

Latenzphase: die geschenkte Zeit

Der Begriff Latenzphase wurde in den letzten Jahren zunehmend geläufig in unseren Gebärräumen. Aber was genau ist damit gemeint? Und wie können wir diese Zeit gut begleiten? **Josy Kühberger** hat mit Kolleginnen darüber gesprochen.

Kornelia Müller und Monika Felber hatten zu Marillenkuchen und Kaffee in den verzauberten Garten ihres Geburtshauses in Graz geladen. Und so fand sich an diesem sonnigen Nachmittag eine bunt zusammengewürfelte Gruppe von Hebammen zusammen. Wenn man so viel geballtes Geburtshilfe-Wissen vor sich hat, muss man das nutzen. Also stellte ich die Frage, die mich gerade beschäftigte: Seit wann sprechen wir eigentlich von einer Latenzphase? Und: Wer hat's erfunden? Schnell stellten wir fest, dass der Begriff für einige von uns sehr geläufig ist, für andere gänzlich unbekannt. Genauso schnell merkten wir auch, dass wir – abhängig davon, wann wir die Ausbildung absolviert hatten – zwar unterschiedliche Worte für diese Phase benutzen („Ah, du meinst wenn sie so herumziehen“, „Reifungswehen“, „passive Eröffnungsperiode“) und doch eigentlich alle dasselbe meinen: die Zeit bis zu einer Muttermundseröffnung von 4-6 Zentimetern.

Das deckt sich wiederum genau mit den gegenwärtigen geburtshilflichen Definitionen von „Latenzphase“.

Kategorisierung der Wehentätigkeit

Der Begriff ist im anglikanischen Raum seit langem üblich und basiert auf den Arbeiten des Gynäkologen Emanuel Friedman (1955). International wird die Latenzphase als fester Bestandteil des Geburtsprozesses verstanden, deren Abgrenzung aber immer wieder neu ver-



handelt wird. Die WHO (2018) beschreibt sie als Zeitspanne, die durch das Auftreten von schmerzhaften Kontraktionen charakterisiert wird und mit der Verkürzung der Portio und einer Eröffnung bis zu einer Muttermundweite von fünf Zentimetern einhergeht. Das „American College of Obstetricians and Gynecologists“ (ACOG 2017) kennzeichnet den Übergang zur aktiven Geburtsphase bei sechs Zentimetern, die NICE-Guidelines (2017) bei vier Zentimetern. Im deutschen „Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt“ unterscheidet

man zwischen Erstgebärenden, deren aktive Eröffnungsphase bei vier Zentimetern beginnt und Mehrgebärenden, bei denen diese Reifungsphase bis sechs Zentimeter Muttermundseröffnung dauern kann (DNQP 2015).

„Latent“ bedeutet laut Duden „vorhanden, aber (noch) nicht in Erscheinung tretend; nicht unmittelbar sichtbar oder zu erfassen“. Was sind das also für unsichtbare Vorgänge, die da geschehen? Mit diesen und ähnlichen Fragen wende ich mich am liebsten an unsere Kollegin Eva Schweighofer, die diese so beschreibt:



Die Uhr weglassen und sich ablenken

Hormonelle Aufbruchsstimmung

„Aus endokrinologischer Sicht werden die Wehen der Latenzphase nicht durch mütterliches, sondern durch fetales Oxytocin hervorgerufen. Dieses wirkt an den Rezeptoren des mütterlichen Myometriums, deren Anzahl wiederum vom Östrogen-Spiegel der Frau abhängt.

Das heißt: Je reifer das Myometrium und der mütterliche Organismus, desto mehr Oxytocin-Rezeptoren, desto stärker werden die Wehen, desto weiter geht die MM-Eröffnung voran. Die Östrogen Ausschüttung kann unterstützt werden z.B. durch ein warmes Bad, mit Hilfe von durchblutungsfördernden Maßnahmen wie Ölmassagen oder einfach durch Stressreduktion. Adrenalin und Cortisol hemmen nämlich Östrogen. Am individuellen Ende der Latenzphase sollten zum fetalen Oxytocin hohe Spiegel von maternalem Oxytocin dazukommen, um die aktive Eröffnungsperiode zu ermöglichen. Dazu muss aber die mütterliche Hypophyse ins Spiel kommen, die bis dahin noch nicht aktiv ist.“

Und wie geschieht das?

„Über den Nervenweg, zunächst lokal im Becken. Am äußersten Drittel der Zervix sitzt ein Nervengeflecht, der „Franken-

häuser Komplex“. Wenn der durch den Druck, den der vorangehende Teil auf den Muttermund ausübt, gereizt wird, kommt es zu einem neuronalen Reflex in der Hypophyse, den wir alle als Ferguson-Reflex kennen. Je stärker der Druck, desto mehr maternales Oxytocin, desto stärkere Wehen, desto...

Langer Rede, kurzer Sinn: Während der Latenzphase reift das Gewebe der Zervix, bis es weich und nachgiebig genug ist, damit der Kopf ausreichend Druck gegen den Rand des Muttermundes ausüben kann, damit mütterliches Oxytocin ausgeschüttet wird.

Ob die Hypophyse sich aber darauf einlassen kann, hängt davon ab, ob die Gebärende sich sicher fühlt und sich für die Herausforderung Geburt öffnen kann. Die entscheidenden Faktoren sind also sowohl der körperliche und der psychische Reifegrad von Mutter/Kind, als auch das Maß an Sicherheit, das die begleitenden Personen der Gebärenden vermitteln können.“ Stellt sich also die Frage, wie wir die Frauen in dieser Phase am besten begleiten können.

Die Sicht der Geburtsmedizin

Nüchtern betrachtet sind die Empfehlungen zum Umgang mit der Latenzphase

sehr eindeutig: diese Zeit sollte nicht in einem Krankenhaus-Setting verbracht werden. Die Betreuung von gesunden Schwangeren mit bisher unauffälligem Verlauf erfordert zu diesem Zeitpunkt keine geburtsmedizinischen Maßnahmen durch Fachpersonal.

Weder sind routinemäßige Herzton-Kontrollen notwendig, noch vaginale Untersuchungen. Und der Beleg für den Nutzen des Führens eines Partogramms bei normalen Geburten steht ohnehin noch aus. Die Dauer der Latenzphase ist im Gegensatz zu anderen Geburtsphasen keiner zeitlichen Begrenzung unterworfen – es gibt per definitionem keinen Geburtsstillstand in diesem Stadium (ACOG 2017, NICE 2017).

Zudem gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer frühen Aufnahme im Krankenhaus und der Häufigkeit von Interventionen, Komplikationen und Kaiserschnitten (Bailit 2009, Rahnama 2006, Rota 2018). In der Latenzphase geschieht die Weichenstellung für eine physiologische Geburt. Je später die Aufnahme, desto besser.

Die Botschaft, die den Schwangeren mitgegeben wird, ist also sehr klar: „Bleiben Sie am besten so lange es geht zu Hause.“ Das bringt manche Gebärende allerdings in ein Dilemma.

Die Sicht der Frauen

Die ersten Wehen sind evolutionsbiologisch das Signal, uns an den Ort zu begeben, an dem wir gebären wollen und die Menschen um uns zu versammeln, die uns dabei helfen sollen. Die allermeisten Frauen planen eine Geburt im Krankenhaus. Das ist der Ort, an dem sie sich geschützt fühlen, da unser kulturelles Konzept von sicherer Geburt das Vorhandensein von Medizintechnik vorsieht. Dort sind auch die Personen, die anhand dieser Geräte erkennen sollen, ob alles seinen guten Gang geht.

Aus geburtsphysiologischer Sicht macht der Impuls, ins Krankenhaus zu fahren, also Sinn. Der Neocortex ist noch aktiv und erlaubt uns, all die praktischen Dinge zu tun, die mit einem Ortswechsel einhergehen: zu denken, zu reden, zu handeln. Die damit einhergehende Unruhe reduziert die Wehentätigkeit und führt zum bekannten Kreißaal-Eintrittseffekt. Einmal am „richtigen Ort“ angekommen, sinkt idealerweise das Adrenalin, der Neo-

cortex wird nicht mehr stimuliert und die Wehen nehmen wieder Fahrt auf.

Ein weiterer Grund zum Aufbruch ins Krankenhaus ist die Schwierigkeit zu erkennen, wann die „aktive Eröffnungsperiode“ beginnt bzw. die Sorge der Frauen, den richtigen Zeitpunkt zu verpassen (Cheyne 2007). Die Segmentierung der Geburt durch die Muttermundsweite ist ein künstliches Hilfskonstrukt, das in erster Linie dem klinischen Management dient. Die Frauen selbst erleben und beschreiben das Gebären nicht in diesen Kategorien. Physiologischerweise ist der Weg hin zum Kind für sie ein Ein- und Abtauchen in ein flüssiges, zeitloses Kontinuum. In diesem Prozess wieder nach Hause geschickt zu werden, kann das Gefühl erzeugen, nicht unterstützt oder ernst genommen zu werden (Barnett 2008, Baxter 2007).

In diesem Spannungsfeld aus Erleben/Bedürfnis der Frau und Haltung/Gegebenheiten der geburtshilflichen Institution bewegt sich die Hebamme.

Hebammen als Gatekeeper

Wenn die Gebärende voller Vorfreude, Aufregung oder auch Unsicherheit ins Krankenhaus kommt, gibt es aus geburtshilflicher/handwerklicher Sicht noch nicht viel zu tun. Das jeweilige Vorgehen hängt auch eher vom Hausbrauch des jeweiligen Krankenhauses ab, als von evidenz-basierten Standards.

Internationale Leitlinien empfehlen die Lage des Kindes zu palpieren, um sich zu vergewissern, dass es in einer guten Startposition liegt und dass es sich wirklich um Latenzwehen und nicht um ein mit einer Fehleinstellung assoziiertes Wehenmuster handelt. Es sind die Kontraktionen und das Verhalten der Frau zu beobachten, die Kindsbewegungen der letzten 24 Stunden zu erfragen, der Blutdruck und der Puls zu messen, der Harn zu untersuchen, die Herztöne auszukultivieren. Bei Unklarheiten oder auf Wunsch kann eine vaginale Untersuchung angeboten werden. Wenn alles in Ordnung ist, soll die Frau ermutigt werden, nochmal heimzugehen, wenn sie das möchte. (NICE 2017)

Hebammen kommt in diesem Moment eine wichtige Lotsinnen-Funktion zu. Die Frauen müssen darin bestätigt werden, dass ihr Gefühl stimmt: „Ja, der Prozess hin zur Geburt hat begonnen.“ Sie sollen sich ernst genommen fühlen und spüren,



Lieber länger zuhause bleiben

dass sie jederzeit in der Klinik willkommen sind und unterstützt werden. Gleichzeitig ist es auch unsere Aufgabe, sie in dieser Zeit des Wartens möglichst gut und unbeschadet durch unser auf Handeln ausgerichtetes Geburtshilfe-System zu leiten – eine Gratwanderung also. Um die Entscheidung zu treffen, ob sie bleiben oder heimgehen, brauchen die Frauen neben Beruhigung und Bestätigung daher auch Erklärungen und Handlungsempfehlungen.

Linearität versus Flow

Wir vermitteln ihnen, dass diese „time of in-between“ mehrere Stunden – oder auch mehrere Tage dauern darf. Dass es die wichtigste Zeit der Geburt ist, weil hier die Weichenstellung geschieht, in der der Muttermund oft ohne eine messbare Veränderung reift. Dass Kontraktionen auftreten können, die zwar schon unangenehm sein können, aber in Dauer und Intensität meist noch unregelmäßig sind und auch wieder aufhören dürfen. Dass körperliche Anzeichen wie blutiger Schleimabgang und Durchfall dazu gehören können und bedeuten, dass sie auf dem richtigen Weg sind. Dass diese Zeit so lange dauern darf, wie es ihnen und

ihrem Baby damit gut geht.

Sie brauchen aber auch Wissen darüber, warum es gut sein kann, diese Zeit daheim zu verbringen. Es ist eine Zeit des Rückzugs, des Einlassens, des Geschehenlassens. Oxytocin reagiert empfindlich auf Reize unserer Großhirnrinde, auf fremde Umgebung und laute Geräusche. Es entfaltet seine Magie, wenn wir uns innerlich sicher und äußerlich geschützt fühlen, umgeben von vertrauten Menschen, bei Berührung, bei gedämpftem Licht – oder wie eine englische Kollegin es ausdrückte: Oxytocin wird gefüttert von „love and laughter“. Eine Atmosphäre, die meist zu Hause leichter zu kreieren ist. So wie sie Informationen für ihre linke Gehirnhälfte benötigen, brauchen sie Bilder für die rechte Gehirnhälfte.

Die Latenzphase ist... wie eine Wasserschale, die sich Tropfen für Tropfen füllt, und irgendwann ist es soweit und sie quillt über. Es ist wie bei einer Ballerina, die sich aufwärmt für ihren Tanz oder ein Orchester, das sich einspielt. Wenn Geburt wie eine Bergbesteigung ist, dann ist die Latenzphase in diesem Sinnbild die Anfahrt zum Berg. Sie kann kurz sein oder lang, man kann dabei immer wieder ausruhen und sich auf den Gipfel freuen.

In den Flow kommen

Klare Handlungsempfehlungen sind hilfreich. Schlafen und rasten so lange es geht, mit einer Wärmeflasche am Kreuzbein und einer über dem Schambein, denn Wärme unterstützt den Reifungsprozess. Essen, trinken, regelmäßig aufs WC gehen. Die Uhr weglegen. Sich ablenken. Einfache Dinge tun. "Brain work can block the body work." Alle rhythmischen Tätigkeiten unserer Hände schützen Oxytocin aus: die Babydecke fertig häkeln, Brot backen, bügeln...

Viele Erstgebärende, die so lange wie möglich daheim bleiben wollen, profitieren von realitätsnahen Angaben zur Geburtsdynamik. Die Information, bei 5-Minuten-Abständen loszufahren, führt fast immer dazu, dass sie entgegen ihrer Absicht viel zu früh im Krankenhaus ankommen.

Hilfreicher ist meistens der „3:10 Leitsatz“ = drei kräftige Wehen, die ungefähr eine Minute dauern, in zehn Minuten für mehr als eine Stunde. Auch Wehen-Tracker am Smartphone raten oft viel zu früh zum Aufbruch. Brauchbar sind die Apps meiner Meinung nach nur so: Solange man dran denkt, Wehen-Beginn und Wehen-Ende im Handy einzutragen, ist man noch in der Aufwärmphase. Wenn man anfängt das Tippen zu vergessen, ist man in der aktiven Geburtsarbeit angekommen.

Think BIG

Die Studienlage gibt uns die Erlaubnis zum Nichtstun und schenkt uns Zeit. Wir arbeiten allerdings in einem System, das nicht immer adäquat auf die Bedürfnisse der Frauen in dieser geschenkten Zeit antwortet. Wir brauchen daher gute Konzepte, die die Bedürfnisse der Frauen über die der Institutionen stellen. Das Anbringen eines Schildes „Latenzphase – bitte draußen bleiben“ am Wehenzimmer wäre ein Anfang. Rückzugs-Räume im Krankenhaus, speziell angepasst an die Erfordernisse dieser Geburtsphase, wären ein weiteres Angebot (vgl. Downe 2019). Man könnte den Gebärenden TENS-Geräte mitgeben, wenn sie noch einmal heimgehen wollen. Es bräuchte auf jeden Fall mehr Möglichkeiten, die Frauen in der

Latenzphase daheim zu betreuen. Eine Anhebung der Hausgeburtsrate wird sich nicht sofort durchsetzen, aber es könnten mehr Hebammen „Wehenbegleitung“ zu Hause anbieten. Es gibt auch Länder, in denen Klinik-Hebammen zu den Frauen nach Hause kommen, um herauszufinden „ob es schon so weit ist“ (Spiby 2006).

„Altertümliche“ Körper in einer modernen Welt

Alison Brown, eine Hebamme aus Australien, habe ich beim Recherchieren für diesen Text über Facebook kennengelernt. Sie sagte sehr treffend: "We are ancient bodies leading modern lives". Frauen können Kinder gebären. Das ist unsere Super-Power. Damit es gut gelingen kann, müssen wir unsere evolutionären Wurzeln bedenken und was wir brauchen, damit sich diese Kraft entfalten kann. Dahingehend müssen wir unsere Geburtshilfe-Welt verwandeln.

Die Kolleginnen, die mich an ihren Überlegungen und Erfahrungen teilhaben ließen, sind: Barbara Schlesinger, Andrea Schönegger, Marlies Lind, Juliana Hörmaier, Kornelia Müller, Monika Felber, Martina Gutschmann, Julia Kepplinger, Elisabeth Fischer-Santner, Tina Hagen, Barbara Mair, Antonia Schwarz-Kröll, Karin Mulisch-Prinz, Karin Breuer, Jasna Gumze, Alison Brown, Eva Schwaighofer. Dankeschön!

Quellen:

- ACOG (2017). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-delivery> (Zugriff 25.7.2020)
- Bailit J, Dierker L, Blanchard M (2005). Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labor. *Obstet Gyn* 105(1):77-79.
- Barnett C, Hundley V, Cheyne H (2008). „Not in labour“: impact of sending women home in the latent phase. *BJM*16(3): 144-153.
- Baxter J (2007). Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *BJM* 15(12)
- Cheyne H, Rohini T, Niven C (2007). 'Should I come in now?': a study of women's early labour experiences. *BJM* 15(10):604-609.

- DNQP (2015). Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung zum Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Geburt_Auszug.pdf (Zugriff 25.7.2020)

- Downe S, Byrom S (2019). Squaring the Circle. Normal Birth Research, Theory and Practice in a Technological Age. London: Pinter & Martin. Part IV, Chapter 18-20.

- Friedman E (1955). Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 6:567-589.

- NICE (21.02.2017). Intrapartum care for healthy women and babies. Kap 1.3. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#latent-first-stage-of-labour> (Zugriff 25.7.2020)

- Rahnama P, Ziaei S, Faghihzadeh S (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 92(3):217-220.

- Rota A, Antolini L, Colciago E (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Woman and Birth* 31(4):313-318. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001.

- Spiby H, Green JM, Hucknall C (2006). Labouring to better effect: studies of services for women in early labour. The OPAL study. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.

- WHO (15.02.2018). WHO recommendation on definitions of the latent and active first stages of labour. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-definitions-latent-and-active-first-stages-labour-0> (Zugriff 25.7.2020)

Josy Kühberger MSc



ist freiberufliche Hebamme mit Kassenvertrag im Südburgenland und Mitglied des Redaktionsteams der ÖHZ.
Website: <http://www.hebammenhandwerk.at>