

Versorgung von Familien im Wochenbett – was ein Hausarzt wissen sollte

Post-Natal Care for Families – What a Family Practitioner Should Know

Joana Maculuve, Jost Steinhäuser

Zusammenfassung: Die Zeit des Wochenbetts spielt eine zentrale Rolle bei der Findung junger Familien. Der Hausarzt – als niederschwelliger ärztlicher Spezialist für die gesamte Familie – sollte als kompetenter Ansprechpartner für Familien in dieser Zeit zur Verfügung stehen. Aufgrund der voraussichtlich zunehmenden Versorgungslücken im Bereich der Hebammenbetreuung in einzelnen Regionen könnten hier Beratungsanlässe für Hausärzte in Bezug auf das Wochenbett zunehmen. Grundlegendes Wissen über die physiologischen Veränderungen von Mutter und Kind sowie den präventiven Ansatz der Wochenbettbetreuung sind daher für Hausärzte wichtig.

Schlüsselwörter: Wochenbettbetreuung; Wöchnerin; Neugeborene; Allgemeinmedizin; Familienmedizin

Summary: The post-natal phase plays a central role in the formation of young families. The family practitioner (FP) – as a low threshold medical specialist for the whole family – should be available as a competent contact person for families during this time. Because of the expected increasing number of gaps in the care provided by midwives in some regions, the need for FP post natal phase consultations in these areas will increase. Therefore a basic knowledge of the physiological changes in mother and child as well as in the preventive approach to post-natal care is important for FPs.

Keywords: post-natal care; post-natal mother; newborn; general medicine; family medicine

Hintergrund

Das Wochenbett umfasst die Zeit ab Geburt der Plazenta bis 8 Wochen postpartal. Die meisten Frauen verlassen die Klinik ca. 2 Tage nach einer komplikationslosen Entbindung und 5–7 Tage nach einer Sectio [1]. Bei zunehmend kürzer werdenden stationären Krankenhausaufenthalten der Familie [2] entspricht eine intensive außerklinische Betreuung dem Wunsch der meisten Familien [3].

Die Familienmedizin spielt eine zentrale Rolle im hausärztlichen Alltag und beinhaltet die medizinische Betreuung des Patienten im Kontext seines sozialen Hintergrunds und über unterschiedliche Lebensphasen hinweg [4].

Da Hausärzte die ersten ärztlichen Ansprechpartner sind, werden sie auch

von jungen Familien in der sensiblen Phase des Wochenbetts konsultiert. Aufgrund von entstandenen Versorgungslücken im Bereich der Hebammenbetreuung in einzelnen Regionen ist davon auszugehen, dass Beratungsanlässe bezüglich des Wochenbetts für Hausärzte in den betroffenen Regionen zunehmen. Da es keine Datenerhebung zur Versorgung mit Hebammenhilfe gibt, ist es allerdings schwierig zu ermitteln, welche Regionen genau betroffen sein könnten. Der Deutsche Hebammenverband führt daher derzeit eine Erhebung zur Unterversorgung mit Hebammenhilfe durch [5]. Im Jahre 2012 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Studie zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe durch-

geführt. Hierbei wurde insbesondere deutlich, dass Beleggeburten in 1:1-Betreuung und Wochenbettbetreuung nicht mehr flächendeckend angeboten werden können [6].

Ziel dieses Beitrags ist es, die basalen Befunde, die bei einer Wöchnerin und einem Neugeborenen zu erheben sind, zusammenzufassen und die typischen, im Wochenbett auftretenden Beratungsanlässe vorzustellen.

Klinische Untersuchung der Mutter

Aus hygienischen Gründen bietet es sich an, bei der Befunderhebung – wie nachfolgend dargestellt – von cranial nach kaudal vorzugehen.

Brust

Die Brust sollte bei jedem Kontakt sowohl mit den Augen als auch mit den Händen inspiziert und palpirt werden. Auf vorherige Händedesinfektion ist besonders zu achten. Es sollte auf die Hautbeschaffenheit von Mamille und Areola sowie auf Druckstellen des BHs und Veränderungen der Hautfarbe geachtet werden. Das Drüsengewebe der Brust ist abzutasten, damit Verhärtungen und Veränderungen der Konsistenz im Verlauf erkannt werden [7: 424]. Ein Milchstau oder eine Mastitis können zu jedem Zeitpunkt während des Stillens auftreten. Symptome sind eine druckschmerzhaft, harte Brust. Eventuell treten rötliche Flecken, allgemeine Entzündungszeichen und Infektzeichen wie ansteigende Körpertemperatur, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen auf. Die Wöchnerin sollte Bettruhe (keine Hausarbeit, keine anstrengenden Besuche) einhalten und die Brust durch regelmäßiges Anlegen entleeren. Zudem kann vor dem Stillen feuchte Wärme oder eine Massage an der betroffenen Stelle helfen. Nach dem Stillen sind kühlende Umschläge mit Quark oder Weißkohlblättern sinnvoll. Sollten die Symptome nicht innerhalb von 24 Stunden abklingen, muss eine infektiöse Mastitis ausgeschlossen werden. Es sollte ggf. spätestens 48 Stunden nach Symptombeginn mit der Behandlung eines stillverträglichen Antibiotikums begonnen werden [7: 464–465, 474–476]. Weiterführende Informationen zum Thema Stillen können in einem früheren ZFA-Artikel gefunden werden [8].

Uterus/Lochien

Die Involution des Uterus ist von außen tastbar. Um sie korrekt ermitteln zu können, muss die Patientin mit entleerter Harnblase in entspannter Rückenlage positioniert werden. Zu beachten sind der korrekte Höhenstand, die Konsistenz, die Größe insgesamt sowie eine nicht physiologische Druckempfindlichkeit.

Der Fundus ist direkt nach der Geburt etwa am Nabel und bildet sich pro Tag ca. 1 Querfinger zurück. Am 10.–12. Tag verschwindet er hinter der Symphyse und ist von außen nicht mehr palpierbar. Die Involution erfolgt individuell und ist abhängig von der ursprünglichen Uterusgröße, dem Geburtsverlauf (Wehenschwäche), dem Geburtsmodus

(längerer Verlauf nach Sectio), der Parität und dem Stillverhalten der Patientin (Stillen regt die Oxytocinausschüttung und die damit verbundenen Nachwehen an) [7: 433].

Die Wöchnerin sollte bei jedem Kontakt nach Menge, Farbe und Geruch der Lochien befragt werden. Sie beginnen direkt nach der Geburt der Plazenta und werden dann kontinuierlich weniger, um 3 bis 4 Wochen postpartal gänzlich zu versiegen. In den ersten 5 Tagen ist die Blutung etwa regelstark und klingt danach langsam ab. Blutbeimengungen bis zum 10. Tag postpartum sind physiologisch. Bei länger andauernden Blutungen sollte die Wöchnerin bei einem Gynäkologen vorstellig werden. Auch ein plötzliches Sistieren der Lochien innerhalb der ersten Tage muss abgeklärt werden. Lochien sollten grundsätzlich nicht fötide riechen. Dies könnte auf eine Infektion hinweisen [7: 433–440].

Beine/Varizen

Im Beinbereich sollte vor allem auf Varizen geachtet werden. Sie können daneben auch an Vulva sowie im Anal- und Beckenbereich auftreten. Thrombophlebitiden und Phlebothrombosen treten im Wochenbett häufig auf. Gründe hierfür sind die Weitstellung und Tonusminderung der Gefäße in der Schwangerschaft, postpartale Hypotonie und Blutstromverlangsamung, Venektasie/Varikosis, eine Hyperkoagulabilität durch erhöhte Konzentration an Thrombozyten und Gerinnungsfaktoren, Endotheldefekte, Druck des großen Uterus auf die Beckenvenen und Bewegungsmangel [9: 647].

Geburtsverletzungen

Hier ist auf Schwellungen und Zeichen einer Infektion zu achten. Hämatome müssen beobachtet werden, da sie bei den Frauen teilweise erhebliche Symptome auslösen (intensives Druckgefühl, hochstehender Uterus). Liegen sie in der Vagina, sollten sie durch vorsichtige Palpation diagnostiziert werden [10: 66].

Klinische Untersuchung des Kindes

Die Neugeborenenperiode erstreckt sich vom 1.–28. Lebenstag.

Gesamteindruck

Eine Neugeborenen-Untersuchung erfordert Flexibilität im Untersuchungsablauf. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, das Neugeborene erst zu beobachten (Aussehen, Spontanatmung, -haltung, -motorik), ohne es durch vorherige Berührungen zu irritieren. Wenn es sich ruhig verhält, kann die Auskultation von Herz und Lunge problemlos erfolgen. Die normale Herzfrequenz eines Neugeborenen liegt bei 125/min; die Atemfrequenz bei 40/min. Insgesamt sollte auf Zeichen von Blässe, Zyanose, Ödemen, Lage des Herzspitzenstoßes, periphere Pulse an oberer und unterer Extremität (fehlen diese, ist an eine Aortenisthmusstenose zu denken), Herzfrequenz, Herzrhythmus sowie Herzgeräusche geachtet werden. In den ersten Lebenstagen sind systolische Herzgeräusche durch den anfänglich noch nicht verschlossenen Ductus arteriosus häufig funktionell und verschwinden nach einigen Tagen. Zeichen einer Dyspnoe sind Nasenflügel, Einziehungen des Brustkorbes, Stridor und expiratorisches Stöhnen. Bei Auffälligkeiten sollte rasch ein Kinderarzt zur weiteren Abklärung hinzugezogen werden [11: 132–133].

Nabel

Der Nabelschnurrest fällt i.d.R. zwischen dem 5.–9. Lebenstag ab. Wichtig ist, dass die Art der Nabelpflege den Zeitpunkt des Abfallens verändert. Wird er „nur“ sauber gehalten (ausreichend), benötigt er etwa eine Woche, bei Verwendung von Streupuder (z.B. Wecesein) sind es etwa 4 Tage und bei einer desinfizierenden Behandlung mit 80%igem Alkohol oder Sibernitrat-Puder ca. 9–10 Tage [10: 255].

Haut/Ikterus

Die Haut sollte rot bis rosig sein und der Hautturgor ein glattes Erscheinungsbild hinterlassen. Aufgrund des Neugeborenen-Ikterus beginnt sich die Haut um den 3. Lebenstag ikterisch zu verfärben. Bis zum 5.–6. Lebenstag steigert sich der normale Neugeborenenikterus, um dann rasch wieder abzufallen. Bilirubinwerte im Blut sollten nicht über 15 mg/dl (255 µmol/l) ansteigen [10: 275]. Bei Übersteigen der

Grenzwerte ist eine Phototherapie angezeigt, um die Entstehung einer Bilirubinenzephalopathie zu vermeiden [11: 169–170].

Gewicht

Ein Neugeborenes sollte maximal 7 % seines Geburtsgewichtes abnehmen und nach ca. 10, maximal 14 Tagen sein Geburtsgewicht wieder erreicht haben. Der Tiefpunkt der Gewichtsentwicklung liegt meist zwischen dem 3.–5. Lebenstag [10: 127]. Haben Neugeborene einen größeren Gewichtsverlust, muss das Stillverhalten beobachtet und ggf. korrigiert werden. In den ersten 2–8 Wochen nimmt das gesunde, reif geborene Neugeborene täglich ca. 20 g zu [12].

Geschlechtsorgane

Postpartal befinden sich noch diaplazentar übertragene mütterliche Geschlechtshormone im kindlichen Blut. Dies kann bei beiden Geschlechtern zu einer Brustdrüsenanschwellung mit vor-milchähnlicher Sekretion führen („Hexenmilch“) [7: 556].

Mädchen: In den ersten Tagen ist teilweise weißlich, leicht blutiges Sekret aus der Vagina zu beobachten. Dies entspricht dem durch mütterliche Hormone proliferierenden kindlichen Endometrium, das nun abgestoßen wird.

Jungen: Eine Phimose ist beim Neugeborenen physiologisch [11: 134].

Windelbereich

Eine Windeldermatitis kommt meist durch verlängerten Hautkontakt mit Ausscheidungen und sekundärer Kolonisation mit *Candida albicans* zustande (zur Behandlung der Windeldermatitis: siehe Abschnitt „Körperpflege des Kindes“). Es imponiert eine Rötung und erythematöse Papeln im Anogenitalbereich, die bei zusätzlicher Infektion mit *C. albicans* mit einer randständigen Schuppung einhergehen und sich bis zu den Oberschenkeln und dem Abdomen ausbreiten können [13].

Früherkennungsuntersuchungen

Das Neugeborene sollte bis zur Beendigung des Wochenbettes mindestens drei Früherkennungsuntersuchungen erhal-

ten. Die U1 erfolgt innerhalb der ersten 4 Lebensstunden und wird – bei einem unauffälligen Neugeborenen – i. d. R. durch die Hebamme oder den Geburtshelfer durchgeführt [14].

Die U2 findet im Alter von 3–10 Lebenstagen statt und sollte von einem in der Neugeborenenmedizin erfahrenen Arzt durchgeführt werden. Sie umfasst die Beratung der Eltern zu den allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen und zur Ernährung des Kindes, zur Sudden-infant-death-syndrome-Prophylaxe, zu Impfungen und Prophylaxen, wie Vitamin-K-, Vitamin-D-, Fluorid-Gabe sowie zum Hör-, Pulsoxymetrie- und Hüftscreening [14].

Die U3 wird am Ende der Neonatalperiode im Alter von 4–6 Wochen durchgeführt [11: 131].

Screening

Ziel des Neugeborenen-Screenings ist die frühzeitige Erkennung und Therapie von behandelbaren endokrinen/metabolischen Erkrankungen. Es werden momentan 12 Stoffwechselerkrankungen abgedeckt. Die Eltern müssen vor der Fersenblut-Abnahme aufgeklärt werden und eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben. Das Screening sollte zwischen der 36. und 72. Lebensstunde erfolgen [15].

Prophylaxen

Vitamin K: Neugeborene verfügen nur über geringe Vitamin-K-Speicher. Deswegen erhalten sie 3-mal im Leben zur U1, U2 und U3 2 mg Vitamin K p.o. zur Blutungsprophylaxe.

Vitamin D: Um den zusätzlichen Bedarf an Vitamin D zu decken, wird eine Vitamin-D-Prophylaxe bis zum 2. vom Kind erlebten Frühsommer empfohlen. Je nach Geburtsdatum des Kindes erhält es täglich 400–500 I.E. Vitamin D p.o. im Zeitraum von ca. 1–1,5 Jahren.

Fluor: Um Karies vorzubeugen, kann zusammen mit dem Vitamin-D-Präparat 0,25 mg Fluorid pro Tag gegeben werden (Präparate D-Fluoretten 500, Fluor-Vigantolekten 500, Zymafluor D 500). Nach Beendigung der Vitamin D-Prophylaxe wird die Gabe von Fluor dann ggf. mit 0,25 mg Fluorid bis zur Beendigung des 2. Lebensjahres fortgesetzt [11: 61].

Häufige Beratungsanlässe bezüglich der Wöchnerin

Hormonelle Umstellung

Mit Geburt der Plazenta entwickelt sich für die Frau eine neue hormonelle Situation. Das endokrine System muss sich mit dem Wegfall der Plazentahormone (hCG, Progesteron, Östrogen, humanes plazentares Laktogen [hPL]) umstellen. Der plötzliche Abfall dieser Hormone, die körperliche Erschöpfung nach der Geburt und die gravierenden Änderungen im Leben der Mutter können eine depressive Episode auslösen [10: 28].

Hierzu passt der „Heultag“/„Babyblues-Tag“, der meist um den 3. Tag postpartum auftritt. Meist hilft eine Aufklärung der Familie dahin gehend, dass die Phase der psychischen „Labilität“ nach 1–3 Tagen meist von selbst vergeht [7: 427].

Dauert diese Phase länger als 1–2 Wochen, sollte man eine Wochenbettdepression differenzialdiagnostisch erwägen, die sich unbehandelt zum Vollbild einer schweren Psychose entwickeln kann und die Hinzuziehung weiterer Fachkräfte sowie Unterstützung der Familie (Haushaltshilfe, Betreuungunterstützung etc.) unabdingbar macht. Hilfe bei der Diagnosestellung kann z.B. die Anwendung der Edinburgh postnatal depression scale sein [16]. Diese ist im Internet frei verfügbar unter: www.mutter-kind-behandlung.de/downloads/fragebogen_EPDS.pdf. Die Familien können auch auf Selbsthilfegruppen wie „Schatten und Licht e.V.“ hingewiesen werden [10: 200–206].

Extragenitale Rückbildung

Kreislauf: Das in der Schwangerschaft erhöhte Blutvolumen nimmt im Wochenbett wieder ab. Zusätzlich kommt es zu einem physiologischen Blutverlust während der Geburt, sodass bei einigen Frauen eine labile Kreislaufsituation zu erwarten ist. Ihnen sollten kreislaufanregende Übungen näher gebracht werden (auch zur Thromboseprophylaxe). Ebenso sollte an ausreichende Flüssigkeitsaufnahme erinnert und eine Ernährungsberatung bei einem niedrigen Hb-Wert durchgeführt werden. Der Hinweis, dass Kaffee, schwarzer Tee und Alkohol die Eisensorption hemmen und besonders eisenhaltige Lebensmittel wie Rindfleisch, Roastbeef, Schweineleber, Roggenvoll-

kornbrot, Grünkern, Dinkel, Weizenkleie, Paranüsse, Mandeln, Rohkost aus Karotten, Rote Bete etc. zu bevorzugen sind, können hilfreich sein [10: 32].

Gefäße/Hämorrhoiden

Die Dilatation der venösen Gefäße (Progesteronwirkung) nimmt im Wochenbett wieder ab. Zusätzlich entfällt der Druck des Uterus auf die Beckenvenen. Dadurch bilden sich Varizen in den Beinen, der Vulva und im Analbereich zurück. Diesbezüglich können Kompressionsstrümpfe, häufiges Hochlagern der Beine sowie gymnastische Übungen empfohlen werden [7: 429].

Hämorrhoiden können manchen Frauen im Wochenbett Probleme bereiten, da sie unter dem Druck während der Geburt größer geworden sind. Hier können intensive Anahygiene, Sitzbäder, kühle Kompressen evtl. mit Quark, regelmäßiger und weicher Stuhlgang (Ernährungsberatung), fetthaltige Hämorrhoidalsalben besonders mit Zusatz von Hamamelis (Engstellung der Gefäße) empfohlen werden. Gängige Präparate sind: Hamsana, Quercus-Salbe (Fa. Wala), Reterspitz-Heilsalbe [10: 35].

Niere- und ableitende Harnwege

Nach der Geburt verliert die Wöchnerin unmittelbar ca. 6 kg Gewicht. Eine erhöhte glomeruläre Filtrationsrate und Diurese für ca. 1 Woche sorgt dafür, dass dem Gewebe weitere 3–5 kg entzogen werden [9: 642]. Es kommt zu einer täglichen Urinausscheidung von bis zu 3000 ml (Harnflut). Daher sollte die Wöchnerin dazu angehalten werden, alle 3–4 Stunden die Harnblase zu entleeren. Durch die veränderten intraabdominellen Platzverhältnisse postpartum und die schwangerschaftsbedingte Tonusminderung kann es dazu kommen, dass die Wöchnerin zunächst kaum Harnrang verspürt. Die Entleerung der Harnblase sollte regelmäßig erfolgen, damit die Involution des Uterus nicht verhindert wird. Nach ca. 3–4 Wochen normalisieren sich die glomeruläre Filtrationsrate und damit das extra- und intravasale Flüssigkeitsvolumen [7: 432].

Darm

Der verminderte Tonus des Darms während der Schwangerschaft nimmt im Wo-

chenbett wieder zu. Es muss darauf geachtet werden, dass die Wöchnerin spätestens 3 Tage postpartal Stuhlgang hat. Frauen, die aus Angst vor Schmerzen oder dem Aufplatzen der Nähte eine Stuhlentleerung vermeiden, kann empfohlen werden, während der Defäkation eine Vorlage als Gegendruck auf den Damm und die Vulva zu legen. Ebenso sollte auf die Stabilität der Nähte und die rasche primäre Wundheilung hingewiesen werden [7: 431–432]. Laxanzien, die ggf. verschrieben werden, dürfen keine Wirkstoffe enthalten, die in die Muttermilch übergehen könnten. Quellstoffe wie Weizenkleie und Leinsamen, Abführmittel wie Macrogol (z.B. Laxofalk) oder eine kurzfristige Therapie mit Natriumpicosulfat (z.B. Laxoberal) können empfohlen werden [10: 38–39]. Eine gute Informationsquelle über die unbedenkliche Applikation von Arzneimitteln in der Schwangerschaft und Stillzeit bietet das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, dessen Empfehlungen sich nicht immer mit den Produktinformationen auf den Beipackzetteln oder der Roten Liste decken [17]. Im Internet verfügbar unter: www.embryotox.de.

Rückbildung des Uterus

Ausgedehnte Ruhephasen, eine täglich eingenommene Bauchlage (von ca. 1 Stunde) sowie Stillen des Säuglings (Oxytocinausschüttung) sind für die Rückbildung des Uterus förderlich. Uterusmassagen etwa durch den Partner können hilfreich sein. Nach- und Stillwehen können von manchen Frauen als extrem schmerzhaft empfunden werden und treten zumeist mit jeder weiteren Schwangerschaft verstärkt auf. Sie lassen regelmäßig bereits 2–3 Tage postpartal nach und sind sehr wichtig für die Involution [7: 433–435]. Bei Bedarf können Spascupreel oder Schmerztabletten (z.B. Paracetamol oder Ibuprofen) weiterhelfen [10: 57].

Rückbildung von Vagina, Vulva und Beckenboden

Die Vagina ist direkt nach der Geburt überdehnt, ödematös sowie vaskularisiert und hat kleine Mikroläsionen. Verletzte Labien können vor allem während der Miktion brennen. Zur Linderung empfiehlt es sich, während der Miktion

lauwarmes Wasser über die Vulva zu gießen.

Der Beckenboden wird durch jede Geburt und Schwangerschaft stark beansprucht. Um spätere Inkontinenz, Descensus uteri und sexuelle Funktionsstörungen zu vermeiden, sollte eine intensive Rückbildung absolviert werden. Da die Problematik für die Wöchnerinnen im Wochenbett meist in den Hintergrund gestellt wird, ist eine prophylaktische Beratung empfehlenswert. Der Austausch mit anderen Müttern und die Zeit „mal was für sich zu tun“ kann dabei manchen Frauen als Anreiz dienen. Rückbildungskurse werden in den meisten Krankenhäusern, Geburtshäusern, Hebammenpraxen oder Mutter-Kind-Einrichtungen angeboten und beginnen 8–12 Wochen postpartum. Sie werden von gesetzlichen Krankenkassen übernommen, wenn der Kurs spätestens bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt abgeschlossen ist [18].

Körperpflege

Nach jedem Vorlagenwechsel sollte die Wöchnerin ihre Vulva mit warmem Wasser abspülen und trocken tupfen. Der Wochenfluss enthält üblicherweise keine pathogenen Keime, sodass im häuslichen Wochenbett anschließendes Händewaschen ausreichend ist [7: 440]. Die Brust sollte lediglich einmal pro Tag und nur mit Wasser gewaschen werden. Muttermilchreste oder Spucke des Neugeborenen können einfach an der Warze trocknen. Es bietet sich an, im Wochenbett auf intensiv duftende Kosmetik weitgehend zu verzichten, nicht zuletzt um dem Kind einen möglichst unverfälschten Geruch der Mutter nahezubringen. Manche Kinder lehnen sonst auch die Brust ab. Bei Bädern sollte darauf geachtet werden, dass die Brustwarzen nicht zu stark aufweichen und die Seifenreste gut entfernt werden.

Verhütungsberatung und Aufklärung

Die Ovarien können ihre volle Funktion 4–6 Wochen postpartal wieder aufnehmen, sodass die erste ovulatorische Blutung frühestens ca. 6 Wochen postpartal auftritt [7: 440]. Cave: Stillen gewährt keinen sicheren Verhütungsschutz!

Joana Maculuve ...



... ist seit 2010 Hebamme. Seit 2012 studiert sie zudem Humanmedizin an der Universität zu Lübeck. Sie promoviert zu dem Thema: Die zukünftige Rolle von Hausärzten bei der Versorgung von Familien im Wochenbett – eine qualitative Studie mit Hebammen.

Häufige Beratungsanlässe bezüglich des Neugeborenen

Stuhlgang

Mekonium sammelt sich schon während der Schwangerschaft an und wird i.d.R. bis spätestens zum 3. Lebenstag vollständig ausgeschieden. Das weitere Stuhlverhalten unterliegt einer großen Variationsbreite (das Ausbleiben des Stuhlgangs von 2–3 Tagen ist durchaus physiologisch) [19: 176–178].

Miktion

Die Urinmenge ist dagegen ein sehr wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Nahrungsaufnahme und sollte bei mindestens 5–10 nassen Windeln täglich liegen. Dies entspricht ca. 10–20 Miktionen innerhalb von 24 Stunden. Ein orange-roter Fleck in den ersten Lebenstagen ist als „Ziegelmehl sediment“ (harnsaure Salze aus der Niere) einzustufen und ist physiologisch.

Für eine adäquate Flüssigkeitszufuhr sind die Eltern von nicht gestillten Kindern auf das richtige Wasser-Pulver-Verhältnis bei der Herstellung von Muttermilchersatznahrung hinzuweisen [19: 180].

Schlaf/Wachverhalten

Schlaf- und Wachperioden sind unregelmäßig und entwickeln sich erst nach einigen Monaten. Ein Neugeborenes schläft in aller Regel ca. 16 Stunden am Tag [7: 608]. Die ideale Zimmertemperatur liegt zwischen 16–18 Grad [19: 222].

Prophylaxe des *sudden infant death syndrome*

Innerhalb des ersten Lebensjahres [20]:

- zum Schlafen nur in Rückenlage auf einer festen Unterlage,

- in einer rauchfreien Umgebung,
- im eigenen Bett, im Elternschlafzimmer,
- zum Schutz vor Überwärmung: nur im Kinderschlafsack ohne Kopfbedeckung, möglichst ohne Nestchen, Felle, dicke Kissen, gepolsterte Bettumrandungen, Kuscheltiere und bei Benutzung einer Decke mit den Füßchen am Bettende, damit es mit dem Kopf nicht unter die Decke rutschen kann,
- wenn es einen Schnuller hat, dann zu jedem Schlaf,
- möglichst lange stillen.

Stillen

Stillen sollte grundsätzlich nach Bedarf des Kindes erfolgen. Für weitere Einzelheiten siehe: „Beratungsanlass „Fragen zum Stillen“ – was jeder Hausarzt wissen sollte“, erschienen in der ZFA 2014 [8].

Körperpflege des Kindes

Der Säugling sollte nicht häufiger als ein- bis dreimal in der Woche gebadet werden. Zudem ist eine Ganzkörperwäsche nicht jeden Tag nötig. Die Wassertemperatur sollte ca. 37°C betragen und eine Badedauer von 5 Minuten nicht überschritten werden [19: 224].

Im Windelbereich hat sich als Prophylaxe und Therapie gegen das „Wund werden“ am besten erwiesen, für eine gute Belüftung zu sorgen (die beste Windel ist oft *keine* Windel), bei jedem Wickeln einen Hautschutz aufzutragen, den Windelbereich mit Öl zu reinigen und Windeln mit absorbierendem Gel zu benutzen. Die Aufklärung darüber, dass der häufige Windelwechsel wichtig ist, dass die Anwendung reizender Stoffe im Windelbereich unterbleiben sollte und dass eine länger andauernde Windeldermitis ein Hinweis auf eine ernsthafte Grunderkrankung sein kann, ist angezeigt. Bei schlechtem Ansprechen auf die eben erwähnten Maßnahmen oder Verdacht auf Candida-Besiedelung sollte eine antimykotische Therapie mit Nystatin, Clotrimazol oder Miconazol in Kombination mit einem zinkhaltigen Hautschutz erfolgen [13].

Diskussion

Durch die gute medizinische Betreuung und Verbesserung der Lebensumstände treten Komplikationen/Notfälle im Wochenbett in den westlichen fortschrittlichen Ländern glücklicherweise relativ selten auf [1]. Mit den hier vorgestellten Untersuchungsgängen und Informationen zu häufigen Beratungsanlässen kann eine Vielzahl von Fragen, die im Wochenbett auftreten, beantwortet werden. Ein Helfer im Wochenbett wird mit zunehmender Erfahrung die (patho-)physiologischen Vorgänge schnell erfasst haben und sich dann vor allem um die psychosozialen Aspekte kümmern. Ungefähr jede dritte Frau beschreibt ihre Geburt als traumatisch und ca. jede zehnte Frau leidet während des Wochenbetts an mindestens einem Traumasymptom (z.B. Ängste, Backflash, Schlafstörungen, ...). Die posttraumatische Belastungsstörung ist hinter der postpartalen Depression das zweithäufigste psychische Erkrankungsbild während der Wochenbettzeit [21].

Es ist wichtig als Arzt einen achtsamen Umgang und unterstützende Antworten zu den Themen Stillen, „Deuten“ des Kindes und dessen Bedürfnisse sowie Einfinden in die neue Elternrolle zu entwickeln. Elementar ist eine grundlegend bestätigende, wertschätzende und unterstützende Haltung gegenüber der Familie, um den psychosozialen Prozess der Wochenbettzeit ausreichend begleiten zu können. Die Fähigkeit, Ressourcen der Familie zu erkennen, um erschöpfte Wöchnerinnen wieder zu Kräften kommen zu lassen, den Vater in die Familienentstehung ausreichend einzubeziehen, aufkommende gravierende partnerschaftliche Probleme sowie unbewältigte Geburtstraumata zu bemerken und an entsprechende Fachkompetenzen zu vermitteln, sind Kernkompetenzen für die Arbeit im

Wochenbett. Zukünftige Studien zur ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe sollten die Regionen mit einem besonderen Mangel exakter identifizieren, als es bisher möglich ist, um gezielt Maßnahmen ergreifen zu können.

Eine weitere Veröffentlichung, die in ihrem Schwerpunkt die psychosozialen Aspekte des Wochenbetts thematisiert, ist in Vorbereitung.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Joana Maculuve
Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160 Haus 50
23538 Lübeck
joana.maculuve@student.uni-luebeck.de

Literatur

1. Kerlen-Petri K, Koschorz C, Lohmann S, Selow M. Deutscher Hebammenverband, Empfehlungen zum Wochenbett, 2009. www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1473146302&hash=f94ce090f8a1c8732909735a80e1487b8de8e94d&file=fileadmin/user_upload/pdf/Empfehlungen/PlaedoyerWBK.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
2. Blöchlinger P, Kurth E, Kammerer M, Frei IA. Was Wöchnerinnen wünschen – eine qualitative Studie zur häuslichen Wochenbettbetreuung nach der Spitalentlassung durch frei praktizierende Hebammen. *Pflege* 2014; 27: 81–91
3. Meier Magistretti C, Villingner S, Luyben A, Varga I. Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung, Luzern, März, 2014. www.hebamme.ch/x_data/news_pdf/PostnatalCare_13.03.14_Web.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM, Zukunftspositionen 2012:4. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
5. www.bhlv.de/medien/keine-hebamme-gefunden.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016), www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/ (letzter Zugriff am 07.06.2016)
6. Versorgungs- und Vergütungsbericht der außerklinischen Hebammenhilfe, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 2012. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
7. Geist C, Harder U, Stiefel A. Hebammenkunde, 4. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2007
8. Bruni C, Steinhäuser J. Beratungsanlass „Fragen zum Stillen“ – was jeder Hausarzt wissen sollte. *Z. Allg Med*, 2014; 90: 424–7
9. Weyerstrahl T, Stauber M. Gynäkologie und Geburtshilfe, 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2013
10. Harder U, Friedrich J, Kirchner S, Polleit H, Stiefel A. Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause, 4. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2015
11. Speer CP, Gahr M. Pädiatrie, 4. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 2012
12. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung vom 25. März 2008. www.bfr.bund.de/cm/343/gewichtsentwicklung_gestillter_saeuglinge.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
13. Kienast A. Pickel, Papeln, Pigmente. *Hebammenforum* 2010; 11: 646–52
14. Leitlinie: Betreuung von gesunden reifen Neugeborenen in der Geburtsklinik, AWMF-Registernummer: 024/005, S2k-Leitlinie. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-005l_S2k_Betreuung_von_gesunden_reifen_Neugeborenen_2012-10.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
15. Leitlinie: Neugeborenen- Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien, AWMF-Registriernummer: 024/012, S2k-Leitlinie. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-012l_S2k_Neugeborenen_screening_2011-12.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Brit J Psychiat* 1987; 150: 782–6
17. Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie. www.embryotox.de/einfuehrung.html (letzter Zugriff am 07.06.2016)
18. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Vertrag_nach_134a_SGB_V_in_der_Fassung_des_Schiedsspruchs_2015.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
19. Edenhofer I, Klein M, Koschorz C, et al. Das Neugeborene in der Hebammenpraxis, 2. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2010
20. Leitlinie: Plötzlicher Säuglingstod, AWMF-Registernummer: 063/002, S1-Leitlinie. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-002l_S1_Plötzlicher_Säuglingstod_2012-01.pdf (letzter Zugriff am 07.06.2016)
21. Malterer C. Geburtstraumata – Wieder ins Gleichgewicht kommen. *Dtsch Hebammenztschr* 2013; 12: 34–8