlass zu kritischen Auseinandersetzungen zu bieten, und dennoch erleben Schwangere, dass ihre geburtsbezogenen Wünsche, wenn sie den Gewohnheiten der klinischen Fachkraft, des Settings oder den örtlichen Gepflogenheiten widersprechen, übergangen werden (Cook & Loomis, 2012). Eine Geburt bleibt ein Leben lang in Erinnerung, und Geburtserlebnisse werden immer wieder von Neuem erzählt. Eine Geburtsgeschichte kann Furcht einflößen oder Zuversicht wecken und damit die kulturellen Normen und Geburtspraktiken fest in einer Region verankern.

Zu den Bevölkerungsgruppen, die am stärksten Gefahr laufen, respektlos betreut zu werden, gehören Strafgefangene, People of Color, LGBTQ-Personen, adipöse Frauen, Frauen mit Suchtproblemen und psychisch Kranke. Zwar ist niemand vor Respektlosigkeit und Missbrauch gefeit, die am stärksten Gefährdeten unter uns haben jedoch vermutlich schon früher negative Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistern gemacht, sie scheuen sich, um gesundheitliche Betreuung nachzusuchen und fühlen sich in medizinischen Settings gehemmt und unwohl.

2.2 LGBTQ-Personen in der Geburtshilfe

Das Geschlecht (*sex*), das einem Menschen bei der Geburt zugewiesen wird, kann sich von der persönlichen Identität (*gender*) des Individuums unterscheiden. „Sexuelle Orientierung“ –

grob gesagt, zu wem sich jemand sexuell hingezogen fühlt – und Genderidentität können das Leben und die Geburtserfahrungen der Person definieren. Jemanden zu lieben, der nicht dem anderen Geschlecht angehört, ist in manchen Kulturen tabu und für manche Menschen extrem irritierend. „Genderidentität“ ist das tief empfundene Gefühl der eigenen Geschlechtszugehörigkeit. In der Regel entspricht die Genderidentität dem Zuweisungsgeschlecht bei der Geburt. Mit „Genderexpression“ ist die Art gemeint, wie ein Individuum die eigene Geschlechtszugehörigkeit freiwillig nach außen zeigt. Sie kann durch Kleidung, Körpersprache und andere Verstärker/Modifikationen ausgedrückt werden, etwa durch Make-up und Frisuren, die nicht dem Zuweisungsgeschlecht entsprechen. Die WHO definiert „Heteronormativität“ als die Annahme, alle Menschen wären heterosexuell und Heterosexualität sei sämtlichen anderen sexuellen Orientierungen überlegen. Heteronormativität kann Individuen und Institutionen veranlassen, Menschen mit anderen sexuellen Orientierungen und Genderidentitäten unsichtbar zu machen und zu stigmatisieren. Zu diesem Konzept gehören oft eine gewisse Gendernormativität und bestimmte Rollenzuschreibungen, sowie die Meinung, Individuen *sollten* sich als Männer oder Frauen identifizieren und maskuline Männer und feminine Frauen sein. In manchen Kulturen ist das Stigma kultureller Non-Normativität so stark, dass Betroffene von der Gesellschaft und von Fachkräften von Gesundheitsdienstleistungen in signifikantem Umfang diskriminiert und missbraucht werden. Genderidentität ist nicht statisch und auf männliche/weibliche Identitäten beschränkt, das Spektrum der Identitäten ist vielmehr breit gefächert (WHO, 2016).

Gebärende, die sich nicht als Frauen fühlen, haben es schwer in einer Welt, in der Geburten traditionell „Frauensache“ sind. Die meisten medialen Darstellungen Schwangerer zeigen Personen, die sich traditionell weiblich fühlen, was auch für literarische Beschreibungen gilt.

Die schwangere Person wird fast ausschließlich weiblich angesprochen (*she*) und mit Brüsten abgebildet. Die Terminologie der Geburtshilfe ist geschlechtsspezifisch und schließt oft Menschen aus, die sich nicht weiblich fühlen. Selbst der Begriff „Mutterschutz“ identifiziert die Schwangere als „Mutter“ und kann sich für die Person falsch anfühlen. Dieser Sprachgebrauch ist überall verbreitet und kann Menschen, die sich nicht als weiblich wahrnehmen, erhebliches Leid zufügen und ihnen das Gefühl von „Andersein“ vermitteln und das in einer sehr vulnerablen, aufregenden Zeit, die sie eigentlich genießen sollten.

Entspricht eine Person oder ein Paar nicht der für Schwangere geltenden kulturellen Norm, kann es Situationen geben, in denen die Respektvolle Geburtshilfe auf der Strecke bleibt. Manchmal geschieht dies ohne böse Absicht oder nicht vorsätzlich, etwa wenn jemand die Eltern des Babys als „Vater und Mutter“ bezeichnet, doch manchmal steckt der Wunsch der Fachkraft dahinter, zu strafen und zu schaden, was mit ihrer intensiven persönlichen Reaktion zu tun hat und mit ihren eigenen Auffassungen von Geschlecht und Genderidentität. Für Menschen, die sich in einem System wiederfinden, in dem sie Gefahr laufen, marginalisiert oder missbraucht zu werden, ist es wichtig, Dienstleister*innen zu finden, der ihre persönlichen Wünsche respektieren. Sie sollen den geburtshilflichen Fachkräften mitteilen, wie sie selbst angesprochen und die Person an ihrer Seite angesprochen werden wollen und wie sie das Baby ansprechen sollen. Die Geburtserfahrung an sich kann intensive Gefühle auslösen und gender-non-konforme Gebärende für ein Trauma prädisponieren. Um das Geburtserlebnis zu bearbeiten, sollen sie einige Wochen danach mit einer Person ihres Vertrauens sprechen, die um die spezifischen Umstände weiß und ihre Identität kennt. Wer eine Person betreut, die sich als LGBTQ+ versteht, soll unbedingt fragen, wie sie angesprochen werden möchte, was man bitte keinesfalls vergessen darf, was dem Rest des Teams mitgeteilt wer-

den soll und wie sie sich ihre Entbindung vorstellt. Vermutungen anzustellen darüber, wer das Baby bei der Geburt entgegennimmt, wie die kulturspezifische Elternschaft aussieht und mit welchen Worten das Geschlecht bezeichnet wird (z. B. „Es ist ein Mädchen“, „Mutter“) kann für Gebärende nicht nur beleidigend oder ärgerlich sein, vielmehr auch eine Traumareaktion auslösen. Über die Frage, ob das Wort „Frau“ aus dem Sprachgebrauch gestrichen werden soll, wurde in der Frauengesundheitsbewegung heiß diskutiert, weil dort der Eindruck entstand, dass Frauen aus der Geburt getilgt werden, falls dieser das Geschlecht bezeichnende Begriff eliminiert wird. Das Wort „Frau“ zu verwenden ist jedoch völlig in Ordnung und angemessen für alle, die sich als solche fühlen. Wir müssen allerdings darauf achten, die *Platin-Regel* zu beherzigen – behandle andere wie diese sich selbst behandeln würden – und nicht der *Goldenen Regel* zu folgen, die besagt, dass wir andere behandeln sollen, wie wir uns wünschen behandelt zu werden (Rönnedal, 2014). Diese Regel gilt auch für die Worte und Begriffe, von denen sie wünschen, dass wir sie verwenden. [Für weitergehende Informationen und Hinweise zum Umgang mit LGBTQ+-Personen empfehlen wir die Lektüre von (Traister, 2024). Anm. d. Lek.]

2.3 Respektvolle Geburtshilfe und Schwangere mit hohem Körpergewicht

Die WHO schätzt, dass 52% der Weltbevölkerung einen Body-Mass-Index (BMI) über 25 hat. Während der Schwangerschaft nehmen 73% der Betroffenen stärker an Gewicht zu als empfohlen (Johnson et al., 2013). Menschen mit hohem Körpergewicht begegnen in der Gesellschaft erheblichen Vorurteilen, insbesondere aber in der Gesundheitsversorgung, weil dort ihr Gewicht schnell für sämtliche Gesundheitsprobleme und -risiken verantwortlich gemacht wird. Die Gerätschaften sind nur für Leute mit

Durchschnittsgewicht geeignet. Die Monitore zum Abhören der fetalen Herztöne arbeiten mit einer Ultraschalltechnologie, die Fettschichten nicht gut durchdringt. Die Betten sind nur für ein bestimmtes Gewicht ausgelegt, genau wie MRT-Apparate, Operationstische und Computertomographen. Krankenaushemden sind selten so groß, dass sie einer Person mit hohem Körpergewicht richtig passen. Auch Blutdruckmanschetten, Monitorgurte, Toiletten und Stühle sind für große schwere Körper ungeeignet. Wie sollen sich Menschen in einer Umgebung wohlfühlen, in der nichts passt und die meisten Dinge für sie nicht zu gebrauchen sind?

Das Gesundheitspersonal hegt Vorurteile gegen Menschen mit hohem BMI (Ahrens & Rohr, 2025). Auch die Gesellschaft hat ein Vorurteil, das jedoch in der Gesundheitsversorgung verstärkt zu Tage tritt, weil es an angemessenen Gerätschaften fehlt, um Patient*innen mit hohem Körpergewicht sicher versorgen zu können. Es ist schwer, einen kranken Menschen mit hohem Körpergewicht zu bewegen. Es ist eine Herausforderung, alle pflegerischen Aufgaben zu erfüllen, wenn die Person aufgrund ihres ho-

hen Gewichts einen erheblichen Unterstützungsbedarf hat. In manchen Kulturen und bestimmten Communities wird ein hohes Gewicht akzeptiert und gilt als Variante des Normalen. In Gesundheitseinrichtungen gilt dieser Zustand als hochriskant und krankhaft. Bradford und Kollegen (2020) konstatieren, dass Stigmatisierung aufgrund des Gewichts eine kulturell akzeptierte Form von Diskriminierung ist. Wegen der Wirkung und Wichtigkeit von Sprache schlagen sie vor, folgende Begriffe zu verwenden: Person mit hohem/geringen Körpergewicht, mit hohem BMI, niederem BMI, eine korpulente, vollschlanke, beleibte, füllige oder adipöse Person (Bradford et al., 2020).

Adipösen Menschen, die sich als solche in ihren Communities sehr wohlfühlt haben, fällt es schwer, sich damit abzufinden, als Hochrisikofall bezeichnet zu werden und fühlen sich möglicherweise völlig deplatziert. Es gibt Gesundheitsfachleute, die sich weigern, Schwangere mit hohem BMI zu betreuen, weil sie Haftungsprobleme fürchten. Je schwerer die Frau, desto schwerer wird es, eine Gesundheitsfachkraft zu finden, die sie betreut, insbesondere

(a)

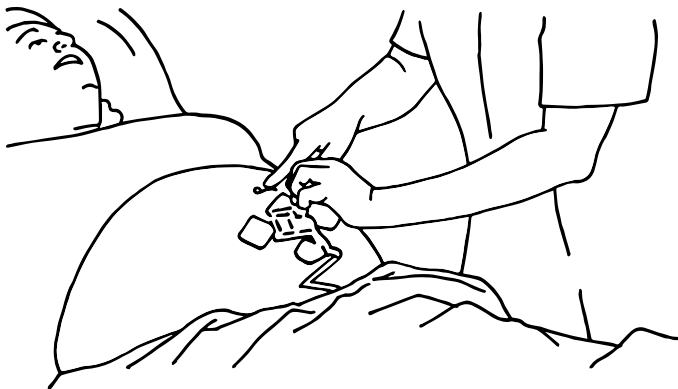


Abbildung 2-1a: Platzierung von Monitoring-Elektroden

(b)

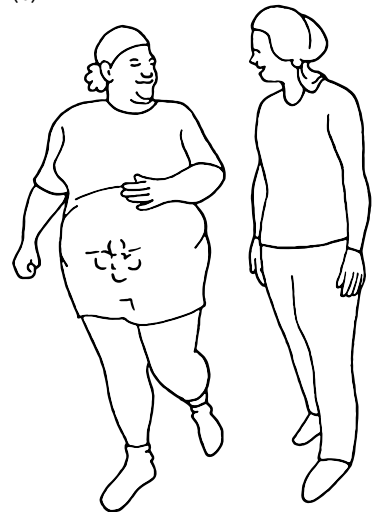


Abbildung 2-1b: Schwangere Person in größerem Patientinnenhemd und mit mobilen Monitoring-Elektroden