

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 102 (2004)

Heft: 2

Artikel: Mutterglück trotz körperlicher Behinderung

Autor: Bachmann, Andrea / Loosli, Barbara

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950087>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Der Schwangerschaftstest zeigte es klar, ich war schwanger! Ich, damals 22 Jahre alt, berufstätig und wegen einer Querschnittslähmung im Rollstuhl, fürchtete mich vor den Konsequenzen.



Mit Bangen erinnerte ich mich daran, dass ich als Kind viel zu oft ohne Schutz geröntgt wurde, wohl in der Meinung, dass ein behindertes Mädchen später sowieso nie schwanger werde. Meine Schwangerschaft überforderte den Assistenzarzt in der Poliklinik

vermutlich, denn er bot mir dreimal einen Abbruch an. Das kam für mich jedoch nicht in Frage. Die Schwangerschaft verlief gut, ich wurde in jener Poliklinik sehr aufmerksam betreut und der Oberarzt versprach mir eine spontane Geburt. Man wollte mir die Strapazen des letzten Schwangerschaftsmonats ersparen und leitete in der 36. Woche die Geburt ein (ohne Medikamente). Die Wehen liessen zunächst auf sich warten, plötzlich wurde aber alles hektisch. Die Hebamme sah bei einer Kontrolle, dass das Köpfchen unseres Kindes schon sichtbar war, und ich wurde in aller Eile auf das Gebärbett gelegt. Die Hebamme behielt einen kühlen Kopf, aber der Arzt war sehr gestresst. Nach nur fünf Minuten war unser Kind da, ein gesundes Mädchen. Ich hatte während der Geburt keine Schmerzen und war dadurch auch nicht abgelenkt, deshalb bemerkte ich die Unsicherheit des Arztes genau. Trotzdem war ich sehr ruhig, weil ich spürte, dass die Hebamme alles im Griff hatte. Die Freude im Gebärsaal war gross. Am andern Tag richtete man mir im Säuglingszimmer einen Wickeltisch ein, damit ich das Kind selber wickeln konnte.

Damals waren schwangere behinderte Frauen eine Seltenheit. Ärzte und Spitalpersonal hatten keine Erfahrung. Trotzdem fühlte ich mich gut betreut und ernst genommen. Schade fand ich, dass ich später nie zur Mütterberatung gehen konnte. Sie wäre für mich wichtig gewesen. Erfreulicherweise bieten heute einige Gemeinden behinderten Müttern Hausbesuche an. Seit der Geburt unserer Tochter sind 29 Jahre vergangen. Leider sind Schwangerschaft und Geburt bei behinderten Frauen auch heute noch ein Randthema. Ich bin darum sehr erfreut und dankbar, dass sich die Hebammen diesem Thema annehmen.

Rita Vökt-Iseli

Rita Vökt-Iseli, Co-Leiterin avanti donne Mutter einer erwachsenen Tochter und dreifache Grossmutter

Querschnittslähmung

Mutterglück trotz

In unserer Gesellschaft ist Mutterglück und körperliche Behinderung ein Tabuthema; im Curriculum der Hebammenausbildung findet es keinen Platz. Zwar wird viel über das behinderte Kind diskutiert, über eine Behinderung der Mutter jedoch kein Wort verloren. Auch existiert kaum Literatur über die Hebammentätigkeit im Zusammenhang mit Tetra- oder Paraplegikerinnen. Ihre Ängste, Bedürfnisse und Anregungen an die Hebammen bleiben unbekannt. Die Diplomarbeit zweier Hebammen zum Thema ist daher ein kleines Pionierwerk.

Andrea Bachmann und
Barbara Loosli

Einleitung

Neben der Sammlung von Fachwissen war es uns wichtig, in dieser Arbeit auch den betroffenen Frauen eine Stimme für ihre Anliegen und Wünschen zu geben. Deshalb befragte Barbara Loosli Frau B. mit einer Tetraplegie. Andrea Bachmann besuchte Frau T. Sie ist nach einem Reitunfall Paraplegikerin und auf den Rollstuhl angewiesen. Durch die direkte und ehrliche Art der beiden betroffenen Frauen konnten wir uns sehr schnell und tief in das Thema einlassen, was uns tief im Inneren berührte.

Probleme/Ressourcen, Massnahmen und Ziele haben wir anhand der beiden Fallbeispiele und den zusammengesuchten Informationsblättern analysiert. Damit haben wir einen Leitfaden erstellt für Frauen, die auf den Rollstuhl angewiesen sind.

Zentrale Fragestellung:

Womit muss sich eine Frau mit Tetra- oder Paraplegie in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett auseinandersetzen?

A. Theoretische Grundlagen

1. Definition des Begriffes

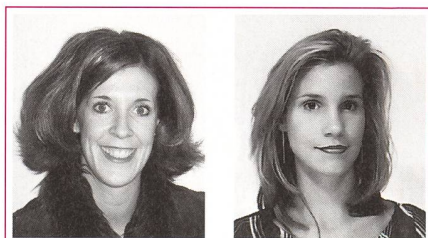
«Querschnittslähmung»

«Unter einer «Querschnittslähmung» im engeren Sinne ist eine Schädigung des Rückenmarkquerschnittes mit einem daraus resultierenden Lähmungsbild zu verstehen. Die Folgen einer derartigen Schädigung können sein:

- eine motorische Lähmung (Verlust der willkürlichen Muskelbewegung)
- eine sensible/sensorische Lähmung (Ausfall der Gefühls wahrnehmungen wie Berührungs-, Schmerz- und Temperaturreize, sowie Veränderungen des Lageempfindens und der Tiefensensibilität)
- eine vegetative Lähmung (Störung in den Funktionen von Harnblase, Enddarm, Geschlechtsorganen, Schweißdrüsen und Gefässmuskulatur).

Die systematische Einteilung der unterschiedlichsten Formen einer Querschnittslähmung wird durch die Höhe der Schädigung der/des Rückenmarksegmente/s bestimmt:

Als «Tetraplegie» bezeichnet man Lähmungen, die alle vier Gliedmassen betreffen und die durch eine Schädigung im Halsmarkbereich zustande kommt. Alle anderen Lähmungen, die die unteren Extremitäten betreffen, werden als «Para-



Andrea Bachmann
hat die Hebammenschule Zürich abgeschlossen und arbeitet im Gebärsaal der Frauenklinik Frauenfeld.

Barbara Loosli
erwarb ihr Diplom ebenfalls an der Hebammenschule Zürich und arbeitet als Hebamme im Kantonsspital Bruderholz.

¹ Hesselbarth Ulrike: Querschnittslähmung. Behandlung, Pflege, Rehabilitation. 1995, S. 107.

² Gerner H. J.: Die Querschnittslähmung. 1992, S. 107.

körperlicher Behinderung

plegie» bezeichnet. Je nach Ausmass der Schädigung, ob das Rückenmark vollständig oder nur teilweise zerstört wurde, unterscheidet man des weiteren zwischen:

1. kompletter und inkompletter Lähmung (Tetraplegie bzw. Tetraparese; Paraplegie bzw. Paraparese)
2. spastischen und schlaffen Lähmungen»¹

2. Sexualfunktion bei der querschnittsgelähmten Frau

«Da die Funktion von Uterus und Ovarien nicht spinal gesteuert wird, bleibt ihre Funktion trotz der Schädigung erhalten und hat auch keine Auswirkungen auf die Fertilität der Frau. Nach dem Unfall findet in der Regel eine Amenorrhoe für 2–6 Monate statt, die dann aber in den meisten Fällen ohne spezielle Behandlung wieder in den normalen Monatszyklus übergeht. Die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ist möglich, die Orgasmusfähigkeit ist jedoch nicht oder nur in deutlich gemindertem Umfang gegeben. Dies ist durch die eingeschränkte Reflexaktivität, die fehlende Beckenbodenmotorik und den Verlust der Sensibilität bedingt. Die querschnittsgelähmte Frau ist somit in vollem Umfang konzeptionsfähig.»²

Frau T., Paraplegikerin

Frau T. ist heute 35-jährig und seit 17 Jahren im Rollstuhl. Als junges Mädchen erlernte sie den Beruf der Bereiterin in einem Pferdestall. Bei ihrer Berufsausübung erlitt sie einen Unfall und ist seither ab Th12 gelähmt. Kurz nach ihrer Heirat wurde Frau T. zum ersten Mal spontan schwanger. Die Schwangerschaft verlief soweit problemlos. Nach neun Monaten gebar sie in einer Spontangeburt einen gesunden Sohn. Zweieinhalb Jahre später wurde sie noch einmal Mutter, diesmal von einer gesunden Tochter.

Während den Schwangerschaften hatte sie einige Probleme wie Harnwegsinfekte und Ödeme. Ihre Nachbarin, eine freipraktizierende Hebamme, betreute und begleitete Frau T. und ihren Mann kompetent während Schwangerschaft und Geburt.

Frau T. betonte mehrmals, dass sie die Arbeit und die Unterstützung ihrer Hebamme als sehr wertvoll empfunden habe und sie nicht wisse, wie die Schwangerschaften und nachher das Wochenbett verlaufen wäre ohne sie.

Frau B., Tetraplegikerin

Frau B. ist 44-jährig und seit 23 Jahren Tetraplegikerin. Sie erlitt ihre Verletzung als frisch diplomierte Kinderkrankenschwester bei einem Mofaunfall. Der genaue Befund war eine inkomplette Schädigung im Bereich von C5+6 und eine komplette Schädigung von Th2, sowie motorisch als auch sensibel. Heute ist Frau B. Mutter eines 12-jährigen Sohn und einer 16-jährigen Tochter. Sie ist Hausfrau und Mutter und arbeitet im Paraplegikerzentrum Nottwil im Qualitätsmanagement. Frau B. engagiert sich zudem intensiv mit dem Thema «Frau und Rollstuhl», organisiert Vorträge und betreibt auch eine Internetseite rund um dieses Thema.

B. Schwangerschaft

1. Probleme/Ressourcen von Tetra- oder Paraplegikerinnen

Bei beiden Frauen waren die Schwangerschaften zusammen mit ihren Partnern mehr oder weniger geplant. Das erste Schwangerschaftsdrittel wurde von den Frauen als völlig normal bezeichnet und erlebt, mit Nausea und Emesis. Viel mehr Mühe bereiteten ihnen die psychischen Veränderungen. Während der Schwanger-

Der Partner und das gemeinsame Kind sind wichtige Kraftquellen für Nichtfussgängerinnen.



Literaturverzeichnis

- *Stöhrer Manfred, Palmtag Hans, Madersbacher Helmut:* Blasenlähmung, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1984.
- *Stöhrer Manfred, Madersbacher Helmut, Palmtag Hans:* Neurogene Blasenfunktionstörung/Neurogene Sexualstörung, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1997.
- *Ewinkel C., Hermes G.:* Geschlecht behindert, besonderes Merkmal Frau, Ein Buch von behinderten Frauen, AG SPAK Bücher München 1996.
- *Hesselbarth Ulrike:* Querschnittslähmung: Behandlung Rehabilitation, Pflege, Brigitte Kunz Verlag Hagen 1995.
- *Gerner H. J.:* Querschnittslähmung: Erstversorgung, Behandlungsstrategie, Rehabilitation, Blackwell Wissenschafts-Verlag Berlin 1992.
- *Geist Ch., Harder U., Stiefel A.:* Hebammenkunde, de Gruyter Berlin, 1998.
- *Mändle, Optitz-Kreuter, Wehling:* Das Hebammenbuch, Schattauer Stuttgart, 2000.
- *Schäffler A., Menche N., Bazlen U., Kommerell T.:* Pflege heute, Urban und Fischer, München 2000.
- Die Bedeutung der Bioethik für Frauen mit Behinderung. CLIO Nr. 39/1994 Behinderte Mütter – Gibt es sie wirklich?.
- *Dr. med. Monika Brodmann Mäder:* Auszug aus dem Papier zur Frauenbetreuung im REHAB Basel, REHAB Basel, Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte.
- www.8ung.at/empfehlungen.htm
- www.paritaet.org/asbh/brief/beitraege/artik2sexualitaet.htm

Websites

Diverses:

- www.ortegalink.com/handifem
Mailingliste nur für behinderte Frauen.

Erfahrungsberichte:

- www.geburtskanal.de/Wissen/M/MutterschaftBehindeterFrauen.shtml
manuela.schafner@epost.de oder phoenix@phoenix-regensburg.de

Ethik:

- bidok.uibk.ac.at/texte/bioetik_behinderte_frauen.html
- www.nw3.de
Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter

Sexualität und Behinderung:

- www.paritaet.org/asbh/brief/beitraege/artik2sexualitaet.html

Spezielle Seiten zum Thema Frauen im Rollstuhl:

- wheel-life.ch
der Treffpunkt für Frauen im Rollstuhl

schaft werden psychische Tiefs und Höhenflüge als völlig normal beschrieben, da dies der Hormonhaushalt zusätzlich begünstigt. Auf Grund ihrer schon bestehenden Krankheit wurden Äusserungen laut wie: «Habt ihr euch das gründlich überlegt?», «Wäre es nicht besser, in deinem Zustand keine Kinder zu haben?» oder «Ist eine Sterilisation in deinem Falle nicht besser?» Zusätzlich zur körperlichen Umstellung wurden sie durch teilweise auch freche Konfrontierung mit Problemen, die für sie kein Hindernis darstellten, psychischen Belastungen ausgesetzt, da sich auf einmal auch fremde Menschen für die neue Situation «werdende Mutter im Rollstuhl» einmischten und ihre Meinungen äusserten. Die Zeit des Wohlbefindens im zweiten Trimenon folgte je nach Frau und ihrer Verletzung in verschiedenen Schwangerschaftswochen und wurde zusammen mit dem ungeborenen Kind und Partner als die Zeit des Geniessens bezeichnet. Das letzte Schwangerschaftsdrittel wurde zunehmend belastender für die jungen Mütter, da es immer schwieriger wurde, sich mit dickem Bauch im Rollstuhl fortzubewegen.

Beide Frauen informierten sich schon vor der Schwangerschaft genauestens über die physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Sie kannten ihren Körper sehr gut und wussten auch, was sie ihm zumuten und was sie aushalten konnten. Diese intensive Zeit der Vorbereitung auf die neue Situation machte sie physisch wie psychisch stark. Es wurde von ihnen als Ressource für den neu zu planenden Lebensabschnitt beschrieben, da sie für sich selbst merkten, etwas Unglaubliches zu schaffen.

2. Körperliche Veränderungen:

Herz, Kreislauf, Gefässsystem:

Nichtfussgängerinnen³ neigen zu vermehrter Ödembildung, da verschiedene wichtige Gefässe zur Durchblutung der unteren Extremitäten durch das Sitzen im Rollstuhl komprimiert werden.

Bei Frauen mit hohen Paraplegien (oberhalb Th 5/6) und Tetraplegien muss schon während der Schwangerschaft, insbesondere aber unter der Geburt mit anfallsweisen Blutdrucksteigerungen im Sinne der sogenannten paroxysmalen Hyperreflexie gerechnet werden. Auslösende Ursache hierfür sind Drucksteigerungen im Bauchraum, die zu einem akuten, ungesteuerten, eventuell krisenhaft verlaufenden Blutdruckanstieg führen.

³ Wir verwenden «Nichtfussgängerinnen» an Stelle von «körperlich behinderte Frauen», da wir diesen Ausdruck passender und wertfreier empfinden.

Nieren und Harnwege:

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist, dass sich Nieren und ableitende Harnwege durch den Wachstum des Uterus in ihrer Lage verändern. Das Hormon Progesteron verursacht eine Tonussenkung der Ureteren. Nierenbecken und Harnleiter sind erweitert und begünstigen damit eine aufsteigende Harnwegsinfektion. Zusätzlich nimmt der Druck von der Gebärmutter auf die Harnblase zu und der herabgesetzte Tonus von Harnblase und Urethra führen zu häufigem Wasserlassen. Diese beschriebenen Faktoren sind nicht gerade förderlich, um eine Harnwegsinfektion bei Frauen, die im Rollstuhl sitzen, zu verhindern. Nichtfussgängerinnen benötigen einen grösseren Aufwand oder brauchen gegen Ende der Schwangerschaft oft auch Unterstützung beim Toilettengang. Da sie möglicherweise nicht merken, wenn spontan Urin abgegangen ist und dadurch ein feuchtes Milieu entsteht, ist das Risiko für eine Harnwegsinfektion um ein Vielfaches erhöht. Nachweisbar ist auch, dass Frauen, die in der Anamnese schwerwiegende Nierenkomplikationen durchgemacht haben, vermehrt zu Gestosen zu neigen scheinen.

Lunge und Atemwege:

Bei jeder schwangeren Frau ist eine Einschränkung der Atemkapazität festzustellen. Das Sitzen im Rollstuhl mit zunehmend wachsendem Bauch komprimiert die Atemwege und Lunge beträchtlich, so dass die Frauen gegen Ende der Schwangerschaft oft Mühe mit dem Atmen bekommen und keine schweren Anstrengungen im Rollstuhl mehr bewältigen können.

Magen-Darm-Trakt:

Progesteron ruft eine Tonusverminderung der glatten Muskulatur an allen Hohlorganen hervor. Somit ist der Tonus von Ösophagus, Magen und Darm herabgesetzt. Das Problem der Obstipation wird zusätzlich durch die Immobilität der Frauen verstärkt.

Genitale Veränderungen:

Die Lividität (violett-dunkelblaue Verfärbung zwischen Klitoris und Harnröhrenöffnung und an der Vaginalwand) entsteht durch die verstärkte Blutfülle und Blutgefässweitstellung und kann für Frauen, die mehrere Stunden sitzen, sehr schmerzhaft sein. Die Durchblutung des Uterus nimmt in der Schwangerschaft um das Zehnfache zu. Die meisten Frauen im Rollstuhl spüren je nach Beschädigung des Rückenmarks die Konsistenzveränderung der Gebärmutter

nicht. Das heisst auch, dass sie die natürlich bedingten Alvarez-Wellen, Braxton-Hicks-Kontraktionen und auch die portiwirksamen Geburtswehen nicht spüren.

3. Rolle der Hebamme

Ein wesentlicher Aspekt wäre, dass Hebammen schon früh mit dem Thema Mutterschaft und körperliche Behinderung in Kontakt treten. Das hiesse, dass schon in der Hebammenausbildung die Problematik von Frauen im Rollstuhl sowie mögliche Probleme und spezifische Massnahmen besprochen würden. Damit würde das heutige Tabuthema von Mutterglück trotz körperlicher Behinderung schon früh in der Hebamentätigkeit angesprochen. Allfällige Ängste, Sorgen und Bedenken könnten im Plenum diskutiert werden. Wir Hebammen wären geschult, um auf die individuellen Probleme und auch Bedürfnisse von Nichtfussgängerin eingehen zu können oder wir hätten wenigstens schon einmal von dieser Situation gehört.

Das würde heissen, dass Frauen mit einer Tetra- oder Paraplegie nicht nur, wie es heute der Fall ist, vom Arzt betreut werden, sondern dass sie sich auch einer Hebamme anvertrauen könnten. Das Fachwissen zwischen Hebamme und Arzt würde so bewusst genutzt und die werdende Mutter könnte optimal betreut werden.

4. Betreuungsmassnahmen der Hebamme

Frühe Phase der Schwangerschaft:

Die Hebamme könnte die erste Ansprechperson für die psychische Unterstützung sein. Denn in ihrem sozialen, gesellschaftlichen und auch persönlichen Umfeld stossen die zukünftigen Eltern möglicherweise auf heftige Kritik.

Die Beurteilung der Vaginalflora und des Urins (mikroskopisch, bakteriologisch) sollte bei jedem Kontrolluntersuch bei der Hebamme oder beim Arzt durchgeführt werden. Die betreuende Hebamme kann auch mit alternativen Methoden wie Eukalyptuswickel oder Tee zur Vorsorge beitragen. Bei wiederholten Infektionen liegt eine Indikation zur prophylaktischen Antibiotikabehandlung vor.

Mittlere Phase der Schwangerschaft:

Die Schwangere sollte von der Hebamme für die Kontrolle der Wehentätigkeit zur Selbstpalpation des Abdomens angeleitet werden, um so auch die indirekten Zeichen von Wehen richtig einordnen zu können (z.B. Schmerzen, Wärmegefühl, Druckgefühl der Blase, Kopfschmerzen, Schwitzen, Spastik). Wenn möglich werden dazu der Partner oder nahe Familienmitglieder miteinbezogen. Spätestens in dieser Phase sollten die Hilfsmittel in der Wohnung überprüft werden. Nun ist ein guter Zeitpunkt, sich für einen Geburtsort zu entscheiden und mit den Hebammen und Ärzten Kontakt aufzunehmen. Die Hebammen bekommen die Möglichkeit, die Frau und deren Familie kennen zu lernen, Fragen zu stellen, aber auch noch vorhandene Ängste abzubauen. Die werdenden Eltern haben die Chance, ihre Wünsche und Anregungen bezüglich Geburt und Wochenbett anzubringen.

Späte Phase der Schwangerschaft:

Möglicherweise wird nun Fremdhilfe notwendig für den Haushalt. Zur Vermeidung der autonomen Hyperreflexie ist das Katheterisieren mit anästhesierenden Gleitmitteln durchzu-

Rahel Calisti



ist alleinerziehende Mutter von Raphaela (7 Monate) und fast blind. Nach einer schwierigen Schwangerschaft erlebte sie eine wunderbare Geburt im Limmattalspital. «Ich ging voller Bedenken ins Spital», erzählt Rahel Calisti, «und sagte allen, ich hätte grosse Angst, sei sehr wehleidig und wolle einen Kaiserschnitt. Die Betreuung durch die Hebamme war aber dann so gut und liebevoll, dass ich mich ganz entspannen und meine Bedürfnisse spüren konnte. Ich wünschte eine Wassergeburt, und das war eine so schöne Erfahrung, ich würde das wieder so machen.» Berührungssängste oder Ungeschicklichkeit des Betreuungspersonals im Umgang mit ihrer Behinderung spürte Rahel Calisti zu keiner Zeit. Sie bedauert einzig, dass die Krankenschwestern im Wochenbett häufig wechselten, und mit ihnen die Ratschläge beim Stillen. «Ich hatte deshalb Probleme mit dem Ansetzen und musste etwas länger im Spital bleiben», sagt sie. Rahel Calisti genoss dann zu Hause die Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme und besuchte auch Rückbildungskurse bei einer Hebamme. Und sie stillt Raphaela noch immer.

führen. Es muss auf eine vollständige und rechtzeitige Entleerung der Blase und des Mastdarms geachtet werden. Die betreuende Hebamme führt zusammen mit der Frau eine Probelerung durch, um herauszufinden, in welcher Position sich die Frau am wohlsten fühlt. Zusätzlich erfasst die Hebamme die Beweglichkeit der Hüftgelenke und Lagerungsschwierigkeiten, die unter der Geburt auftreten können. Da der unkontrollierte Harnabgang für die Frauen ein grosses Problem darstellen kann, wird während der Schwangerschaft ein Cystofix oft als Lösung in Betracht bezogen. Bei den genitalen Veränderungen, der Lividität, muss eine konsequente Dekubitusprophylaxe eingehalten werden.

C. Geburt

1. Geburtsort

Die meisten Frauen, bei denen keine Grunderkrankung vorliegt, wählen den möglichen Geburtsort selbstständig nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen zusammen mit ihrem Partner und/oder der Familie aus.

Behinderte Mütter – es wird Zeit, mit überholten Vorstellungen und Vorurteilen aufzuräumen!

Fotos: W. Eggenberger, Schweizer Paraplegiker Zentrum

Probleme/Ressourcen bei der Bestimmung des Geburtsortes

Für Frauen mit Schäden oberhalb von Th5 liegt eine Vielzahl spezieller Probleme im Zusammenhang mit der Entbindung vor. Vor allem das Risiko der autonomen Dysreflexie ist ein Grund, eine Klinik mit erfahrenen Hebammen, Ärzten und Krankenschwestern aufzusuchen. Es lohnt sich abzuklären, ob auf dem Wochenbett eine rollstuhlgängige Toilette vorhanden ist, ob die Infrastruktur allgemein rollstuhlgängig ist und ob die junge Mutter je nach Grunderkrankung genügend Unterstützung für die Verrichtungen mit ihrem Kind bekommt. Wie verläuft zum Beispiel das Ansetzen? Wird die junge Mutter einen Wickeltisch auf Rollstuhlhöhe haben? Kann der Partner allenfalls auch in der Institution übernachten? Die Nichtfussgängerinnen haben sich meist schon gut vorinformiert, an welchen Spitälern Hebammen und Ärzte sich in der Betreuung von tetra- oder paraplegischen Frauen auskennen.

Planung und Massnahmen für die optimale Betreuung

Wir sind der Meinung, dass Frauen mit einer Para- oder Tetraplegie in einer dafür ausgerüsteten Institution gebären sollen,

Franziska Ternetz

ist Mutter von Laurin (3 Jahre) und Seraina (6 Monate) und fast blind. Beide Kinder hat sie nach begonnener Spontangeburt mit Sectio in einer Privatklinik in Basel geboren. Für die Geburtsvorbereitung nahm sie privat die Dienste einer Hebamme in Anspruch, und auch für die Rückbildungsgymnastik geht sie zu einer Hebamme. Franziska Ternetz fühlte sich bei der Hebamme, beim Frauenarzt und im Spital sehr gut und angemessen umsorgt und betreut, meint aber dazu, sie habe sicher auch Glück gehabt mit ihrer Klinik. Dennoch bedauert sie es, dass auch die zweite Geburt eine Sectio wurde. «Das hat nicht direkt mit meiner Behinderung zu tun», meint Franziska Ternetz, «aber indirekt vielleicht schon, da ich weniger Vertrauen in meinen Körper habe und möglichen Behinderungen gegenüber befängener bin. Deshalb getraute ich mich nicht, meine Kinder in einem Geburtshaus zur Welt zu bringen, obwohl ich dies eigentlich gerne getan hätte.»



da bei Komplikationen wie z.B. der autonomen Hyperreflexie eine bessere Überwachung an den Monitoren zur Verfügung steht. Die Literatur empfiehlt, den Periduralkatheter bei allen Frauen mit einer Para- oder Tetraplegie bis mindestens zwei Tage nach der Entbindung zu belassen, wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie. Wir finden, dass die zwei Tage zur Überwachung der Frauen in einer Institution sinnvoll sind. Danach soll die Nichtfussgängerin zusammen mit ihrem Kind in ihre persönlich eingerichteten vier Wände zurückkehren. Zu Hause erholt sie sich meist besser und sie erhält vor allem viel früher ihre Selbstständigkeit zurück, da ihr ihre Hilfsmittel wieder zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür wäre eine kompetente Hebamme, die sich mit der Situation auskennt und jederzeit die nötigen Massnahmen ergreifen kann. Zusätzlich muss das Umfeld der Familie sehr gut eingespielt und organisiert sein, damit das Wochenbett der jungen Familie problemlos verlaufen kann. Über Frauen/Paare, welche zu Hause oder in einem Geburtshaus geboren haben, gibt es keine Literaturangaben.

2. Geburtsbeginn

Probleme/Ressourcen während des Geburtsbeginns

Auch bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft einer querschnittgelähmten Frau muss die Frau oft um 2–3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin gebären. Die Literatur empfiehlt daher, die Frauen 3–4 Wochen vor dem Termin zu hospitalisieren. Die meist um etwa drei bis vier Wochen vor dem errechneten Geburtstermin einsetzenden Wehen werden bei Lähmungen oberhalb Th8 und bei kompletten Tetraplegien von der Gebärenden nicht bemerkt. Das gilt vor allem bei Erstgebärenden. Die Lähmungen, welche unter Th8 verlaufen, sind in Bezug auf die Wehen nicht schematisierbar. Ebenso kann der Blasensprung bei harninkontinenten Frauen unbemerkt verlaufen und fehlgedeutet werden.

Planung und Massnahmen der betreuenden Hebamme

Wie schon angesprochen, ist eine ausführliche Aufklärung und Instruktion für die Frauen und deren Partner sehr wichtig. Diese Informationen kann die Hebamme allein oder zusammen mit einem Gynäkologen geben. Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und den Ärzten ist Voraussetzung. Kann die Frau bis zu ihrem feststehenden Geburtstermin zu Hause bleiben, sind genaue und strenge Kontrollen durch die Hebamme unumgänglich.

3. Geburt

Probleme/Ressourcen während der Geburt

Die bestehende Lähmung der Bauchmuskulatur macht es der Gebärenden meist unmöglich, aktiv die Geburt durch Mitpressen und Hinausschieben des Kindes zu unterstützen. Der Durchtritt des Kindes durch den Beckenboden ist im Falle einer schlaffen Lähmung erleichtert, bei einem stark spastischen Beckenboden dagegen möglicherweise erschwert. Bei verzögerter Austreibungsphase ist die vaginale, instrumentelle Entbindung indiziert. Die Indikation für eine Schnittentbindung ist im Allgemeinen nicht anders zu stellen als bei einer nicht gelähmten Gebärenden. Ausnahmen können vor allem hohe Paraplegien und Tetraplegien sein, da eine starke Beeinträchtigung der Atemfunktion und eine ausgeprägte, anfallsweise auftretende Hyperreflexie zu einer operativen Geburtsbeendigung führen können. Diese, besonders unter der Geburt auftretenden, autonomen Fehlregulationen können sich in folgenden Symptomen äussern: Kopfschmerzen, Schweissausbrüche, Pulsverlangsamung und Beeinträchtigung der Nasenatmung durch Schleimhautschwellung. Grundsätzlich sollte bei allen Frauen mit einer Lähmung bei oder oberhalb Th6 die Geburt unter Periduralanästhesie erfolgen. Da die einsetzenden Wehen und der Geburtsbeginn häufig nicht registriert werden, kann es bei kompletten Querschnittslähmungen zu einer nicht bemerkten Spontangeburt kommen.

Planung und Massnahmen der betreuenden Hebamme

Die Hebamme berücksichtigt unter der Geburt die vorhandenen Ressourcen der Gebärenden, da diese ihren Körper und den optimalen Umgang mit ihrer Grunderkrankung am besten kennt und sich die resultierenden Massnahmen daraus ableiten lassen. Die Wünsche der Gebärenden, zum Beispiel, dass die Hebamme das Geburtszimmer nicht mehr verlässt, weil die Frau Angst vor einer nicht bemerkten Geburt hat, werden berücksichtigt. Die Hebamme informiert die Frau und deren Partner fortlaufend über die Verrichtungen, die sie ausführt, und sie betont, dass diese Massnahmen auch bei Fussgängerinnen durchgeführt werden. (In den Gesprächen mit den Frauen kristallisierte sich heraus, dass die werdenden Eltern oft das Gefühl hatten, einige der Massnahmen würden nur bei «ihnen» gemacht.) Die betreuende Hebamme überwacht die Gebärende wie sonst bei Geburten auch, jedoch ist zusätzlich ein lückenloses Monitoring von Blutdruck,

Puls und Atmung, vor allem bei Lähmungen von Th6 und höher, nötig. Durch die kontinuierliche sehr strenge Überwachung der Mutter versucht man eine Hyperreflexie frühzeitig zu erkennen oder gar mit therapeutischen Massnahmen zu umgehen (Therapiemassnahmen sind Sache des Arztes und werden hier nicht genauer beschrieben). Die Hebamme überwacht den Geburtsfortschritt häufiger und kann jederzeit die notwendigen Massnahmen einleiten. Sollte ein Dammschnitt für nötig erachtet werden, so muss an die spätere Sitzbelastung im Rollstuhl gedacht werden. Eine gute Haltbarkeit der Fäden ist in diesem Fall besonders wichtig. Die Naht mit spätresorbierbarem Faden hat sich laut Literatur bewährt.

4. Plazentarperiode

Die Nachgeburtsperiode bietet in der Regel bei einer Nichtfussgängerin keine speziellen Besonderheiten. Laut Literatur sollte der Peridulkatheter wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie bis mindestens zwei Tage nach der Geburt belassen werden.

D. Das Wochenbett

1. Stillen

Bei Müttern mit einer Paraplegie sollte es im Grunde genommen gut möglich sein, dass sie das Kind voll stillen können. Bei Tetraplegikerinnen ist jedoch zu beachten, dass bei sensomotorisch komplett querschnittgelähmten Frauen unterhalb von Th3 der Milchflussreflex meist abgeschwächt ist. Wichtig bei Müttern im Rollstuhl ist, dass sie während dem Stillen eine ihnen bequeme Position einnehmen und dass sie während des Stillens des Kindes immer wieder eine Gewichtsverlagerung vornehmen. Dies dient der Dekubitusprophylaxe. Oft ist es so, dass Tetra-/Paraplegikerinnen auf Grund ihrer Verletzung Medikamente zu sich nehmen müssen. Das Problem

ist, dass einige Medikamente in die Muttermilch übergehen und so dem Kind schaden könnten. Deshalb ist vor dem Stillen des Kindes mit dem Arzt abzuklären, ob man für das Kind schädliche Medikamente eventuell weglassen oder zumindest reduzieren kann.

2. Rückbildung

Planung und Massnahmen der Hebamme zur Rückbildung

Durch das Tragen von Kompressionsstrümpfen und durch eine eventuelle Behandlung mit Low-Dose Liquemin kann die Gefahr einer Thrombose enorm gesenkt werden. Die regelmässige passive Bewegung der Beine durch eine Physiotherapeutin oder die Hebamme ist von grossem Nutzen. Während des Wochenbettes ist bei der Wöchnerin auf einen regelmässigen, weichen Stuhlgang zu achten. Dies kann mit natürlichen Mitteln unterstützt werden. Manchmal ist es aber auch ratsam, von Anfang an mit einem potenten Mittel, wie z.B. Paragar Emulsion, diesem Problem entgegenzuwirken.

Als weiteres Problem kann die erhöhte glomeruläre Filtrationsrate in den Nieren und somit das häufige Wasserlösen bzw. das vermehrte Katheterisieren anstehen. Das Katheterisieren kann eine erhöhte Infektionsgefahr und eine schlechte Wundheilung im Genitalbereich zur Folge haben. Deshalb wird empfohlen, in den ersten 3–4 Tagen einen Verweilkatheter in die Harnblase zu legen, wenn die Wöchnerin aufgrund ihrer Verletzung nicht in der Lage ist, spontan Wasser zu lösen. Durch die Dehnung der Bauchmuskulatur in der Schwangerschaft hat die Frau möglicherweise

www.behindertefrauen.ch

Gesucht: erfahrene Hebammen

Die Kontaktstelle für behinderte Frauen und Mädchen, «avanti donne», würde gerne auf ihrer Homepage Adressen von Hebammen angeben, die mit behinderten Frauen Erfahrung haben. Ein paar FrauenärztInnen sind bereits aufgenommen, Hebammen würden eine weitere Lücke schliessen.

Bitte melden Sie sich bei:

Avanti Donne, Postfach,
4464 Maisprach, Tel. 0848 444 888,
avanti@behindertefrauen.ch

Mühe bei ihrer Mobilität. Es ist daher erforderlich, den Muskelaufbau zu fördern. Jedoch ist es in den ersten Tagen post partal primär wichtig, der Frau die nötigen Hilfestellungen zu gewährleisten. Erst einige Tage nach der Entbindung ist es sinnvoll, einen Physiotherapeuten zu organisieren, welcher mit der Frau gezielte Übungen zum langsamen Wiederaufbau der Muskulatur vornimmt.

Planung und Massnahmen der Hebamme zur optimalen Wundheilung

- Tägliche Kontrolle der Wunde, beziehungsweise des Lochienflusses
- Instruktion über korrekte Hygiene im Wundbereich
- In den ersten Tagen nicht zu häufige eigene Transfers von Bett in den Rollstuhl und zurück, um den Druck auf den Beckenboden gering zu halten (evtl. mit Rutschbrett)
- Nicht zu lange im Rollstuhl sitzen, ab und zu aufrechte Position einnehmen, damit die Lochien fließen können.
- Für eine gute Uterusinvolution Bauchmassage mit Muskatellersalbei durchführen und das Kind regelmässig ansetzen. Methergingaben zur Rückbildung des Uterus sind kontraindiziert wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie
- Auf den Geruch der Lochien achten

3. Mutter-Kind-Beziehung

Planung und Massnahmen der Hebamme zur Förderung der optimalen Mutter-Kindbeziehung im Wochenbett

Mutter –
trotz Rollstuhl!



Die betreuenden Hebammen sollten sich im Klaren sein, dass eine Frau trotz Tetra- oder Paraplegie voll und ganz im Stande ist, Verantwortung für ihr Neugeborenes und sich selbst zu übernehmen. Denn wenn man sich dessen nicht wirklich bewusst ist, kann es schnell passieren, dass man solch einer Frau die Verantwortung abspricht und das Gefühl hat, selbst Verantwortung für das Neugeborene und auch für die Wöchnerin übernehmen zu müssen. Die Infrastruktur auf einer Wochenbettstation sollte die Selbständigkeit der behinderten Wöchnerinnen nicht beeinträchtigen, d.h. die Station sollte zumindest rollstuhlgängig sein (Minimalgrösse von Toilette und Dusche). Für eine Frau im Rollstuhl ist es einfacher, wenn sie ihr Neugeborenes anstatt auf dem Wickeltisch, der meist zu hoch ist, auf dem Bett oder auf einem Tisch wickeln kann. Auch sollte darauf geachtet werden, dass die Mutter ihr Kind alleine ins Bettchen legen kann. Dazu gibt es beispielsweise Kinderbettchen, die man an das Bett der Mutter einhängen kann. So ist die Mutter in der Lage, ihr Kind selbst zu versorgen. Von grosser Wichtigkeit erachten wir, dass die Intimsphäre der neuen Familie gewahrt wird. Das heisst, dass die Mutter mit ihrem Kind auch Zeiten für sich alleine hat. Nach Absprache mit der Wöchnerin ist es möglich, ein Schild an die Zimmertüre anzubringen, auf dem steht «Besucher bitte bei der Schwester melden». Von Vorteil ist es auch, wenn die Wöchnerin ihr Kind im Zimmer wickeln und versorgen kann, um die Frau vor neugierigen Blicken zu schützen. Dies sollte jedoch vorher mit der betroffenen Frau abgesprochen werden.

Wichtig ist es, vor Austritt aus dem Spital abzuklären, was für Hilfsmittel zur optimalen Versorgung des Neugeborenen benötigt werden. Hier lohnt es sich, eine Ergotherapeutin frühzeitig zur Abklärung beizuziehen und eventuell auch eine Haushaltshilfe zu organisieren. Eine gute Unterstützung für die neue Familie kann auch das Gespräch und der Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe mit anderen Familien in der gleichen Situation sein. ◀

Dieser Artikel ist eine gekürzte Fassung von: Andrea Bachmann und Barbara Loosli, Mutterglück trotz körperlicher Behinderung, beschrieben am Beispiel der Querschnittslähmung. Hebammenschule Zürich, März bis Oktober 2002. Kürzungen und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

Schwangerschaft und Querschnittslähmung

Betreuende müssen

Querschnittgelähmte Frauen, die Mütter werden wollen, beschreiten einen dornigen Weg: Gesellschaftliche Vorurteile und Diskriminierungen, oft lückenhaftes Wissen und unzureichende Betreuung durch das Gesundheitspersonal sowie verletzungsspezifische Komplikationen sind grosse Herausforderungen für die werdenden Eltern. Dennoch sprechen bei Querschnittgelähmten grundsätzlich keine triftigen Gründe gegen eine Schwangerschaft.

Simon Feldhaus

NOCH immer existieren in unserer Gesellschaft sehr klare, festgefahrene Vorstellungen von behinderten Menschen und auf der anderen Seite strenge Erwartungen an Eltern, vor allem an Mütter. Diese Vorstellungen sind so gegensätzlich, dass sie sich gegenseitig ausschliessen. Behinderte Menschen werden als abhängig, unselbständig, als nicht entscheidungs- und leistungsfähig gesehen. Sie werden in der Regel nicht gefragt, wie sie leben wollen – ihnen werden Lebensbedingungen «verordnet».

Behinderte Frauen = Kaiserschnitt

Die Vorstellung, dass behinderte Frauen Sexualität leben, attraktive Partnerinnen und schliesslich auch Mütter sein könnten, erscheint der nicht behinderten Umwelt häufig fast absurd. «Heirat und Elternschaft gehören sich nicht für Menschen mit Querschnittslähmung.» Dieser Spruch war früher häufig zu hören. Glücklicherweise sind wir heutzutage weit weg von dieser Diskriminierung, und dennoch ist das Wissen beispielsweise über eine Schwangerschaft bei querschnittgelähmten Frauen in der Ärzteschaft nur sehr spärlich vorhanden und die Betreuung der werdenden Mütter dadurch absolut unzureichend. So kommen immer wieder schwangere Frauen mit einer Querschnittslähmung zu mir, denen seitens der behandelnden Frauenärztinnen/ärzte von vorneherein zu einer Entbindung mittels Kaiserschnitt geraten wurde. Dies entbehrt jeglicher wissenschaftlicher Grundlage und ist nur in Ausnahmefällen notwendig, zeigt aber die unzureichende Kenntnis des so beratenden Arztes.

«Behindert ist gleich krank»

Viele Frauen mit Behinderung machen die Erfahrung, dass von ihnen regelrecht erwartet wird, keine Kinder zu bekommen. Ihnen wird im Falle einer Schwangerschaft von Verwandten, Freunden und Ärzten geraten, eine Abtreibung oder Sterilisation durchführen zu lassen. Vorstellungen wie: «behindert ist gleich krank»; «wer behindert ist, ist selbst abhängig von der Hilfe anderer, und hat deshalb kein Recht, Kinder in die Welt zu setzen», oder «Frauen mit Behinderung können ihren Kindern keine guten Mütter sein» gehören zu den gängigen Vorurteilen. Man muss auf der Hut sein vor jenen «Beratern», die der Ansicht sind, dass Querschnittslähmung, Schwangerschaft und Mutterschaft nicht zu vereinigende Begriffe seien. Das individuelle Abwägen der Vor- und Nachteile ist eine absolute Notwendigkeit. Angesichts der normalen Fruchtbarkeit ist eine Schwangerschaft problemlos möglich.

Spezifische Komplikationen

Allerdings können durch die Folgen der Rückenmarksschädigung während der Gravidität spezielle Komplikationen auftreten wie beispielsweise *chronische Harnwegsinfektionen*. Daher ist eine auf diese spezifischen Komplikationen abzielende Kontrolle und Behandlung durch einen auch in der Paraplegiologie erfahrenen Arzt unumgänglich. Da die meisten Gynäkologen dieses spezielle Fachwissen nicht besitzen, bietet sich hier eine Betreuung im Team an. Ein grosses Problem stellen auch die häufig verordneten *Medikamente* (Anticholinergika) zur



Dr. med. Simon Feldhaus ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Zusatzausbildungen auf dem Gebiet der Komplementärmedizin, langjährige Tätigkeit im Paraplegikerzentrum Nottwil, Teamarzt Paralympics 2004 Athen.