

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 1

Artikel: Bettruhe bei Risikoschwangerschaft : aufgrund welcher Evidenz?
Autor: Pinkall, Rachel / Cignacco, Eva
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949416>

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: 07.02.2026

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

EDITORIAL

Vorzeitige Wehen sind eine Notbremse. In der heutigen oberflächlichen und schnelllebigen Zeit ist kaum Raum für tiefgründige Kontakt- aufnahme mit dem wachsenden Leben im Innern einer Frau.

In Italien zum Beispiel rufen wildfremde Menschen einer schwangeren Frau «auguri» – Glückwünsche – zu und sind um ihr Wohl besorgt. Haben wir solche Rituale?



Wieso haben wir gerade in der hoch entwickelten Schweiz eine der höchsten Frühgeburtsraten? Wer überlässt denn einer Schwangeren spontan einen Sitzplatz im Tram oder lässt sie an der Schlange vor der Kasse vorbei? Im Geschäftsleben sowie privat sollen schwangere Frauen genau so leistungsfähig, fit und aktiv sein wie alle anderen dynamischen Frauen.

Ruhe, Besinnung, Geborgenheit sind die besten Schutzfaktoren für Mutter und Kind, alles andere ist nur Dekoration. Wenn eine Frau dies be-GRIFFEN hat, kann sie ihre vorzeitigen Wehen allenfalls mit Briophyllum, Akupunktur oder Haptonomie in den GRIFF kriegen. Die einzigen Nebenwirkungen dieser Therapien sind Gespräch, Ruhe, Zuhören und Verständnis. Kommt sie allerdings nicht freiwillig zur Ruhe, wird sie mit einer Tokolyse-Infusion ans Bett GEFESSELT.

Warum muss sich eine schwangere Frau rechtfertigen, wenn sie mal einen Moment nur sitzen will, um ihren Bauch zu spüren und in sich zu sein? Rechtfertigt sich denn ihr Partner auch, wenn er zur selben Zeit vor dem Fernseher sitzt und einen Krimi schaut? Anstatt werdende Mütter immer abzulenken, sollten wir sie darin unterstützen, in sich zu gehen, zu spüren, zu hören. Dann braucht ihr Körper auch keine Notbremse.

Lisa Mees-Liechti

Bettruhe bei Risikoschwangerschaft

Aufgrund wel

Obwohl die therapeutische Bettruhe in der Therapie einer drohenden Frühgeburt und anderer Komplikationen alternativlos das Mittel der ersten Wahl ist, besteht im klinischen Setting bislang weder ein Konsens unter Fachleuten noch ein standardisierendes Protokoll. Die folgende Literaturrecherche fragt nach der Wirksamkeit dieser folgenschweren Massnahme.

**Rachel Pinkall
Eva Cignacco**

IN den USA wurde in den 90er Jahren jährlich bei rund 700000 Frauen mit Risikoschwangerschaft Bettruhe als therapeutische Intervention verordnet (Goldberg et al., 1994). Diese Zahl dürfte heute noch gestiegen sein, denn die strikte bzw. relative Bettruhe bei Risikoschwangerschaft ist in den meisten Kliniken mit Geburtshilfe die Therapie der ersten Wahl zur Verhinderung einer Frühgeburt. Die erhofften Effekte dieser Intervention sind die Reduktion gravitativer Einflüsse und mechanischer Reize auf die Zervix und die Reduktion des Fruchtwasserabgangs, womit weniger Volumendruckschwankungen des Uterus zu einer vermindernden Wehtätigkeit führen sollen (Maloni et al., 1993). Allerdings wird die Indikation für diese Intervention weder zwischen GeburtshelferInnen



Rachel Pinkall, Hebammme mit freiberuflicher und Spitalerfahrung, Studentin der Pflegewissenschaft, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. rachel.pinkall@stud.unibas.ch

individuellen Präferenzen des betreuenden Arztes/der betreuenden Ärztin. Im Prinzip handelt es sich hierbei im Zeitalter hoch entwickelter Überprüfungs- systeme und Messinstrumente in der Geburtshilfe um eine medizinische Therapieentscheidung auf erfahrungsgestützter, individueller Basis.

Eine Verordnung mit Folgen

Die Bettruhe ist für betroffene Frauen und deren Familien ein einschneidendes Ereignis. Für die meisten Frauen tritt dieses Ereignis unvorhergesehen auf. Das Berufs-



Dr. Eva Cignacco, Hebammme, Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Autorin. eva.cignacco@unibas.ch

muss für eine unbestimmte Zeitspanne neu organisiert werden und die Trennung vom familiären Gefüge stellt für betroffene Frauen den grössten Stressor dar (Maloni und Kurti, 2000). Eine Hospitalisation ist für viele Frauen mit einem Verlust an Autonomie, an Selbstkontrolle und -bestimmung sowie der Intimsphäre verbunden (Loss und Julius, 1989, Biedermann, 2006) und kann zu Veränderungen des Körperbildes führen (Cignacco, 2006). Das Gefühl der Abhängigkeit kann durch die Bettruhe verstärkt werden, insbesondere dann, wenn auch die Ausscheidung im Bett erfolgen muss. Bei vielen Frauen vergesellschaftet sich hierbei auch ein Gefühl der Scham (Biedermann, 2006).

Die psychischen und physiologischen kurz- und langfristigen Folgewirkungen der Bettruhe sind beachtlich (*siehe Tabelle 1*) und schliessen beispielweise

cher Evidenz?

Schlaflosigkeit und/oder depressive Verstimmung sowie ein erhöhtes Risiko für Thrombose und Muskelatrophie und -verspannungen mit ein. Von den Fachpersonen werden die Nebenwirkungen, insbesondere die psychischen Komponenten, meistens unterschätzt oder in Kauf genommen. Eine systematische Erfassung möglicher Folgewirkungen erfolgt selten. Die meisten Fachpersonen sind sich der bedeutenden physischen und psychischen Nebeneffekte der verordneten Bettruhe nicht bewusst und Strategien zur Prävention und Behandlung der Nebeneffekte und Folgeproblematiken sind in der Ausbildung und Praxis ein ungenügend behandeltes Thema.

Keine überzeugende Evidenz

Hinsichtlich der Effektivität dieser Intervention ergibt sich bei näherer Betrachtung ein ernüchterndes Bild: Eine kürzlich durchgeföhrte Metaanalyse zeigt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (mit Bettruhe/ohne Bettruhe) hinsichtlich der Reduktion des Risikos für eine Frühgeburt (Aleman et al., 2005). Auch die Analyse von Gülmezoglu und Hofmeyr (2000) zeigte kein besseres Outcome bei verordneter Bettruhe bei intrauteriner Wachstumsretardierung. Meher und Kollegen (2005) konnten bei hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen ebenfalls keinen Nutzen verordneter Bettruhe bestätigen. Alle drei Cochrane Reviews kommen zum Schluss, dass keine zufriedenstellende Evidenz über den Nutzen therapeutischer Bettruhe bei einer Risikoschwangerschaft besteht. Maloni beschreibt in ihrer Untersuchung, dass Bettruhe ineffektiv ist bei der Verbesserung der fetalen Gewichtsentwicklung in



Die Bettruhe ist für betroffene Frauen und ihre Familien ein einschneidendes Ereignis.

Foto: Judith Fahner-Furer

Tabelle 1: Nebeneffekte der antepartalen Bettruhe mit Relevanz für Hebammenarbeit

Kurzzeiteffekte der Bettruhe

Symptomatik	Zeitliches Auftreten	Mögliche Hebammeninterventionen
Muskelschwund, Minderdurchblutung wichtiger Organe (Maloni et al., 1998/2004)	Während der ersten 24 Std. Während der ersten Woche bei 75% der untersuchten Frauen. 33% Frauen verzeichneten keine Gewichtszunahme, 73% verloren zwischen 0,23–6,58 kg Gewicht. Während der 2. Woche war der Gewichtswechsel am grössten: 51% der Frauen verloren weiter an Gewicht oder nahmen nicht zu	Situationsangepasste Physiotherapie (minimal/ maximal) veranlassen Mobilisation stufenweise planen und durchführen
Muskelverspannungen, Rücken- und/oder Kopfschmerzen (Maloni et al., 2000)	Individuelles Auftreten, häufig schon nach den ersten 48 Stunden	Physiotherapie veranlassen, Massagen anbieten, Entspannungsübungen, Lagerungshilfen und Wärme (Moorkissen) anbieten
Obstipation (Biedermann J., 2006)	Individuelles Auftreten, häufig schon nach den ersten 48 Stunden	Ernährungsgewohnheiten evaluieren, kleine/häufige Mahlzeiten, Dörrpfauen usw., adäquate Flüssigkeitsaufnahme (CAVE: medikamentöse Therapie ergo erhöhter Flüssigkeitsbedarf), aromatherapeutische Wickel usw.
Appetitverlust	Individuelles Auftreten, häufig schon nach den ersten 48 Stunden	Ernährungsberatung – Evaluation, Essen von zu Hause mitbringen lassen
Schwäche, Konditionsverlust (Maloni et al. 2002, Meher S et al., 2005)		Physiotherapie veranlassen
Thromboserisiko durch verminderten venösen Rückstrom (Aleman et al., 2005)	Innerhalb 24 bis 48 Stunden	Physiotherapie veranlassen, angepasste Mobilisation ggf. in Stufen, Antikoagulationstherapie verordnen lassen
Konzentrationsprobleme Kognitive Unterforderung Selbstwertprobleme	Individuelles Auftreten	Gestalttherapie, soziale Einbindung, Nebenbeschäftigungen fördern, Bibliothek (Bücher/Hörbücher usw.), Arbeitsfläche einrichten
Stress (Maloni und Kurti 2000)	Individuelles Auftreten	Gespräche, Informationen, Coping-Hilfen, ggf. Aromatherapie, Homöopathie, Akupunktur
Depression (Maloni et al., 2002)		Flyer oder Leitfaden gestalten mit Möglichkeiten zur Bewältigung, soweit möglich Selbstkontrolle fördern, Gestalttherapie, Tagesstrukturen, soziale Interaktion, Lektüre anbieten, Einbezug des psychosomatischen Dienstes, Tagesplanung, geplante Aktivitäten, Anregung zur Selbstpflege, Selbstkontrolle fördern, Support-Groups: Kontakt hospitalisierter Frauen untereinander
Schlafstörungen (Maloni et al., 2002)		Anregung zum Einhalt einer Tagesstruktur mit Tages-Zielsetzungen, geplante Aktivitäten, Rhythmus, wenn möglich: Tageslicht und frische Luft 1x/Tag, Homöopathie
Langeweile		Gestalttherapie anbieten, Tagesstruktur festlegen
Ängste, Sorgen (Maloni und Kurti 2000)	Individuelles Auftreten, häufig schon nach den ersten 48 Stunden	«Tender-Loving-Care», Informationen, Gespräche, Psychosomatik, Support-Groups/interkultur. Pflege-Konzept
Erhöhte Diurese, Verschiebungen im Flüssigkeitshaushalt, reduziertes Plasmavolumen durch erhöhte Diurese und Flüssigkeitsverschiebung ins Zwischenzellgewebe: Ödeme (Maloni et al., 1993)	Während der ersten Stunden, mit einem Zunehmen von 45% nach 4 bis 8 Stunden Astronauten verlieren zirka 900ml Flüssigkeit und 1,5kg Körpermasse während 1 Woche Bettruhe	Adäquate Trinkmenge, ausgeglichener Flüssigkeitshaushalt (CAVE: Einfluss auf Fruchtwasserproduktion mit Volumenschwankungen, respektive ggf. erhöhte Kontraktionsbereitschaft in Folge)
Soziale Isolation, familiärer Stress, soziale Integration		Einbezug Familie, wenn möglich in Pflege, Förderung soz. Einbindung, Kontakt und Austausch fördern (Support- Groups), interkultur. Pflege-Konzept, Tageskleidung tragen
Erhöhung Fettstoffwechsel Verstärkung der diabetogenen Stoffwechselleague in der Schwangerschaft		Ernährungsberatung veranlassen
Entmineralisierung der Knochen		Ernährungsberatung veranlassen
Vermehrter Reflux		Ernährungsberatung veranlassen

Langzeiteffekte der Bettruhe

Symptomatik	Zeitliches Auftreten	Mögliche Hebammeninterventionen
Depression (Maloni et al., 2002)	93% der Frauen mit erlebter antepartaler Bettruhe beschrieben noch 6 Wochen nach der Geburt Symptome der depressiven Verstimmung, davon gaben 40% an, unter Müdigkeit, Verstimmungen, Angespanntheit, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen zu leiden.	Erfassung mit EDPS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), psychosomatischen Dienst beziehen, ambulante Hebammenbetreuung zu Hause organisieren, Adressen der Mütterberatung vermitteln
Muskelschwund: Probleme mit Treppensteigen usw. (Maloni et al., 2000)	Siehe oben	Physiotherapeutisches Konzept zur Identifizierung der geschwächten Muskelbereiche und zum Wiederaufbau der Muskulatur Pflegeplanung: durch Beckenbodentraining ergänzen (auch in der Schwangerschaft!) Flyer/Infos zu Terminen von Rückbildungskursen p.p.
Entmineralisierung der Knochen (= bei allen Schwangeren ein Thema)	Siehe oben	Ernährungsempfehlungen bei Austritt Einbezug Ernährungsberatung (CAVE: Osteoporose-Risiko) Prävention: Empfehlungen zum mineralischen Aufbau

der Schwangerschaft. Sie kommt gar zum Schluss, dass durch den möglichen maternalen Gewichtsverlust und die allgemeine psychische und körperliche Beeinträchtigung der betroffenen Frauen sich die Situation gar nachteilig auf die Entwicklung und das Outcome des Feten auswirken kann (Maloni et al., 2004). Die Evaluation über den therapeutischen Effekt von Cerclagen bei Zervixinsuffizienz und prolabilierender Fruchtblase hat ein besseres Outcome der Schwangerschaft gezeigt als solche mit alleiniger strikter Bettruhe (Althuisis et al., 2002, Daskalakis et al., 2006). Obwohl bis anhin nur wenige randomisiert-kontrollierte Untersuchungen zur Wirksamkeit therapeutischer Bettruhe durchgeführt wurden und demzufolge die Metaanalysen nur auf eine geringe Anzahl von Studien aufbauen konnten, zeichnet sich trotzdem ein Trend ab: Es besteht heute für diese weite verbreitete Intervention keine überzeugende Evidenz, dass sie hinsichtlich der Reduktion der Risiken einer Frühgeburt bei vorzeitigem Blasensprung, bei vorzeitigen Wehen, bei einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung, bei Plazenta prävia oder vorzeitig gereiften Zervix für Frauen und ihre ungeborenen Kinder einen Vorteil aufweist.

Auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten drängt sich die Frage auf nach dem Verhältnis der hohen Kosten der teilweise wochenlangen Hospitalisationen (direkte Gesundheitskosten) sowie den durch die psychische Belastung der Frauen zusätzlich entstehenden indirekten Gesundheitskosten und dem fraglichen Nutzen dieser the-

rapeutischen Intervention. Unter finanziellen Aspekten sind dringend auch alternative Betreuungsmodelle (Spitex-Betreuung durch Hebammen) zu diskutieren, um zumindest die psychischen Belastungen für Frauen und somit indirekte Gesundheitskosten zu reduzieren.

Relevanz der Thematik für Hebammen

Eine strikte Bettruhe sollte aus den oben beschriebenen Gründen vermieden werden. In der Praxis wird die Verordnung von Bettruhe zwischen Hebammen und GeburtshelferInnen sehr oft kontrovers diskutiert und der Nutzen unterschiedlich eingeschätzt. Die Verordnung der strikten Bettruhe sollte von allen Fachpersonen kritisch diskutiert werden. Der erwartete Nutzen und mögliche Risiken sind von allen Beteiligten in der individuellen konkreten Situation abzuwägen.

Ist eine Bettruhe unvermeidbar, ist es Aufgabe der Hebammen, Frauen in ihrem eingeschränkten Bewegungsradius zu unterstützen und mögliche psychische und physische Folgesymptome rechtzeitig zu erkennen und adäquat zu intervenieren. Copingstrategien sind mit den Frauen individuell zu besprechen. Es sollte Frauen mit Bettruhe möglich sein, sich zeitlich zu orientieren (Uhr in Sichtweite) und persönliche Utensilien in Reichweite zu haben. Mit ihnen ist eine Tagesstruktur festzulegen, die durch verschiedene Aktivitäten geprägt ist. Den Frauen sind Beschäftigungsmöglichkeiten (Gestalttherapie, Arbeitsfläche für Computerarbeit, Me-

dien, Lektüre) zur Verfügung zu stellen und Familienangehörigen ist ein zeitlich möglichst uneingeschränkter Besuch zu gestatten. Auf die Wahrung der Intimsphäre ist streng zu achten. Physiotherapie ist zur Vorbeugung körperlicher Symptome ab dem ersten Tag zu verordnen.

Folgekomplikationen, die auf psychische und physische Reaktionen der Betttruhe schliessen lassen, sind systematisch zu erfragen, zu dokumentieren und im Pflegeplan zu berücksichtigen. Um psychische Folgekomplikationen rechtzeitig zu erfassen, sollte auch vermehrt mit bestehenden Assessmentinstrumenten (beispielsweise Uncertainty Scale, Distress-Thermometer) gearbeitet werden. Weitere Hebammeninterventionen bei einzelnen Symptomen sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Frauen nach antepartaler Bettruhe sollten generell bei Spitalaustritt auf die Folgen und die möglicherweise verlängerte Phase der Rekonvaleszenz hingewiesen werden.

Aufgaben für die Zukunft

In Zukunft sollten sich die Gesellschaften für Geburtshilfe und Gynäkologie vermehrt mit dieser weit verbreiteten therapeutischen Intervention befassen und deren Nutzen kritisch diskutieren und überprüfen. Bei Beibehaltung dieser Intervention ist auf die Entwicklung allgemein geltender Richtlinien (z. B. einheitliches Mobilisationsschema) zu achten und eine systematische Evaluationsforschung zu betreiben.

Auch Hebammen sollten sich im Rahmen von Hebammenforschungsprojekten mit solch verbreiteten und fraglich wirksamen therapeutischen Interventionen kritisch auseinandersetzen und in randomisiert-kontrollierten interdisziplinären Studien deren Effektivität überprüfen.

Literaturangaben

- Aleman A., Althabe F., Belizan J., Bergel E.: Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005; 18, (2): CD003576.
- Aalthuisius S., Dekker G., Hummel P., Bekedam D., Kuik D., Van Geijn H.: Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): Effect of therapeutic cerclage with bed rest vs. bed rest only on cervical length. Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 20 (2): 163–167.
- Biedermann J.: Obstipation in der Schwangerschaft – Ein von Hebammen kaum wahrgenommenes Phänomen. In: Cignacco E. (Hrsg.) Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen. Hans Huber Verlag, Bern, 2006.
- Cignacco E.: Präeklampsie – Die grosse Unbekannte In: Cignacco E. (Hrsg.) Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen. Hans Huber Verlag, Bern, 2006.
- Daskalakis G., Papantoniou N., Mesogitis S., Antsaklis A.: Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. Obstetrics and Gynecology, 2006; 107: 221–226.
- Goldenberg R., Cliver S., Bronstein J., Cutter G., Andres W., Mennemeyer S.: Bed rest in pregnancy. Obstetrics & Gynecology 1994; 84, 1: 131–136.
- Gülmezoglu A. M., Hofmeyr G. J.: Bed rest in hospital for suspected impaired fetal growth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, (2): CD000034.
- Loos C., Julius L.: The client's view of hospitalization during pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 1989; 18, (1): 52–56.
- Meher S., Abalos E., Carroli G.: Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005; 19, (4): CD003514.
- Maloni J., Alexander G.R., Schluchter M.D., Shah D.M., Park S.: Antepartum bed rest: maternal weight change and infant birth weight. Biological Research for Nursing, 2004; 5, (3): 177–186.
- Maloni J.: Astronauts & pregnancy bed rest: What NASA is teaching us about inactivity. AHWONN Lifelines 2002; 6, (4): 318–323.
- Maloni J., Kane J.: Dysphoria among high risk pregnant hospitalized women on bed rest. Nursing Research 2002; 51 (2): 92–99.
- Maloni J., Kurtil R.M.: Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. The American Journal of Maternal Child Nursing 2000; 25 (4): 204–210.
- Maloni J., Cohen A., Kane J. (1998): Prescription of activity restriction to treat high-risk pregnancies. Journal of Women's Health, 1998; 7 (3): 351–358.
- Maloni J., Chance B., Zhang C., Cohen A., Betts D., Gange S.: Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital rest. Nursing Research 1993; 42 (4): 197–203.

Ein Überblick

Frühgeburt: ein

Mehr und mehr gilt Frühgeburtlichkeit heute als unterbehandeltes gesellschaftliches Gesundheitsproblem mit oft sozialen und lebensstilbedingten Ursachen. Entsprechend vielfältig sind die präventiven und therapeutischen Annäherungen. Gerlinde Michel und Inge Loos haben sich dazu in der Literatur umgesehen.

Die Schweiz hat eine der höchsten Frühgeburtsraten in Europa: mit 9 Prozent Frühgeborenen unter der 37. Schwangerschaftswoche steht sie an zweiter Stelle hinter Österreich (Bfs 2007). In Deutschland ist die Diagnose «Vorzeitige Wehen» der häufigste Grund, der zu einer stationären Be-

handlung Schwangerer führt. International sind steigende Frühgeburtsraten zu beobachten. Dennoch wird das Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion selten problematisiert, auch wenn es alle Voraussetzungen für ein verringerbares Public-Health-Problem erfüllt.



Vorzeitige Wehen ist einer der häufigsten Gründe für die Hospitalisierung schwangerer Frauen

Foto: Judith Fahner-Furer