



## Die Geburt

Im letzten Schwangerschaftsdrittel wird der Bauch so groß, dass sich viele Schwangere fragen, wie lange das noch weitergehen soll. Sie können im Stehen ihre eigenen Füße nicht mehr sehen, es ist anstrengend, sich zu bücken. Beim Schlafen ist der Bauch im Weg. Die Schwangerschaft wird anstrengend. Gleichzeitig wachsen die Ungeduld und die Vorfreude auf das Kind.

## Warten auf den großen Tag

Der große Tag der Geburt kommt bei den wenigsten Frauen überraschend. Zum einen stellen sie sich seelisch darauf ein. Schließlich kennen sie den Geburtszeitraum. Und auch der Körper bereitet sich vor: Bei Schwangeren, die zum ersten Mal Mutter werden, beginnen etwa vier bis sechs Wochen vor der Geburt die Senkwehen. Dann spüren Sie das Zusammenziehen der Gebärmutter nicht nur durch das Hartwerden des Bauches, wie Sie es wahrscheinlich nach dem Aufstehen oder nach bestimmten Bewegungen kennengelernt haben. Senkwehen machen sich durch ein zeitgleiches Ziehen in der Leistengegend oder im Kreuzbein bemerkbar. Eventuell kennen Sie den Schmerz bereits als Regelschmerz oder als Dehnungsschmerz der Mutterbänder.

Bei einer Mehrgebärenden – so werden Frauen genannt, wenn sie bereits mindestens ein Kind geboren haben – treten die Senkwehen meist erst deutlich später auf.

### Die Senkwehen: Vorbereitung auf die Geburt

Etwa um die 36. Schwangerschaftswoche herum nimmt Ihr Kind durch die Senkwehen Kontakt zum Becken auf. Bei Mehrgebärenden passiert das später oder auch erst bei der Geburt. Zumeist wird der Kopf, bei einer Beckenendlage der Steiß, mithilfe der Senkwehen auf die Trennlinie zwischen großem und kleinem Becken dirigiert. Dadurch senkt sich der Bauch etwas ab. Es entsteht wieder ein wenig mehr Platz zwischen Ihrem Rippenbogen und dem Fundus der Gebärmutter. Das führt dazu, dass Sie wieder besser beziehungsweise tiefer (ein)atmen können oder Essen nicht schon nach kleinen Mengen zu einem Völlegefühl führt.

Wenn Sie sich nach den Senkwehen seitlich vor einen Spiegel stellen, ist Ihr Bauch nicht mehr kugelrund (Form des Buchstabens „C“) sondern hat eher die Form eines umgekehrten

Fragezeichens  $\lambda$ . Der kindliche Kopf dichtet nun den Raum zum kleinen Becken ab, das Gewicht von Fruchtwasser und Kind ruht auf dem Beckeneingang.

Jetzt kann sich auch der Gebärmutterhals entspannen und auf die Geburt vorbereiten. Dieser Vorgang wird fachlich Zervixreifung genannt. Zunächst wird der Gebärmutterhals viel weicher, dann kürzer, und er beginnt auch schon vor der Geburt, sich ein wenig zu öffnen.

### Hintergrund

**Zervixreife:** Zur Vorbereitung auf die Geburt muss das Bindegewebe des Gebärmutterhalses (Zervix) weich und dehnbar werden, damit bei der Geburt eine vollständige Öffnung des Muttermundes von zehn Zentimetern möglich wird. Bei Erstgebärenden geschieht dies unter Hormoneinfluss allmählich in den letzten vier Wochen vor der Geburt.

Die Verbindung zwischen dem muskulären Gebärmutterkörper und dem bindegewebsreichen Gebärmutterhals wird **unteres Uterinsegment** genannt. In der Schwangerschaft weitet sich dieser Teil schon mit dem Wachstum des Kindes aus und bildet die untere Rundung des Gebärmutterkörpers. An der Verbindung des unteren Uterinsegments zum Gebärmutterhals befindet sich der **innere Muttermund**. Der **Gebärmutterhals** selbst ist ein etwa vier bis fünf Zentimeter langer Schlauch, dessen unterer Teil in die Scheide hineinragt. Dieser Teil des Gebärmutterhalses wird als **äußerer Muttermund** (Portio) bezeichnet. Während der Schwangerschaft ist der Gebärmutterhals mit einem Schleimpfropf verschlossen, der verhindert, dass Spermien oder Keime, die sich in der Scheide befinden, in die Gebärmutter aufsteigen können.

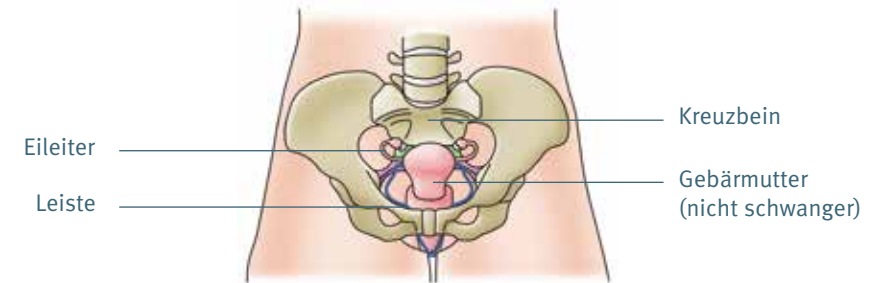
Bei der Zervixreifung lockert das Gewebe auf. Es ist zunächst fest und wird zunehmend weicher. Hebammen und Ärztinnen bezeichnen den Zustand des Portiogewebes als „derb“, dann als „mittel-weich“ und später als „weich“. Der Gebärmutterhals verkürzt sich. Es wird von einer Verkürzung um „ein Drittel“, „zwei Drittel“, von einem „wulstigen“ oder einem „verstrichenen“ Gebärmutterhals gesprochen. In dieser Phase kann es zu einer Erweiterung (Trichterbildung) am inneren Muttermund oder auch zu einer leichten Öffnung des äußeren Muttermundes kommen. Erst, wenn der Gebärmutterhals verstrichen ist, wird sich bei einer ersten Schwangerschaft der dann als „dünnsaumig“ bezeichnete Muttermund ein wenig öffnen. Bei einer Mehrgebärenden kann das gleichzeitig mit der Verkürzung des Gebärmutterhalses geschehen. Spätestens in dieser Phase löst sich der Schleimpfropf und wird von manchen Schwangeren als Ausfluss einer zähen, durchsichtigen Flüssigkeit mit etwas Blutbeimengung wahrgenommen. Von diesem Zeitpunkt an dauert es eventuell noch ein paar Stunden oder Tage bis zum Geburtsbeginn.

Erst danach verändert sich auch allmählich die Lage des Gebärmutterhalses: Der äußere Muttermund, der zunächst sehr weit hinten zu ertasten ist (Sacral = in der Nähe des Kreuzbeines), kommt langsam nach vorne. Er lässt sich dann „mediosacral“ und am Ende „medial“, also mittig, ertasten. Der Übergang von Vorwehen zu Geburtswehen ist fließend. Eine Schwangere, deren Gebärmutterhals zum Beginn der Geburt verstrichen und deren Muttermund leicht eröffnet und medial zu ertasten ist, hat bereits ein ganzes Stück geschafft. Nicht immer ist dies beim Einsetzen der Geburtswehen schon der Fall.

### Hintergrund

**Warum Regelschmerz im Rücken und in der Leiste zu spüren ist:** Die Gebärmutter ist im kleinen knöchernen Becken an Haltebändern, auch Mutterbänder genannt, beweglich fixiert. Das kleine Becken bildet innen eine etwa kreisrunde Höhle. In dieser wird die Gebärmutter an drei Bändern in ihrer Position gehalten. Eines (lila) zieht von den Seiten der Gebärmutter zur seitlichen Wand des kleinen Beckens

und bildet quasi eine Verdoppelung des Bauchfelles. Für die Rückenschmerzen bei den Senkwehen ist ein anderes Halteband (grün) verantwortlich, das vom unteren hinteren Teil der Gebärmutter zum Kreuzbein verläuft. Die Schmerzen in der Leistengegend kommen durch die Mutterbänder (blau), die von der Gebärmutter in Höhe der Eileiter durch die Leiste bis zu den großen Schamlippen führen.



Die Mutterbänder im kleinen knöchernen Becken.

### Vorwehen: Die Gebärmutter übt

Nach den Senkwehen werden bis zur Geburt immer mal wieder weitere Wehen auftreten. Sie können ein bis zwei Stunden regelmäßig sein und dann wieder aufhören. Damit übt die Gebärmutter nicht nur für den Geburtstag, sie verändert auch ihre Form und unterstützt Ihr Kind darin, eine möglichst optimale Position für den Geburtsbeginn zu finden. Erstgebärende, deren Kinder in den letzten vier Wochen noch nicht die optimale Position gefunden haben, werden eventuell mehr Vorwehen spüren als Erstgebärende, deren Kinder eine vordere Hinterhauptslage eingenommen haben (siehe Seite 132). Bei dieser liegt das Kind mit dem Kopf nach unten auf dem Eingang zum kleinen

Becken. Das Gesicht ist nach rechts oder links gewendet, und der Rücken des Kindes befindet sich eher vorne an der Bauchwand der Mutter. Bei Mehrgebärenden ist der Ablauf der Zervixreife (erst Verkürzen und dann Öffnen) nicht mehr zwingend ein Nacheinander. Und das Kind sucht auch nicht den Kontakt zum Beckeneingang. Da sorgt die Gebärmutter gelegentlich erst in den letzten Stunden vor der Geburt für die optimale Ausgangslage.

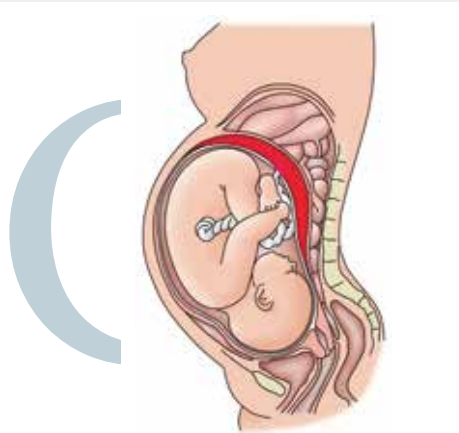
Lassen Sie sich nicht einreden, dass die Kontraktionen, die Sie nachts nicht schlafen lassen, nur störend und unbequem sind: Körper und Kind nutzen ihre Möglichkeit, den Geburtstag optimal vorzubereiten. Bitten Sie

### Hintergrund

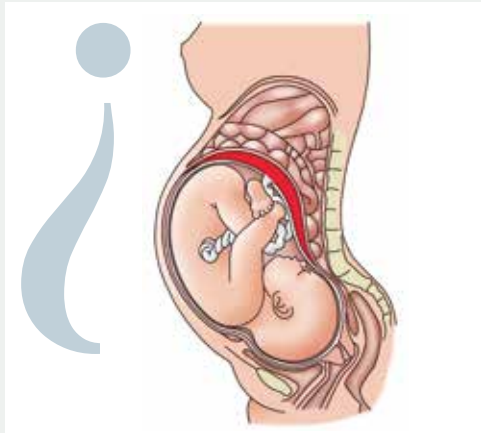
#### Form und Beschaffenheit der Gebärmutter:

Die Form der Gebärmutter gleicht vier Wochen vor der Geburt ungefähr der eines aufgeblasenen Luftballons, den Sie sich ohne Knoten zum Verschließen vorstellen sollten. Bis zu dieser Schwangerschaftswoche haben sich der Gebärmutterkörper und das untere Uterinsegment stark vergrößert, während der Gebärmutterhals etwa gleich lang geblieben ist. Der Gebärmutterkörper besteht überwiegend aus glatten

Muskelfasern, die sich unter Hormoneinfluss kontrahieren können, der Gebärmutterhals hauptsächlich aus Bindegewebe, das sich nicht zusammenziehen kann. Der Gebärmutterhals ist seitlich noch etwas abgeknickt. So wirkt der Druck durch das Gewicht des Kindes nicht unmittelbar auf den inneren Muttermund. Auch bei ständig ansteigendem Druck durch den sich vergrößernden Gebärmutterkörper bleibt der innere Muttermund noch verschlossen.



Vor Beginn der Senkwehen gleicht der Bauch einem C.



Nach den Senkwehen: Der Bauch ähnelt einem umgedrehten Fragezeichen.

Ihre Ärztin oder Ihre Hebamme, in der Zeit der Vorbereitung die aktuelle Lage Ihres Kindes zu erklären. Es ist wichtig zu wissen, ob der Kopf oder der Steiß des Kindes bereits Bezug zum Becken aufgenommen haben und den Beckeneingangsring abdichten beziehungsweise das kindliche Gewicht dort abstützen. Dies beeinflusst Ihr Verhalten bei einem vorzeitigen Blasensprung (siehe Seite 89). Außerdem sollten Sie wissen, in welcher Position sich der kindliche Rücken befindet.

### Die Kindslage: Kopf zuerst

Vordere I. (erste) Hinterhauptlage: Mit diesen wenigen Worten ist die Position eines Kindes in der Gebärmutter exakt beschrieben. Da sich die meisten Kinder diese Position bis zur Geburt suchen, sollen Ihnen im Folgenden anhand dieses Fachausdrucks auch alle weiteren Begriffe erklärt werden.

Bei der vorderen I. Hinterhauptlage handelt es sich um eine Längslage: Ihr Kind ist wie

die Gebärmutter senkrecht in Ihrem Körper angeordnet. Diese Längslage nehmen 99 von 100 Kindern bis zur Geburt ein. (Diese und die folgenden Zahlen gehen aus der bundesweiten Berichterstattung aller Geburten in Krankenhäusern hervor.)

Ungefähr nur 1 von 200 Kindern hat nicht die Möglichkeit zur Längslage und befindet sich eher waagrecht liegend in der Gebärmutter (siehe Seite 45). Ursachen können ein Platzproblem bei Mehrlingsschwangerschaften, eine ungewöhnliche Form von Gebärmutter oder Becken oder auch Unregelmäßigkeiten der Gebärmutterinnenseite durch große Myome sein. Es wird dann von einer Querlage (Querlage = QL) gesprochen. Bleibt ein Kind bis zur Geburt in Querlage liegen, dann muss es per Kaiserschnitt geboren werden.

Bei der vorderen I. Hinterhauptlage befindet sich Ihr Kind in „Schädel“lage. Als Schädel werden die Knochen des Kopfes bezeichnet, die das Gehirn überdecken. Der kindliche Schädel liegt auf dem Beckenring als Eingang zum kleinen Becken auf und wird als Erstes geboren. In einer Schädellage kommen 95 von 100 Kindern auf die Welt.

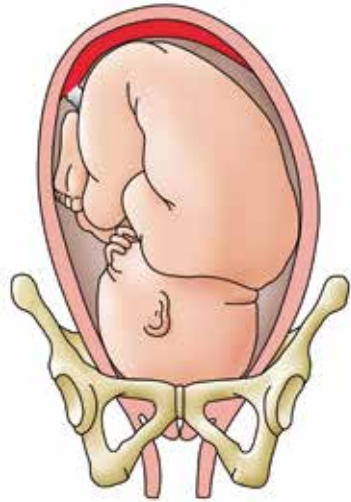
Die anderen 5 von 100 Kindern in einer Längslage ziehen es vor, lieber mit Po (Steiß) oder einem oder beiden Füßen zuerst geboren zu werden (siehe Seite 166). Diese 5 Kinder haben eine regelgerechte Lage, aber eine ungewöhnliche Einstellung in der Gebärmutter eingenommen. Sie wird als Steißlage oder Beckenendlage bezeichnet. Auch dafür kommen die oben beschriebenen mütterlichen und kindlichen Faktoren als Ursache in Frage. Manche Kinder haben eventuell auch nur den Zeit-

punkt verpasst, sich in Schädellage zu drehen, oder sie haben ausreichend Platz, sich immer wieder zu drehen. Gelegentlich steht auf Seite 7 Ihres Mutterpasses in der Spalte zur Kindslage ein „LL“ für Längslage. Häufig wird direkt zwischen „SL“ für Schädellage und „BEL“ für Beckenendlage unterschieden.

Ob sich der Rücken Ihres Kindes auf Ihrer rechten oder linken Seite befindet, wird durch die Stellung beschrieben. Dabei unterscheiden Fachleute zusätzlich, ob der Rücken eher nach vorne in Richtung Ihres Bauchnabels oder eher nach hinten in Richtung Ihrer Wirbelsäule geneigt ist. Bei einer vorderen I. Lage befindet sich der kindliche Rücken auf der linken Seite der Schwangeren und ist nach vorne zur Bauchwand der Mutter gerichtet (siehe Seite 134 linkes Bild). Dies ist die häufigste Stellung aller Kinder, die mit dem Kopf zuerst geboren werden. Seltener, aber genauso unkompliziert, ist eine vordere II. Lage; dann befindet sich der kindliche Rücken nach vorne geneigt auf der rechten Seite der Schwangeren.

Die optimalen Ausgangspositionen für Kinder, die zuerst mit Po oder Fuß geboren werden, sind auch die vordere I. oder II. Lage.

Ist der Rücken des Kindes bei einer Längslage (Hinterhauptlage oder Steißlage) eher nach hinten zur Wirbelsäule der Mutter geneigt, kann sich daraus eine hintere I. oder II. Lage entwickeln (siehe Seite 134 rechtes Bild). In dieser Position ist gegebenenfalls damit zu rechnen, dass das Kind nicht mit seinem Nacken um das Schambein herum geboren wird, sondern dass sich das kindliche Kinn um das Schambein herumschiebt. Ein auf diese Art geborenes Kind wird auch als „Sternengucker“ bezeichnet.



Die vordere I. Lage

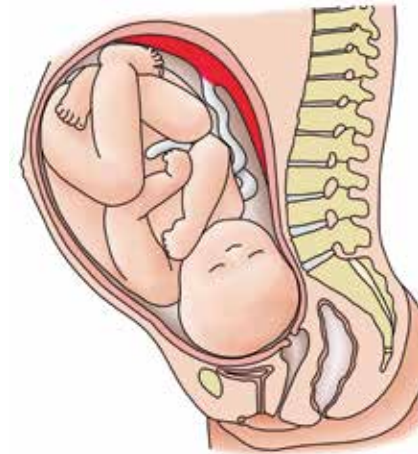
Schließlich kann dem Wort „Hinterhauptslage“ entnommen werden, dass der Teil des Kopfes, der in das kleine Becken der Mutter hineinragt, das Hinterhaupt ist. So wird der Kopf Ihres Kindes bereits in Richtung Brust gebeugt und kann dann mit seinem kleinsten Durchmesser durch das mütterliche kleine Becken und die Scheide geboren werden.

Lassen Sie sich durch die genaue Beschreibung nicht verwirren. Vielleicht können Sie sich die verschiedenen Positionen mithilfe einer Puppe verdeutlichen, die Sie an Ihren Bauch halten. Je genauer Sie selbst wissen, was wann und warum geschieht, desto besser können Sie sich bei der Geburt helfen und gemeinsam mit Ihrem Kind ein gutes Team bilden. Die Geburtsmechanik ist logisch und bietet vielleicht auch den Vätern eine Möglichkeit zielsicherer Unterstützung.



Die hintere I. Lage

Bis zur eigentlichen Geburt versucht Ihr Kind, eine optimale Ausgangsposition einzunehmen. Handelt es sich um Ihre erste Geburt, werden Kopf oder Steiß des Kindes dann Kontakt zum Becken aufgenommen haben. Dabei liegt das kindliche Gewicht auf dem Beckenring, dem Eingang zum kleinen Becken. Wie bei einem Ei in einem Eierbecher ragen dann auch schon Teile in das kleine Becken hinein. Vor der Geburt werden Kopf oder Steiß aber nie bereits in das kleine Becken rutschen. Dies geschieht erst sehr viel später nach einigen Geburtswehen. Sprachlich ist das gelegentlich verwirrend. Wenn Sie in der Arzt- oder Hebammenpraxis hören, dass zum Beispiel der Kopf des Kindes schon tief im Becken ist, bedeutet das lediglich, dass er den Bezug zum Beckeneingang vollständig aufgenommen hat beziehungsweise auf dem Beckeneingang aufsitzt.



Der Kopf des Kindes hat Kontakt zum Becken aufgenommen.

### So können Sie die Vorbereitungen unterstützen

Wenn Sie die ersten Wochen Ihres Mutter-schutzes durch viel Entspannung und Ruhepausen genossen haben oder sogar bei vorzeitigen Wehen und Anzeichen einer vorzeitigen Geburt Ruhe halten mussten, dann können Sie in der Vorbereitungszeit ab der 36. Schwangerschaftswoche wieder aktiver werden. Gemütliches Kuscheln auf dem Sofa in nach hinten gelehnter Haltung kann Ihr Kind nicht dabei unterstützen, sich mit dem Rücken eher nach vorne zu drehen. Sowohl das Kind, als auch die Gebärmutter, die sich aufrichten möchte, müssen die Schwerkraft überwinden. Übereinandergeschlagene Beine verringern zudem den Platz im vorderen Beckenbereich.

Seien Sie aktiv und nehmen Sie immer wieder aufrechte, nach vorne gebeugte Haltungen ein,

wenn Ihr Kind noch nicht die optimale Position gefunden hat. Lassen Sie bei aufrechten Positionen die Schwerkraft wirken. Nachts werden Sie sich wahrscheinlich immer wieder lieber auf die Seite legen, auf der auch der kindliche Rücken liegt. Positionieren Sie das obere Knie dicht neben dem Bauchnabel auf der Matratze oder auf einem Kissen. So entsteht für Ihr Kind eine innere Hängematte in vorderer Stellung. Da sich mehr Kinder in der Ersten Lage befinden, werden mehr Frauen auf ihrer linken Seite liegen.

Gerade nach längeren Liege- oder Ruhephasen sollten Sie sich, immer nach eigenem Ermessen, wieder mehr bewegen. So erhalten Sie allmählich wieder Kraft zurück, die Sie für die Geburt gebrauchen können.

Nach einem Vergleich mehrerer Studien kann keine bestimmte Position für alle Frauen in den letzten drei Wochen vor der Geburt empfohlen werden. Bei Schwangeren, die sich täglich zweimal für etwa zehn Minuten in eine kniende und nach vorne gebeugte Position begaben, drehten sich jedoch mehr Kinder von einer hinteren Hinterhauptslage in eine vordere Hinterhauptslage. Die Studien zeigten auch, dass eine nach vorne gebeugte Position bei hinterer Hinterhauptslage des Kindes den Wehenschmerz während der Geburt verringern kann.

Manche Kinder können den Geburtsweg besser in hinterer Hinterhauptslage passieren. Aber es ist einen Versuch wert, das Kind vorher zu drehen: Sollte sich Ihr Kind in der Vorbereitungszeit auf die Geburt nicht in einer vorderen Stellung befinden, kann eine aufrechte, nach vorne gebeugte Haltung bei der Geburt Ihr Kind darin unterstützen, sich doch noch in eine vordere Stellung zu drehen.

### Hintergrund

**Der vorzeitige Blasensprung:** In der Fruchtblase wächst das Kind geschützt auf. Die das Kind und das Fruchtwasser umgebende Haut wird als Eihaut bezeichnet. Die Eihaut liegt an der Gebärmutterwand an, überzieht den Mutterkuchen von der kindlichen Seite aus und umkleidet auch die Nabelschnur bis zum Bauchnabel des Kindes. Aus der äußeren Schicht der Fruchtblase (Chorion) hat sich zu Beginn der Schwangerschaft an einer Stelle der Mutterkuchen (Plazenta) gebildet. Die innere Schicht der Fruchtblasenhaut ist überwiegend für die Produktion und den ständigen Austausch des Fruchtwassers zuständig. Auch wenn die Fruchtblase bereits an einer Stelle gerissen ist (Blasensprung), so dass Fruchtwasser durch die Scheide ablaufen kann, wird weiterhin Fruchtwasser produziert. Ihr Kind wird so lange durch Fruchtwasser geschützt, bis es geboren ist.

Die Eihaut ist extrem stabil. Nur, weil Sie sich auf den Bauch gelegt haben oder sich Ihr älteres Kind beim Spielen auf Ihrem Bauch abstützt, kann sie nicht reißen. Einem vorzeitigen Blasensprung gehen immer biochemische Prozesse voran, die die Reißfestigkeit der Eihaut herabsetzen. Dieser Prozess wird in Verbindung mit der Zervixreifung eingeleitet.

Die Eihaut kann auch infolge einer Infektion einreißen. Keime, die durch die Scheide aufsteigen, lösen dann einen entzündlichen Prozess aus, der die Eihaut dünner werden lässt. Bei etwa 33 von 100 Frühgeburten löste ein entzündlicher Prozess in der Eihaut den vorzeitigen Blasensprung aus. Ein Blasensprung kann auch durch eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) provoziert werden.

Bitte suchen Sie umgehend eine Klinik auf, wenn Sie vermuten, dass Fruchtwasser abgeht. Durch Antibiotikagabe kann in vielen Fällen die Geburt verzögert und die weitere Reifung der kindlichen Lunge ermöglicht werden.

Von einem vorzeitigen Blasensprung wird immer dann gesprochen, wenn vor dem Einsetzen der Geburtswehen Fruchtwasser abgeht. Reißt die Eihaut nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes, handelt es sich um einen rechtzeitigen Blasensprung. Nach einer bundesweiten klinischen Erhebung sind etwa 18 von 100 Schwangeren von einem vorzeitigen Blasensprung betroffen. In den meisten Fällen scheint die Fruchtblase aber erst in der Klinik zu springen, denn bei nur etwa 8 von 100 Schwangeren wurde der vorzeitige Blasensprung als Aufnahmegrund genannt.

## Wenn das Kind zu früh kommt

Als Frühgeborene gelten alle Kinder, die mehr als eine Woche vor dem Beginn des Geburtszeitraumes geboren werden, also bis zu 36+6 Schwangerschaftswochen. Davon sind etwa 8 oder 9 von 100 Neugeborenen betroffen. Kinder, die ab 37+0 Schwangerschaftswochen geboren werden, gelten als zeitgerecht geboren. Ein Tag mehr oder weniger ist zwar rechtlich gesehen ein großer Unterschied, in der Realität aber fast nicht relevant. Wie viel Unterstützung ein Neugeborenes bekommt, hängt immer von seinem Befinden ab – nicht vom Zeitpunkt der Geburt.

In den meisten Fällen kündigt sich eine Frühgeburt durch einen vorzeitigen Blasensprung, vorzeitige Wehen oder hellrote Blutungen an. Sie sollten in diesen Fällen schnellstmöglich eine Klinik aufsuchen. Oft ist es möglich, die Geburt noch ein bisschen hinauszuzögern.

### Tipp

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat wissenschaftlich belegte Informationen zur Frühgeburt zusammengestellt. Internet: [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), in die Suchmaske „Frühgeburt“ eingeben.

Je früher ein Kind geboren wird, desto unreifer sind seine Organe. Besonders die Lungen sind erst ab etwa der 35. Schwangerschaftswoche so weit ausgebildet, dass sie nach dem ersten Atemzug nicht wieder zusammenfallen. Alle Kinder, die früher geboren werden, müssen medizinisch behandelt und gegebenenfalls auch bei der Atmung unterstützt werden. Bei

einer drohenden Frühgeburt wird der Mutter im Abstand von 24 Stunden zweimal ein Medikament mit glucocorticoider Wirkung (Betamethason) verabreicht, um dem Kind einen besseren Start zu ermöglichen.

Bereits ab der 24. Schwangerschaftswoche ist ein Kind (über)lebensfähig, gelegentlich auch etwas früher. Zu dem Zeitpunkt ist es etwa 30 Zentimeter lang und wiegt leichte 650 Gramm.

Der Transport von extrem früh geborenen Kindern sollte unbedingt vermieden werden. Jede Arzt- und Hebammenpraxis, aber auch jede Klinik wird versuchen, die Schwangere rechtzeitig an eine Spezialklinik zu überweisen, die auf Frühgeborene eingerichtet ist. Je nach Schwangerschaftsalter oder Gewicht des Frühgeborenen sind dafür vier Versorgungsstufen definiert (siehe Seite 109).

Bundesweit werden alle Geburten statistisch erfasst. Demnach wurde in Deutschland in den vergangenen Jahren jeweils 1 von 100 Kindern (1,3 Prozent) mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm in einer Klinik geboren, und zwar in der Mehrzahl vor 32+0 Schwangerschaftswochen.

### Wo soll das Kind versorgt werden?

Die Versorgung Frühgeborener wird in Deutschland durch Spezialkliniken gewährleistet. Um eine nach heutigem Wissensstand bestmögliche Betreuung der zu früh geborenen

Kinder zu ermöglichen, müssen diese Kliniken bestimmte bauliche und personelle Vorgaben erfüllen. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Geburtshelfer und Kinderärzte mit einer speziellen Qualifikation für Risikogeburten und Neugeborenenmedizin ständig zur Verfügung stehen und die Kliniken die modernste technische Ausstattung bereitstellen. Jährliche Berichte nach standardisierten Erhebungsmethoden ermöglichen eine Qualitätskontrolle und die Vergleichbarkeit verschiedener Kliniken innerhalb einer Versorgungsstufe.

Experten bewerten jedoch kritisch, dass auch die Anzahl der betreuten Kinder pro Jahr darüber entscheidet, ob sich ein Perinatalzentrum Level 1 im Folgejahr wieder so bezeichnen und weiterhin sehr kleine Frühgeborene behandeln darf. Einerseits kann durch diese Festlegung eine bestimmte Anzahl an Betten und Personal und auch die regelmäßige Durchführung bestimmter Handlungsabläufe bei extrem Frühgeborenen vorausgesetzt werden. Andererseits könnten Kliniken mit dem Vorwurf belastet werden, dass Kinder zu früh geholt werden, um die Fallzahlen zu erreichen. Ein Perinatalzen-

trum Level 1 muss entsprechend der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen pro Jahr mindestens 30 Frühgeborene unter 1.250 Gramm Geburtsgewicht versorgen.

Weil Frühgeborene je nach Geburtszeitraum eine unterschiedlich intensive Behandlung benötigen, sind vier Versorgungsstufen definiert (siehe Seite 109). Die niedrigste Versorgungsstufe kümmert sich um Kinder mit dem niedrigsten Geburtsgewicht.

Geburtskliniken mit und ohne Perinatalzentren bieten Informationstage für Schwangere, die sich für die dort angebotene Geburtshilfe interessieren. Nutzen Sie diese Gelegenheiten, damit Sie wissen, was Sie erwartet und wie die Abläufe organisiert sind. Frühgeborene mit extrem niedrigem Gewicht müssen in den ersten zwei bis drei Lebensmonaten eventuell ausschließlich in der Klinik versorgt werden. Es ist wichtig zu wissen, ob Sie als Eltern in der Klinik übernachten können. Und es ist gut, wenn der tägliche Besuch nicht an einer enorm langen Fahrtzeit scheitert.

#### So ist die Versorgung Frühgeborener in Deutschland geregelt.

Versorgungsstufe I:	Perinatalzentrum Level 1	bis 1.250 g Geburtsgewicht
Versorgungsstufe II:	Perinatalzentrum Level 2	ab 1.250 g Geburtsgewicht
Versorgungsstufe III:	Geburtsklinik mit perinatalem Schwerpunkt	ab 1.500 g Geburtsgewicht
Versorgungsstufe IV:	Geburtsklinik	ab 36+0 Schwangerschaftswochen

## Manche Kinder lassen auf sich warten

Ihr Kind hat bis zu 41+6 Schwangerschaftswochen Zeit, um aus eigener Kraft durch Wehen oder einen Blasensprung den Geburtsbeginn anzukündigen. Nennen Sie Bekannten und Freunden am besten den letzten Tag des Geburtszeitraumes als voraussichtlichen Geburtstermin. Das erspart Ihnen viele besorgte Nachfragen um den errechneten Termin herum, die nicht nur nerven, sondern auch zusätzlichen Druck ausüben können.

Es lässt sich beobachten, dass Frauen zunächst eher aufgeregt der Geburt entgegensehen und dann plötzlich mit großer Gelassenheit und Sicherheit verkünden, dass ihr Kind schon wisse, wann es auf die Welt kommen will. Das ist eines der subjektiven, aber durch-

#### Gut zu wissen

Eine Schwangerschaftsdauer von 40+0 bis 41+6 Schwangerschaftswochen gilt als Terminüberschreitung. Ab 42+0 Schwangerschaftswochen wird von einer Übertragung gesprochen. Bundesweiten Erhebungen zufolge erleben etwa 37 von 100 Schwangeren eine Terminüberschreitung. Die allermeisten Kinder werden dann bis 41+3 Schwangerschaftswochen geboren. Nur 4 von 1.000 Schwangeren gebären erst im Übertragungszeitraum ab 41+6 Schwangerschaftswochen.

aus verlässlichen Zeichen einer unmittelbar bevorstehenden Geburt. Auch kurzzeitiger Durchfall, Unwohlsein oder das Herrichten der letzten Dinge im Kinderzimmer (Nestbautrieb) kündigen die Geburt an.

#### Schwangerschaftsdauer und Geburtszeitraum

