



## Ein Konzept für die Latenzphase: Entwicklung und Pilotierung des Geesthachter Geburtszirkels<sup>©</sup>

Wenn Gebärende voller Vorfreude, Aufregung oder auch Unsicherheit in die Klinik kommen, gibt es aus geburtshilflicher Sicht oft noch nicht viel zu tun. Eine innovative Möglichkeit sie durch diese Zeit des Wartens zu begleiten, beschreiben

Caroline Jeltsch und Miriam Jens

Dieser Artikel wird mit freundlicher Genehmigung der Österreichischen Hebammen Zeitschrift veröffentlicht.

International hat sich die Unterteilung der Eröffnungsphase der Geburt in die Latenzphase und die aktive Eröffnungsphase etabliert. Die Latenzphase ist die zeitlich undefinierte erste Phase der Geburt. Sie ist gekennzeichnet durch unregelmäßige, individuell schmerzhaft empfundene Wehentätigkeit, die ein Verstreichen der Cervix, sowie eine Eröffnung des Muttermundes auf ca. 4-6 cm bewirkt [1, 2].

### Latenzphase und klinisches Setting – ein Konflikt?

Die Geburt ist für die Gebärende und für das Kind ein vulnerabler Prozess, der langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit von beiden hat [3, 4, 5] und, wie im nationalen Gesundheitsziel vereinbart, umsichtig und evidenzbasiert begleitet werden muss [6]. In Deutschland entscheiden sich ca. 98 % der Frauen für eine Geburt im klinischen Setting [7]. Dieser Geburtsort bedeutet notwendigerweise zu einem individuellen Zeitpunkt einen Wechsel aus der häuslichen Umgebung in die Klinik. Die S3-Leitlinie [8] empfiehlt, anlehnend an die internationalen Leitlinien von WHO [1] und NICE [2], die stationäre Aufnahme zur Geburt bis zur aktiven Eröffnungsphase abzuwarten und ohne medizinische Indikation keine Interventionen zur Beschleunigung des Geburtsprozesses vorzunehmen.



Während der Latenzphase sucht jedoch bereits mehr als die Hälfte der schwangeren Frauen in Deutschland die Geburtsklinik auf [9], weil sie professionelle Unterstützung benötigt [10]. Im Jahr 2020 lagen 49 % der vaginalen Aufnahmebefunde zwischen 0 und 2 cm [11], entsprechend den Kriterien der Latenzphase. Studien zeigen, dass in diesen Fällen ein frühzeitiger stationärer Betreuungsbeginn mit einem vermehrten Einsatz von Interventionen und operativen Geburten im weiteren Geburtsverlauf einhergeht [12]. Demgegenüber stellt eine Entlassung nach Hause bei schmerzhafter Wehentätigkeit eine Unterversorgung dar [13].

Die Schließung geburtshilflicher Standorte bewirkt, dass eine zunehmende Zahl von Schwangeren keine wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung vorfindet, was sich möglicherweise auf die Entscheidung für den Zeitpunkt des Ortswechsels vom häuslichen ins klinische Setting auswirkt. Diese Situation könnte sich durch eine weitere Zentralisierung der Geburtshilfe zunehmend verschärfen. Da es im ambulanten Bereich für Hebammen Hürden gibt, die die aufsuchende Latenzbetreuung von Frauen unattraktiv machen, wie z. B. die damit einhergehende Rufbereitschaft sowie die Notwendigkeit des Abschließens einer teuren geburtshilflichen Haftpflichtversicherungspolice, existiert in Deutschland derzeit kein verlässliches Versorgungskonzept für Frauen, die Beratungs- und Betreuungsbedarf in der Latenzphase haben.

Das Erleben des Geburtsbeginns ist dabei für Frauen jedoch ebenso entscheidend für eine positive Erfahrung wie die spätere Geburtsbegleitung [5, 14, 15]. Studien weisen darauf hin, dass schwangere Frauen das Gebären als einen kontinuierlichen Prozess ohne abgegrenzte Phasen verstehen. Sie möchten zu jedem Zeitpunkt wertschätzende Unterstützung und Beratung erfahren [5, 16, 17]. Das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle der Situation, sowie die Beachtung individueller Bedürfnisse durch Fachpersonal fördern ein positives Geburtserlebnis [18, 19], während fehlende oder mangelnde professionelle Begleitung während der Latenzphase insbesondere bei Erstgebärenden die Entwicklung von Ängsten und den Verlust von Selbstvertrauen in die Bewältigung der Geburtssituation bewirkt [15]. Frauen fühlen sich insbesondere unzureichend betreut, wenn sie nach Hause geschickt oder bei einer stationären Aufnahme in einen Krankenhausbereich ohne Hebammenbetreuung verlegt werden [17]. Dies stellt die geburtshilflichen Stationen vor die Herausforderung, eine zunehmende Zahl Schwangerer während dieser frühen Phase der Geburt kompetent zu unterstützen und zu beraten, ohne dass es hierzu konkrete Empfehlungen gibt.



## Idee für die Entwicklung des Geburtszirkels: Das Labour Hopscotch Framework (LHF)

Während des Lübecker interprofessionellen Perinataalkongresses 2023 stellte die irische Hebamme Sinead Thompson gemeinsam mit Dr. Denise O'Brien ihr Konzept „Labour Hopscotch“ vor, das von ihr 2015 ursprünglich als Reaktion auf steigende Epiduralraten in den Kliniken in Irland entwickelt wurde. Die Sectiorate betrug dort zu diesem Zeitpunkt 31,2 %. Fehlende körperliche Aktivität der Frauen während der Geburt und damit einhergehend eine suboptimale fetale Positionierung wurden als Ursache vermutet.

Das Konzept kann online abgerufen werden (1) und basiert auf dem Hüpfekästchenspiel „Tempelhüpfen“ (to hopscotch = herumhüpfen). Es leitet die Frauen systematisch entlang der Hüpfekästchen durch praktische 20-minütige Einheiten aus den Bereichen Wassertherapie, Massage, Akupunktur, Mobilisierung, Aktivierung und Entspannung. LHF wird in Irland bereits während der Schwangerschaft mit den Frauen trainiert.

Die bisherige Evaluation des Labour Hopscotch deutet darauf hin, dass Frauen, die LHF bei der Geburt verwenden, weniger Epiduralanästhesie benötigen (38,5 % vs. 57 % in der klinischen Vergleichsgruppe). Des Weiteren gaben 40 % der befragten Frauen an, dass LHF Einfluss auf ihre Entscheidungsfindung zur Schmerzerleichterung genommen hat und 90 % berichteten, dass die Anwendung ihnen geholfen habe, während der Geburt zuversichtlich zu bleiben. Zudem konnte eine Teilstudie einen signifikanten Zusammenhang zwischen Aktivität mithilfe des LHF während der Geburt und dem späteren Geburtsmodus feststellen: 78 % der befragten Frauen erlebten einen Spontanpartus, 14 % einen Forceps oder eine Vakuumextraktion und 8,7 % eine Sectio [20].

Inspiziert durch den Vortrag und die bisherigen Ergebnisse hat das Team des Kreißsaals des Johanniter Krankenhauses in Geesthacht das *Labour Hopscotch Framework* an die Gegebenheiten ihrer geburtshilflichen Station angepasst, modifiziert und ausgebaut. Das Ziel des Konzeptes ist bei uns dahingehend erweitert, den Frauen, die bereits in der Latenzphase oder ohne Wehen ins klinische Setting kommen (beispielsweise für eine Geburtseinleitung oder mit vorzeitigem Blasensprung) eine Möglichkeit zu geben, aktiv und motiviert zu bleiben, die Zeit des Abwartens in der Klinik sinnvoll zu nutzen und gleichzeitig eine optimale fetale Positionierung zu fördern. Aus unseren Überlegungen ist ein mobiles Zirkeltraining aus 20-minütigen Einheiten entstanden, die Übungen zu Atmung und Entspannung, Bewegung und Mobilisation, sowie Konzentration und Meditation beinhalten.



## Praktische Umsetzung

Idealerweise wird der Geesthachter Geburtszirkel® bereits in der Geburtsvorbereitung oder während eines anderen Kontaktes in der Schwangerschaft thematisiert und erprobt. Wird eine Frau zur Einleitung, während der Latenzphase oder mit vorzeitigem Blasensprung aufgenommen, erhält sie mit der stationären Aufnahme neben dem Beratungsgespräch durch eine Hebamme eine Geburtszirkel-Box und eine ausführliche bebilderte Anleitung für das Zirkeltraining. Die Frauen können allein oder mit Unterstützung durch ihre Begleitperson den Geburtszirkel mithilfe der Anleitung und der Box absolvieren. Sie haben die Möglichkeit bei Bedarf jederzeit Hilfe und Anleitung durch die diensthabende Hebamme in Anspruch zu nehmen. Die Stationen des Zirkels sind im DIN A0 Format in jedem Kreißsaal, den Wehenzimmern, sowie den Stationszimmern und in der Anleitung zu sehen. Alle benötigten Materialien, z. B. Massagetools und Öle, sind in der mobilen Geburtszirkel-Box gelagert, um den Gebärenden und ihren Begleitpersonen die Möglichkeit zu geben, den Zirkel an jedem gewünschten Ort innerhalb der Klinik durchführen zu können.

Die einzelnen 20-minütigen Stationen werden symbolisiert durch je einen Kreis im Geburtszirkel und bieten mehrere Übungen aus einem der Bereiche „Atmung und Entspannung“, „Bewegung und Mobilisation“ oder „Konzentration und Meditation“ an. Die Übungen innerhalb eines Kreises können entweder nacheinander durchgeführt werden (z. B. vier verschiedene Aufgaben aus dem Bereich Mobilisation für je fünf Minuten) oder auch einzeln für die Gesamtdauer von 20 Minuten. Danach werden die Handlungsanregungen des nächsten Kreises durchlaufen. Insgesamt gibt es acht Stationen, so dass 160 Minuten für einen Zirkeldurchlauf benötigt werden. Der Geburtszirkel kann jederzeit pausiert oder nach Bedarf wieder von vorn begonnen werden, ebenso können einzelne Abschnitte getauscht oder ausgelassen werden. Falls eine Übung nicht durchgeführt werden kann, kann sie durch die verschiedenen Handlungsalternativen ersetzt werden, so dass sich jede Gebärende ihr individuelles Zirkeltraining nach ihren Möglichkeiten selbst gestalten kann. Potenziell ist der Geburtszirkel während jeder Phase der Geburt, mit oder ohne Wehentätigkeit, mit entsprechenden Modifikationen der Inhalte anwendbar.



## Drei exemplarische Stationen des Geesthachter Geburtszirkels®

Erreicht die Gebärende beispielsweise das Thema „Wasser/Wärme“, fokussiert sich der Geesthachter Geburtszirkel® auf die geburtsfördernden Aspekte Atmung und Entspannung. Die Frauen haben die Wahl zwischen einem Entspannungsbad, der Auflage einer Wärmflasche bzw. eines Wärmekissens oder Wärmewickeln. Begleitet wird die Entspannungssituation mit gedämpftem Licht, wofür in der Geburtszirkelbox eine Kristalllampe zur Verfügung gestellt wird, sowie einer geführten Entspannung. Hierfür kann eine Bluetooth-Box genutzt werden und es gibt optionale Podcast-Vorschläge, die über das eigene Mobiltelefon abgespielt werden können.

Während eines Durchlaufs der Station „Bewegung“ sollen die Gebärenden hingegen mobilisiert und die fetale Positionierung optimiert werden. Als Angebote steht ein selbstgestaltetes Spielkartendeck mit Bewegungsanregungen bereit. Die Gebärende nutzt zusätzlich oder optional die geburtsfördernde Beckenmobilisation durch Treppen (hoch) steigen oder Tanzen. Abgerundet wird diese Einheit durch eine aktivierte Atemübung im Stehen, die von der Geburtspartner\*in angeleitet werden kann.

Die Station „Hocker/ Stuhl rittlings“ bietet sowohl Inhalte zur Entspannung als auch zur Bewegungsförderung und Optimierung der fetalen Positionierung, so dass sich die Gebärende nach ihren Bedürfnissen und entsprechend der Geburtsphase entscheiden kann. Beispielsweise kann sie während des Sitzens auf einer bequemen Sitzfläche eine Massage durch die Geburtsbegleitung erhalten, für die es mehrere Anleitungen im Begleitheft gibt. Alternativ gibt es bebilderte Anleitungen für Übungen, die mit einem Stuhl oder Hocker ausgeführt werden, z. B. ein erhöhter Ausfallsschritt.

## Evaluation

Der Geesthachter Geburtszirkel® wurde von Oktober 2023 bis Januar 2024 entwickelt und befindet sich nun in der Pilotierungsphase. Frauen und Hebammen werden mittels Evaluationsbögen befragt, um den Geburtszirkel im Sinne von Gebärenden, Partner\*innen und Personal verbessern zu können. Ebenso sollen im weiteren Verlauf Erkenntnisse generiert werden, welchen Einfluss der Geburtszirkel auf den Geburtsmodus, die Geburtsposition, die Interventionsraten und den Schmerzmittelbedarf hat. Es wurden bereits einige Anpassungen und Erweiterungen des Konzeptes aus dem bisherigen Feedback vorgenommen. Unsere



Rückmeldungen durch Frauen bzw. Geburtspare sind jedoch bisher grundsätzlich sehr positiv. Vor allem wurde gelobt, dass es durch den Geburtszirkel immer eine Handlungsanregung gibt und somit keine Ratlosigkeit entsteht, was zur Förderung der Geburt unternommen werden könnte. Auch die Autonomie der Frauen und ihrer Geburtspartner\*innen wird hervorgehoben, da alle Inhalte mit Ausnahme des Entspannungsbades selbstständig und potenziell ohne Hilfe durch eine Hebamme durchgeführt werden können. Dies entlastet gleichzeitig die diensthabende Hebamme, die so Zeit für die Geburtsbetreuung von Frauen in späteren Geburtsphasen gewinnt.

Geplant ist in einem nächsten Schritt die Entwicklung einer evidenzbasierten Entscheidungshilfe, damit Frauen sich informiert entscheiden können, ob sie während der physiologischen Latenzphase wieder nach Hause zurückkehren oder in der Klinik bleiben und mit dem Geburtszirkel arbeiten möchten, ohne dass Interventionen erfolgen. Bei Vorliegen eines vorzeitigen Blasensprungs oder während einer Geburtseinleitung bestehen andere klinische Bedingungen, für die es in Geesthacht nicht die Option eines ambulanten Managements gibt. Eine Übersetzung des Zirkels und der Anleitung in mehrere Sprachen, um das Konzept niedrigschwelliger anwenden zu können, ist ebenfalls in Planung.

Für signifikante Aussagen bezüglich der Wirksamkeit des Geburtszirkels als mögliches Versorgungskonzept während der Latenzphase in Hinblick auf Interventionsraten, Schmerzmittelbedarf, Geburtsmodus und Geburtsposition, aber auch das Erleben von Gebärenden und Hebammen braucht es weitere Kreißsäle, die das Konzept implementieren und an der Evaluation teilnehmen möchten.



## Caroline Jeltsch (B.Sc. Hebamme, M.Sc. Community Health Care and Nursing)

Caroline Jeltsch arbeitet als angestellte Hebamme im Johanniter-Krankenhaus Geesthacht und ist im Rahmen einer Promotion zum Thema „Diagnose- und Entscheidungsfindung in der Latenzphase der Geburt“ Stipendiatin der Jade-Hochschule Oldenburg im Projekt DEAL (Data-Driven-Health).

## Miriam Jens (B.Sc. Hebamme)

Miriam Jens arbeitet als leitende Hebamme B.Sc. und Bereichsleitung der Frauenklinik im Johanniter-Krankenhaus Geesthacht und schreibt aktuell ihre Masterarbeit im Fach Sozial- und Gesundheitsmanagement an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg.

<https://labourhopscotch.netlify.app>



## Literatur

- [1] World Health Organization (WHO) (2018): WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Online verfügbar, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [zuletzt eingesehen am 09.03.2024].
- [2] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017): Intrapartum care for healthy women and babies. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> [zuletzt eingesehen am 02.06.2023].
- [3] Lundgren, I. (2005): Swedish women´s experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 21, S. 346-354.
- [4] Bell, A.; Andersson, E. (2016): The birth experience and women´s postnatal depression: a systematic review. *Midwifery* 39, S. 112-123.
- [5] Beake, S.; Chang, Y.-S.; Cheyne, H.; Spiby, H.; Sandall, J.; Bick, D. (2018): Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery* (57), S.69-84.
- [6] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016) (Hg.): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. 4. Auflage. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_-\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_die\\_Geburt\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf) [zuletzt eingesehen am 14.01.2024].
- [7] Statistisches Bundesamt (2023): Geburten in Deutschland. [https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/Geburten/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html) [zuletzt eingesehen am 09.03.2024].



- [8] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.; Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (2020): Vaginale Geburt am Termin (AWMF-Register-Nr. 015– 083)
- [9] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2018): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren. Berlin. Download unter [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2017\\_BUAW\\_V02\\_2018-08-01.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf) [12.09.22].
- [10] Carlsson, I. (2016) Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *International journal of qualitative studies on health and well-being* (11).
- [11] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG (2021): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2020. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Berlin. Download unter [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2020\\_BUAW\\_V01\\_2021-08-10.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf)
- [12] Tilden, E.; Phillippi, J.; Carlson, N.; Dissanayake, M.; Lee, C.; Caughey, A.; Snowden, J. (2020) The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. *Birth* 47(4), S. 418–429. DOI: 10.1111/birt.12494.
- [13] Janssen, P.; Nolan, M.; Spiby, H.; Green, J.; Gross, M.; Cheyne, H. et al. (2009): Roundtable Discussion: Early labor: What’s the problem? *Birth* 36 (4), S. 332–339.
- [14] Stahl, K. (2019): Predictors of intra- and postpartum care experience: key dimensions of quality of care from women’s perspective. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 6 (2019).
- [15] Eri, T.; Bondas, T.; Gross, M.; Janssen, P., Green, J. (2015): A balancing act in an unknown territory: a metasynthesis of first-time mothers’ experiences in early labour. *Midwifery* 31 (2015), S. 346-354.
- [16] Dixon, L; Skinner, J.; Foureur, M. (2013): Women’s perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery* 29 (2013), S.10-17.
- [17] Mattern, E.; Lohmann, S.; Ayerle, G. (2017): Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17 (2017), S. 389.
- [18] Christiaens, W.; Bracke, P. (2007): Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth* 7, S.26.
- [19] Attanasio, L; McPherson, M.; Kozhimannil, K. (2014): Positive childbirth experiences in U.S. hospitals: a mixed methods analysis. *Maternal and Child Health Journal* 18, S. 1280- 1290.
- [20] Carroll, L.; Thompson, S.; Coughlan, B.; McCreery, T.; Murphy, A.; Doherty, J.; Sheehy, L; Cronin, M.; Brosnan, M.; O'Brien, D. (2022): 'Labour Hopscotch': Women's evaluation of using the steps during labor. *Eur J Midwifery*. 9 (6), S.59.

Urheber-/Lizenzangaben:

Ein Konzept für die Latenzphase: Entwicklung und Pilotierung des Geesthachter Geburtszirkels®, Caroline Jeltsch und Miriam Jens für HOUU@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

