

Aufklärung zur Geburt im Hebammengeleiteten Kreißsaal

„Die Geburt eines Kindes ist ein natürlicher Vorgang. Dennoch kann es zu Situationen kommen, die medizinisches Handeln erfordern. Im Zuge eines Aufklärungsgesprächs werden wir Sie über Abläufe und Maßnahmen rund um die Geburt im Hebammengeleiteten Kreißsaal informieren, damit Sie Ihre Entscheidung treffen können, ob Ihr Kind im Hebammengeleiteten- (HKS) oder im Interprofessionellen Kreißsaal (IKS) zur Welt kommen soll. Damit sie für das Gespräch vorinformiert sind, bitten wir Sie, sich mit dem hinterlegten Aufklärungsbogen vorab zu beschäftigen.“

Liebe Schwangere, liebe werdende Eltern,

die Informationen über den hebammengeleiteten Kreißsaal sowie die Arbeit von Hebammen sollen Sie bei der Entscheidung unterstützen, ob Sie Ihr Kind im Hebammengeleiteten Kreißsaal (HKS) oder im Interprofessionellen Kreißsaal (IKS) gebären möchten.

Ein hebammengeleiteter Kreißsaal steht unter Leitung der in der Klinik angestellten Hebammen. Hebammen sind berechtigt und dafür ausgebildet, eine normale Geburt eigenverantwortlich zu leiten. Ein Arzt wird nicht tätig, solange er nicht von der Sie betreuenden Hebamme hinzugerufen wird, z.B. weil es im Verlauf zu einer pathologischen Situation kommt.

Ein interprofessioneller Kreißsaal steht von Beginn an unter ärztlicher Leitung, selbst wenn der Geburtsverlauf unkompliziert verläuft. Dort unterstützt das Team der Hebammen die Ärzte.

Die Geburt im HKS ist für Frauen geeignet, die nach einem normalen Schwangerschaftsverlauf eine normale Geburt erwarten. Eine normale Geburt ist wahrscheinlich, wenn sich aus ihrer Vorgeschichte (Anamnese), dem Schwangerschaftsverlauf und dem Aufnahmebefund nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche keine Anhaltspunkte ergeben, die eine zusätzliche ärztliche Behandlung erfordern. Der HKS fördert natürliche Geburtsverläufe mit weniger operativen Eingriffen und Schmerzmitteln und zudem verkürzt sich die Geburtsdauer im Durchschnitt.

Wenn Sie sich zur Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal entscheiden, können Sie jederzeit den Übergang in den interprofessionellen Kreißsaal wünschen. Die Geburt wird dann gemäß den dortigen Modalitäten fortgesetzt. Eine Rückkehr in den hebammengeleiteten Kreißsaal ist dann allerdings nicht mehr möglich.

Bei Ihnen wurde in einem ersten Gespräch eine Anamnese erhoben, aus der hervorgeht, dass keine vorbekannten gesundheitlichen Risiken für die Geburt Ihres Kindes bestehen.

Sollten sich während des weiteren Schwangerschaftsverlaufs Änderungen ergeben, müssen Sie die Befunde umgehend dem geburtshilflichen Team mitteilen, da diese zur Einschätzung der zu erwartenden Geburt erforderlich sind. Dazu gehören unter anderem Blutdruckkontrollen, Urinuntersuchungen, Blutuntersuchungen laut Mutterschaftsrichtlinien, Kontrollen der kindlichen Herztöne und körperliche Untersuchungen.

Ergeben sich Hinweise auf Risiken, werden wir eine weiterführende Diagnostik oder die Mitbehandlung durch das ärztliche Kreißsaal-Team des Klinikums Lüneburg empfehlen.

Bei akuten Problemen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (z.B. Blutungen, Frühgeburtsbestrebungen) wenden Sie sich bitte umgehend an den Kreißsaal unter folgender Nummer Tel.: 04131 – 60 201731.

1) Ein- und Ausschlusskriterien zur Geburt im Hebammengeleiteten Kreißsaal (HKS)

Der HKS stellt eine Ergänzung des klinischen geburtshilflichen Angebots dar. Die gesundheitliche Eignung von Mutter und Ungeborenem sind entscheidend für die Möglichkeit der Inanspruchnahme des HKS.

Wenn ein absolutes Ausschlusskriterium vorliegt, ist eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal nicht möglich.

Wenn ein relatives Ausschlusskriterium vorliegt, bedarf es einer fachärztlichen Entscheidung, ob eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal möglich ist.

Absolute Ausschlusskriterien für eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal sind folgende Umstände in der Schwangerschaft:

- **Zwillingsschwangerschaft**
- **Beckenendlage des Ungeborenen:** Eine Lage des Fötus, bei der das Gesäß oder die Füße zuerst in den Geburtskanal treten, was die Geburt komplizieren kann.
- **Querlage/ Schräglage des Ungeborenen:** Position des Fötus, bei der er horizontal oder schräg im Mutterleib liegt, was eine vaginale Geburt erschwert oder unmöglich macht.
- **Diabetes mellitus Typ I oder II bei der Mutter:** Eine Stoffwechselerkrankung, die während der Schwangerschaft besondere Risiken (z.B. Plazentainsuffizienz) für die Mutter und das Kind birgt und eine engmaschige Kontrolle erfordert.
- **Frühgeburtlichkeit** Die Geburt eines Kindes vor der 37+0 Schwangerschaftswoche, was zu erhöhten gesundheitlichen Risiken (z.B. Atemnotsyndrom) für das Neugeborene führen kann.
- **Schwere mütterliche Erkrankung:** Zu schweren mütterlichen Erkrankungen zählen insbesondere Krankheiten wie schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus oder schwere Infektionen. Solche Erkrankungen können die Fähigkeit des Körpers beeinträchtigen, die Schwangerschaft zu unterstützen, und das Risiko für Erkrankungen wie Präeklampsie, Frühgeburt oder Plazentainsuffizienz erhöhen.
- **Schwere kindliche Erkrankung:** Schwere kindliche Erkrankungen während der Schwangerschaft können sowohl genetische als auch erworbene Ursachen haben. Zu den häufigsten Erkrankungen gehören **Fehlbildungen, Chromosomenstörungen** (z. B. Down-Syndrom), **Infektionen** (wie Röteln oder Zytomegalie), **Wachstumsstörungen** oder **Herzfehler**. Diese Erkrankungen können die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen und mit Risiken wie einer **Frühgeburt, Fehlgeburt** oder **Sauerstoffmangel** (Asphyxie) verbunden sein.
- **Zwei vorausgegangene Kaiserschnitte:** Bestehen in der Gesundheitsgeschichte zwei Kaiserschnitte, kann dies das Risiko für eine **Uterusruptur** (Riss der Gebärmutterwand) während einer vaginalen Geburt erhöhen. Zudem besteht das Risiko einer **Plazenta-Accreta** (die Plazenta wächst in die Gebärmutterwand), was zu schweren Blutungen und möglichen Komplikationen bei der Geburt führen kann. Frauen mit

zwei Kaiserschnitten benötigen eine engmaschige Überwachung und oft eine sorgfältige Entscheidung darüber, ob eine vaginale Geburt oder ein erneuter Kaiserschnitt sicherer ist.

- **Übergewicht der Mutter mit Body-Mass-Index > 40 (Adipositas per-magna):** Ein hoher BMI, der mit erhöhten Risiken für Schwangerschafts-komplikationen und gesundheitlichen Problemen für Mutter und Kind ver-bunden ist.
- **Vorausgegangene Totgeburt**
- **HELLP-Syndrom:** Eine schwerwiegende Erkrankung in der Schwanger-schaft, die durch eine Kombination von hämolytischer Anämie (Zerstörung von roten Blutkörperchen), erhöhten Leberenzymen und niedrigem Throm-bozytenwert gekennzeichnet ist.
- **Komplikationen bei vorangegangenen Geburten**
 - **Schulterdystokie:** Schulterdystokie ist eine geburtshilfliche Notfall-situation, bei der die Schultern des Babys nach der Geburt des Kop-fes nicht problemlos durch den Geburtskanal passen. Dies kann zu einer Verzögerung der Geburt und ernsthaften Schäden bei Mutter und Kind führen, wie zum Beispiel Nervenschäden des Kindes oder Verletzungen der Mutter (z.B. Risse im Geburtskanal). Häufige Ur-sachen sind eine zu große Körpergröße des Babys oder eine schwierige Geburtslage.
 - **Vorzeitige Plazentalösung:** Das vorzeitige Ablösen der Plazenta von der Gebärmutterwand, bevor das Kind geboren ist kann zu starken Blutungen führen und das Leben von Mutter und Kind ge-fährden. Symptome sind plötzliche Schmerzen im Bauch und vagi-nale Blutungen. Es kann zu einer Unterversorgung des Babys mit Sauerstoff und Nährstoffen kommen, was zu schweren Entwick-lungsstörungen oder sogar zum Tod des Kindes führen kann.
 - **Kindlicher Geburtsschaden:** Kindliche Geburtsschäden umfassen Verletzungen, die das Baby während der Geburt erleidet. Dies kann durch eine schwierige Geburt, eine unzureichende Sauerstoffver-sorgung (z.B. bei einer Schulterdystokie oder Nabelschnurkomplika-tionen) oder durch mechanische Belastungen (z.B. durch den Ein-satz von Zangen) entstehen. Mögliche Folgen sind neurologische Schäden, Frakturen oder Verletzungen der Organe.
 - **Atonie:** Atonie bezeichnet das Fehlen einer ausreichenden Wehen-tätigkeit der Gebärmutter nach der Geburt, was zu starken Blutun-gen führen kann. Es ist eine der häufigsten Ursachen für postpartale Blutungen. Risikofaktoren sind u.a. Mehrlingsgeburten, eine zu schnelle oder langsame Geburt oder eine Überdehnung der Ge-bärmutter aufgrund von viel Fruchtwasser oder Zwillingen.

- **Einleitung der Geburt bei Überschreitung des errechneten Termins:** Eine Geburt kann wegen einer Überschreitung des errechneten Geburtstermin eingeleitet werden, z.B. wegen erhöhtem Risiko von Komplikationen wie Makrosomie (zu großes Baby), einer höheren Abnahme der Fruchtwassermenge oder auch bei einer schlechteren Versorgung des Babys durch die Plazenta.
- **Plazentainsuffizienz:** Eine Plazentainsuffizienz bedeutet, dass die Plazenta nicht ausreichend in der Lage ist, das Baby mit Sauerstoff und Nährstoffen zu versorgen. Dies kann zu Wachstumsverzögerungen des Kindes und einer erhöhten Gefahr von Frühgeburten oder Schwangerschaftskomplikationen führen. Ursachen können Durchblutungsstörungen der Plazenta oder Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes der Mutter sein.
- **Komplikationen bei vorangegangenen Schwangerschaften:** Frauen, die bereits eine oder mehrere Schwangerschaften mit Komplikationen hatten (z.B. Präeklampsie, Frühgeburt, Fehlgeburten), können in einer erneuten Schwangerschaft ein höheres Risiko für ähnliche Probleme haben.
- **Zustand nach HELLP-Syndrom:** Das HELLP-Syndrom ist eine schwere Erkrankung in der Schwangerschaft, die eine Form der Präeklampsie darstellt. Es umfasst Hämolyse (Zerstörung von roten Blutkörperchen), erhöhter Leberenzymwerte und niedrige Thrombozytenzahlen. Der Zustand nach einem HELLP-Syndrom kann mit bleibenden Organschäden verbunden sein, und Frauen, die dieses Syndrom in einer früheren Schwangerschaft hatten, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, es erneut zu entwickeln.
- **Zustand nach Eklampsie:** Die Eklampsie ist eine schwerwiegende Form der Präeklampsie, bei der es zu Krampfanfällen kommt. Der Zustand kann Leben und Gesundheit sowohl der Mutter als auch des Kindes gefährden. Der Zustand nach Eklampsie erfordert eine sorgfältige Nachsorge, da auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter bestehen können, z.B. Nierenschäden oder Hypertonie.
- **Rh-Inkompatibilität:** Eine Rh-Inkompatibilität tritt auf, wenn eine Rh-negative Mutter ein Rh-positives Kind trägt. Das Immunsystem der Mutter kann Antikörper gegen das Rh-positive Blut des Kindes bilden, was zu einer Zerstörung der roten Blutkörperchen des Babys führt. In schweren Fällen kann dies zu einer Anämie des Babys, Gelbsucht oder sogar zum Tod führen. Eine prophylaktische Behandlung mit Anti-D-Immunglobulin kann das Risiko einer Rh-Inkompatibilität verringern.

- **Pathologischer Dopplerbefund:** Eine Doppler-Untersuchung per Ultraschall in einer Schwangerschaft untersucht die Blutströmung in den Gefäßen der Mutter und des Babys. Wenn der Dopplerultraschall Anomalien aufzeigt, z.B. eine unzureichende Durchblutung der Plazenta oder des Nabelschnurgefäßes, kann dies auf eine mangelnde Versorgung des Babys mit Sauerstoff und Nährstoffen hinweisen und zu Komplikationen führen. Ein pathologischer Dopplerbefund kann auch ein Indikator für eine Plazentainsuffizienz sein.
- **Gestose, Präeklampsie:** Gestose bezeichnet eine Gruppe von Schwangerschaftserkrankungen, zu denen auch die Präeklampsie gehört. Sie äußert sich durch Bluthochdruck, Eiweiß im Urin und Schwellungen. In schweren Fällen kann die Präeklampsie zu Organschäden (z.B. Nieren- oder Leberfunktionsstörungen) und einer Gefährdung des Kindes führen, das möglicherweise unter Wachstumsverzögerung oder einer unzureichenden Plazentaversorgung leidet.
- **Bluthochdruck:** Bluthochdruck in der Schwangerschaft kann eine gefährliche Komplikation darstellen, insbesondere wenn er in der Form der Präeklampsie auftritt. Hypertonie erhöht das Risiko für eine Frühgeburt, ein geringes Geburtsgewicht und Plazentainsuffizienz. Schwangere Frauen mit hohem Blutdruck benötigen eine enge Überwachung, um das Risiko für schwerwiegende Folgen zu minimieren.

Relative Ausschlusskriterien in der Schwangerschaft sind:

- **Zwei vorausgegangene Geburten, wenn die erste Geburt per Kaiserschnitt und die zweite auf natürlichem Weg vaginal erfolgte.** Dieses Szenario kann das Risiko für Komplikationen wie eine **Uterusruptur** während einer erneuten vaginalen Geburt erhöhen, insbesondere dadurch, dass bei der ersten Kaiserschnittgeburt eine Narbe auf der Gebärmutterwand zurückblieb. Daher wird bei Frauen mit dieser Vorgeschichte häufig eine sorgfältige Abwägung zwischen einer erneuten vaginalen Geburt oder einem geplanten Kaiserschnitt empfohlen.
- **Aktuelle Medikamenteneinnahme:** Die Einnahme bestimmter Medikamente während der Schwangerschaft kann Risiken für das ungeborene Kind und die Mutter mit sich bringen. Einige Medikamente, wie z.B. **Teratogene** (medikamentöse Substanzen, die Fehlbildungen verursachen können), können Entwicklungsstörungen beim Kind verursachen. Daher müssen alle Medikamente, die während der Schwangerschaft eingenommen werden, mit einem Arzt abgestimmt und nach Möglichkeit angepasst werden, um mögliche Risiken zu minimieren.
- **Alter der Gebärenden:** Frauen, die **sehr jung** (unter 18 Jahren) oder **über 35 Jahre alt** sind, tragen ein höheres Risiko für Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt. Bei jüngeren Frauen besteht ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten oder niedriges Geburtsgewicht, während bei älteren Frauen das Risiko für **chromosomale Auffälligkeiten** (z. B. Down-Syndrom), **Bluthochdruck** oder **Schwangerschaftsdiabetes** steigt.

2) Betreuung und Behandlung bei der Geburt

Im Rahmen des Hebammengeleiteten Kreißsaals bieten wir Ihnen eine Eins-zu-Eins-Betreuung im Rahmen unseres Dienstzeitmodells an. Dies bedeutet, dass eine Hebamme aus dem Hebammenteam ausschließlich für Sie zuständig ist. Bei Aufnahme zur Geburt in den hebammengeleiteten Kreißsaal wird zu Beginn ein 30 min CTG geschrieben, die Eröffnung des Muttermundes untersucht, sowie ein intravenöser- Zugang in eine Armvene gelegt.

Sollten Sie während der Geburt den Wunsch nach Schmerzmitteln äußern, stehen nicht sämtliche medikamentösen Schmerzmittel zur Verfügung, da die Gabe bestimmter Wirkstoffe nur von einem Arzt angeordnet werden darf. Auch die Anlage einer PDA steht nicht zur Verfügung.

Es stehen aber allopathische, phytotherapeutische, homöopathische und physikalische Schmerzmittel, Akupunktur und Lachgas zur Verfügung, bei denen es sich um bewährte Methoden bei der Betreuung eines natürlichen Geburtsverlaufs handelt. Die kontinuierliche Eins-zu-Eins-Hebammenbetreuung während der Geburt geht normalerweise mit einer wesentlichen Reduktion der Schmerzen einher. Sollten Sie Schmerzen nicht mehr aushalten und auf Schmerzmittel zurückgreifen wollen, die im hebammengeleiteten Kreißsaal nicht zur Verfügung stehen, können Sie jederzeit den Übergang in den interprofessionellen Kreißsaal wünschen.

Zur Geburt des Kindes ruft die betreuende Hebamme eine zweite Hebamme zur Unterstützung hinzu.

Wenn das Kind geboren ist, wird es Ihnen direkt zum Bonding gegeben. Die Abnabelung erfolgt nach Abspulieren der Nabelschnur. Standardmäßig findet dann eine pH-Wert-Messung zur forensischen Beurteilung des kindlichen Zustands während der Geburt aus dem Nabelschnurblut statt. Nach der Plazentageburt wird diese von der Hebamme auf Vollständigkeit überprüft und das Zusammenziehen der Gebärmutter wird mit dem Wochenfluss regelmäßig beobachtet und untersucht.

Sollten Verletzungen bei der Geburt entstanden sein, werden diese von der Hebamme versorgt und genäht.

Die erste Untersuchung (U1) sowie das Messen und Wiegen des Kindes finden noch im Kreißsaal statt. Hierbei wird das Kind als Erinnerung für Sie fotografiert, wenn gewünscht.

Es könnten Situationen auftreten, die ein Eingreifen in den natürlichen Geburtsverlauf erfordern. Dies führt dann je nach Schwere und Zeitpunkt der aufgetretenen Komplikation zu einem Eingriff durch die betreuende Hebamme oder zur Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal (IKS). Dabei findet kein Raum- oder Personalwechsel statt. Das ärztliche Personal wird in die Betreuung mit eingebunden.

Mögliche Eingriffe, welche während einer Geburt erfolgen können, und deren seltene, aber möglichen Risiken sind:

- Vaginale Untersuchungen können mit Schmerzen und Infektionen einhergehen.
- Das Eröffnen der Fruchtblase kann zu einer Infektion führen.
- Das Entleeren der Harnblase mit einem Katheter kann mit Schmerzen einhergehen und beinhaltet das Risiko von Harnwegsinfektionen.
- Manuelle Hilfen bei der Geburt können zu Bluterguss, Verrenkung Verletzungen führen, die in ganz seltenen Fällen zu dauerhaften Lähmungen führen können.
- Dammschnitt und Damмнаht unter örtlicher Betäubung können verbunden sein mit Schmerzen, Bluterguss, Wundheilungsstörung, Infektion und Verletzung von Nerven.
- Das Legen einer Venenverweilkanüle kann verbunden sein mit Schwellung, Infektion und Verletzung von Nerven.

Zusätzlich besprochen wurde:

3) Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal (IKS)

Im Geburtsverlauf können sich Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf ergeben, die eine Überleitung in den Interprofessionellen Kreißsaal erfordern. Hierzu wird der diensthabende Arzt des Kreißsaals von der betreuenden Hebamme informiert und hinzugezogen.

In den meisten Fällen veranlasst die Hebamme eine ärztliche Konsultation bei den ersten Anzeichen einer Abweichung vom normalen Geburtsverlauf, so dass im Falle einer Überleitung diese in Ruhe stattfinden kann. Bei statistisch etwa 1 von 100 Gebärenden kann ein Notfall eintreten und die Überleitung erfolgt in Eile (z.B. bei einem Notkaiserschnitt).

Die häufigsten medizinischen Gründe für eine Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal (IKS) während der Geburt sind der Wunsch nach Anlage einer PDA, der Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase oder Geburtsstillstand in der Austreibungsphase sowie CTG-Auffälligkeiten und ausbleibende Wehentätigkeit nach vorzeitigem Blasensprung. Die häufigsten Gründe für eine Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal (IKS) nach der Geburt sind die Nichtablösung der Plazenta und mütterliche Blutungen.

Überleitungsgründe im Geburtsverlauf in den interprofessionellen Kreißsaal sind:

- Geburtsstillstand in EP oder AP
- Vorzeitige Plazentalösung
- Pathologisches CTG
- Amnioninfektionssyndrom
- Nabelschnurvorfall
- Drohende oder erfolgte Uterusruptur
- Schulterdystokie
- Fieber unter der Geburt
- Grünes Fruchtwasser
- Vorzeitiger Blasensprung > 18 h ohne Wehentätigkeit
- Schmerzmittelgabe
 - Periduralanästhesie (PDA)
 - Betäubungspflichtige Medikamente
 - Opiatderivate
- Wunsch der Gebärenden
- Gabe von Wehenmittel oder Wehenhemmer während der Geburt
- Beckenendlage, Quer- oder Schräglage
- Einstellungsanomalien
- Höhergradige Geburtsverletzungen
- Blutungen

Die Geburt wird auch bei Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal (IKS) bis zum Schichtwechsel der Hebammen in der Regel durch dieselbe Hebamme weiterbetreut. Erst nach dem Schichtwechsel findet ein Wechsel der betreuenden Hebamme statt. Die Hebammen arbeiten im Drei-Schichtsystem (Früh-, Spät- und Nachtdienst).

a) Verlegung/ Überleitung des Neugeborenen

Das Betreuungsmodell Hebammengeleiteter Kreißsaal hat einen Einfluss auf den Outcome des Neugeborenen. Im Hebammengeleiteten Kreißsaal ist

- die Verlegungsrate der Neugeborenen nach der Geburt zur Überwachung ist niedriger und

- der sogenannte APGAR-Wert, welcher nach der Geburt des Kindes nach 1 Minute, nach 5 Minuten und nach 10 Minuten erhoben wird, ist nach 5 Minuten höher (höher ist besser).

Die Verlegungsrate der Neugeborenen auf die Intensivstation ist beim hebammengeleiteten und beim interprofessionellen Kreißsaal gleich hoch.

Probleme und Komplikationen des Gesundheitszustandes des Neugeborenen können bei jeder Geburt auftreten.

Zeigt das Kind nach der Geburt Auffälligkeiten, werden die Kinderärzte von der Hebamme informiert und hinzugezogen. Das Kind wird in der Erstversorgungseinheit im Kreißsaal zügig versorgt und bei stabilem Zustand entweder zur Mutter zurück oder in die Kinderklinik des Klinikum Lüneburg verlegt. Die Mutter kann das Kind dann von der Wochenbettstation aus besuchen und sich bei der Entlassung aus der Frauenklinik als Begleitperson aufnehmen lassen.

Überleitungsgründe des Neugeborenen sind:

- Anpassungsstörungen
- Atemstörungen
- Infektionen
- Postpartale Notfälle und Auffälligkeiten bei der U1
- Stoffwechselstörungen
- Unreife/ Mangelgeburt
- Neugeborenenengelbsucht

4) Nach der Geburt

Die kontinuierliche Hebammenbetreuung während der Geburt, die im Rahmen des HKS angeboten wird, beeinflusst auch, wie lange eine Mutter mit ihrem Neugeborenen im Krankenhaus bleibt.

Sind Mutter und Kind nach der Geburt wohlauf, werden sie circa zwei Stunden im Kreißsaal verbleiben und dann auf die Wochenbettstation verlegt. Sollten Sie stationär bleiben, führt eine Hebamme aus dem Kreißsaal auch die Visiten und die Entlassungsuntersuchung bei Ihnen durch, wenn die Kreißsaalsituation dieses ermöglicht.

Sind Mutter und Kind nach der Geburt so fit und vital, dass sie direkt nach Hause gehen möchten, verbleiben Sie ca. 4 Stunden im Kreißsaal.

Die Weiterbetreuung im Wochenbett findet dann durch eine freiberufliche Hebamme, welche Sie im Vorfeld kontaktiert haben, statt.

a) Prophylaxen für die Mutter

Routinemäßig wird im Hebammengeleiteten Kreißsaal kein Wehenmittel zur Plazentageburt verabreicht. Dies kann jedoch bei einer verstärkten Nachblutung nötig werden. Bei Rhesus-negativer Blutgruppe und Rhesus-positiver Blutgruppe des Neugeborenen wird eine Anti-D-Gabe innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt nötig. Das Vorgehen wird Ihnen die Hebamme/ das Hebammenteam im Bedarfsfall erläutern.

Zusätzlich besprochen wurde:

b) Prophylaxen für das Kind

In den ersten Lebensstunden des Kindes findet die erste Untersuchung (U1) durch die geburtsbegleitende Hebamme statt. Die Befunde werden im Kinderuntersuchungsheft notiert, das Ihnen mit nach Hause gegeben wird.

In Deutschland ist die Gabe von Vitamin K als Tropfen zur Unterstützung der Blutgerinnung üblich. Ihr Kind erhält noch im Kreißsaal in den ersten Stunden zwei Tropfen und zwei Tropfen bei der U2.

Die Blutentnahme für das Neugeborenscreening, bei dem mittels Fersenblut diverse angeborene Stoffwechselerkrankungen ausgeschlossen werden können, erfolgt auf der Wochenbettstation zwischen der 36. und 72. Lebensstunde des Kindes.

Außerdem wird eine Untersuchung des Kindes auf schwere Herzfehler mittels Pulsoxymetrie empfohlen. Der beste Zeitpunkt ist hierfür 24 bis 48 Stunden nach der Geburt.

Das Hörscreening wird in den ersten Tagen auf der Wochenbettstation von einer Kinderkrankenschwester durchgeführt.

Zusätzlich besprochen wurde:

5) Dokumentation der Aufklärung und Einwilligung

Vermerk der aufklärenden Hebamme

(Name) _____ zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden die alternativen Optionen zur geburtshilflichen Betreuung (insb. die Alternative IKS), die Vor- und Nachteile von HKS und IKS, individuelle risikoerhöhende Umstände, etwaige Neben- und Folgeeingriffe mit ihren Risiken, Komplikationen, und Folgen, Verhaltenshinweise.
