Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 3

Artikel: Im Spannungsfeld von Psychologie und Risiko : Terminüberschreitung
Autor: Wyss, Nicole
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949427

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: 15.08.2025

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

EDITORIAL

Mit den Entwicklungen in der heutigen schulmedizinischen Geburtshilfe komme ich als freiberuflich tätige Hebamme immer öfter in Bedrängnis. Mein Verständnis einer umfassenden und natürlichen Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung weicht zunehmend von den Vorgaben und Terminierungen der «Spitalgeburtshilfe» ab. Das folgende Fallbeispiel zeigt auf, in welchem Spannungsfeld wir uns in der Hausgeburtshilfe befinden.

Das von mir betreute Paar erwartete das zweite Kind. Vor fünf Jahren war ihr erstes Kind nach zwei frustranen Einleitungsversuchen 7 Tage nach Termin mit einer sekundären Sectio zur Welt gekommen.
Beide wünschten sich für diese Geburt möglichst wenig Eingriffe und keine Einleitung.
Gemäss den Standards unseres Geburtshauses erfolgten Kontrollen mit CTG am 4. und 8. Tag nach Termin, am 12. Tag überwies ich sie zur Kontrolle zu einem unserer Ärzte. Auf Grund des guten US-Befundes einigten wir uns alle darauf, dass wir noch bis zum 14. Tag abwarten können; dann würde ich sie ins Spital überweisen.
Die Wehen setzten spontan in der Nacht auf den 14. Tag ein und die Geburt begann gut. Leider musste ich die Frau später wegen Wehenunverträglichkeit für eine PDA ins Spital verlegen, wo sie aber spontan einen gesunden Jungen gebären konnte. Auch wenn die Geburt anders verlaufen ist als erwünscht, waren wir alle sehr glücklich und zufrieden über die Spontangeburt.
Trotz der Freude haben mich die Kommentare der Kolleginnen im Spital sehr nachdenklich gemacht. Ihre Reaktionen gingen von riskant bis unverantwortlich, und nie wurde in Betracht gezogen, was diese Geburt für das Paar bedeutete: Stolz, dass sie es geschafft haben, und auch eine Versöhnung mit dem Geburtsverlauf vor fünf Jahren.

Ich wünsche mir, dass wir Hebammen wieder mehr in die Schwangere und ihr Kind, in die Physiologie, unser Wissen und unsere Intuition vertrauen als uns auf Zahlen, Statistiken und Termine zu berufen.

Brigitte Lutz

Brigitte Lutz, Geburtshaus Tagmond

Im Spannungsfeld von Physiologie und Risiko

Terminüberschr

Die meisten Frauen über dem errechneten Geburtstermin nehmen eher eine abwartende Haltung ein, müssen sich aber dennoch den möglichen Risiken einer Überschreitung stellen. Es gilt, eine gesunde Balance zwischen dem natürlichen Verlauf und medizinischen Interventionen, zwischen Technik und Natur zu finden. Der kompetenten Betreuung und Informationsvermittlung durch die Hebamme kommt in der schwierigen Zeit des «Aussitzens» grösste Bedeutung zu.

Nicole Wyss

BEI dieser Arbeit geht es um die Terminüberschreitung, das heisst den Zeitraum zwischen 40 0/7 bis 41 6/7 SSW, und nicht um die Übertragung, welche ab 42 0/7 SSW beginnt. Auch darf die Terminüberschreitung nicht mit dem Begriff Überreife-/Dysmaturitätssyndrom verwechselt werden.

Terminüberschreitung

Nach Schneider (2004) wird eine Schwangerschaft (SS) nach Konzeptionsdatum (KT) mit 266 Tagen berechnet und/oder mit 280 Tagen nach dem ersten Tag der letzten Periode. Zudem wird nach Möglichkeit im I. Trimenon mittels Ultraschall die Scheitel-Steiss-Länge (SSL) gemessen und der Termin bestätigt oder definitiv festgelegt. Kommt es bis zum Termin nicht zur Geburt, spricht man ab Erreichung des Termins von Terminüberschreitung.

Inzidenz

Laut Enkin et al. (1998) ist die Inzidenz auf Grund unterschiedlicher Definitionen von Terminüberschreitung schwierig zu bestimmen. Laut Guideline von Hohlfeld et al. (2002) kann für SS, die länger als 41. SSW dauern, die Inzidenz bei 27% liegen. Bei der echten Übertragung gibt Enkin et al. (1998) eine Inzidenz zwischen 4 bis 14% an. Schneider (2004) hingegen definiert die Inzidenz einer echten Übertragung kleiner als 5%.

Mögliche Ursachen

Terminbestimmung

Hohlfeld et al. (2002) empfehlen eine exakte Bestimmung des Schwangerschaftsalters mittels Ultraschall im I. Trimenon. Damit lassen sich unnötige Interventionen bei Schwangeren ohne Übertragung verhindern und bei echter Übertragung die nötigen Massnahmen treffen. Für Schneider (2004) ist bei einer Schwangerschaftsverlängerung die Überprüfung des Termins unabdingbar.

Nicole Wyss ist Hebamme und arbeitet im Privatspital Daler in Freiburg.

Viehweid (2004) stützt sich auf eine Studie von Mai et al. (1995), die zeigt, dass es nur gerade in 4% am errechneten Termin zur Geburt kommt. Zudem bezieht er sich auf Rempen (1996), welcher schreibt, dass in 88% der Fälle die Kinder +/– 14 Tage um den errechneten Termin mit spontanem Wehenbeginn auf die Welt kommen. Nach Schelling (2004) ist die zuverlässigste Bestimmung des Termins der Frühultraschall bis zur 12. SSW mit Messung der SSL. Midirs (2005) erwähnen, dass genetische Veranlagung, Rassenzugehörigkeit, jahreszeitliche Unterschiede und Schichtarbeit die Länge der SS beeinflussen können.

Variante der Norm

Gemäss Enkin et al. (1998) ist die Terminüberschreitung in den meisten Fällen eine Variante der Norm; nur in einer Minderheit bestehe ein erhöhtes Risiko des Perinataltodes und früher neonataler Krämpfe.

Klinische Beurteilung

Hebammenspezifische Diagnostik

Nach Mändle und Opitz-Kreuter (2003) kann die Hebamme bei Terminüber-

eitung

schreitung nebst den rechnerischen Methoden nach dem erstmaligen Spüren der Kindsbewegungen fragen und anhand der Leopold'schen Handgriffe den Fundusstand kontrollieren. Sie kann prüfen, ob bereits eine Leibessenkung stattgefunden hat, die Frau Senkwehen verspürt, der Leibumfang abgenommen hat, der Nabel verstrichen oder vorgewölbt ist, ein Gewichtsstillstand oder eine Gewichtsabnahme stattgefunden hat und ob die Kindsbewegungen nachgelassen haben und diese zunehmend als schmerzhafter empfunden werden (Kriterien zur Überprüfung der Schwangerschaftswoche). In den Aufgabenbereich der Hebamme gehören hier sicher auch die Durchführung eines CTGs und eine vaginale Untersuchung (Mändle und Opitz-Kreuter 2003).

Ärztliche Kontrollen und Diagnostik

Um eine komplikationslose verlängerte Schwangerschaft zu definieren, müssen laut Schneider (2004) folgende Kontrollen durchgeführt werden:

- Überprüfung des Geburtstermins
- Ausschluss einer Makrosomie und Plazentainsuffizienz mittels Ultraschall
- CTG-Kontrolle: Zu beachten sind variable Dezelerationen, da diese häufig Ausdruck von vermindertem Fruchtwasser mit partieller Nabelschnurkompression sind und Hinweis für eine beginnende Plazentainsuffizienz sein können.
- Bestimmung des biophysikalischen Profils nach Manning, welches die fetale Atemfrequenz/Körperbewegung/Muskeltonus, Reaktivität und die Fruchtwassermenge beinhaltet (Schneider und Gnirs 2004).

Foto: Judith Fahner-Furer

Übertragung und Einleitung

Aktuelle Evidenz, Management, Empfehlungen

- Die Forschung zeichnet ein widersprüchliches Bild, welche Rolle die Einleitung bei der Reduktion der kindlichen Mortalität spielt. Die am besten gesicherte Evidenz legt nahe, dass eine Einleitung einige Zeit nach, aber nicht bereits am Zeitpunkt der 41. SSW die perinatalen Mortalitätsraten senkt. Deshalb sollte den Frauen die Einleitung zwischen 41+4 und 41+7 (oder zwischen 291 und 294 Tagen) empfohlen werden.
- Eine Durchsicht der evidenzbasierten Forschung ergab, dass eine Einleitung nach der 41. SSW im Vergleich mit abwartendem Vorgehen keine statistisch signifikanten Auswirkungen auf die Raten operativer Geburtsbeendigungen, den Analgetikaverbrauch und die Inzidenz von kindlichen Herzrhythmusstörungen hatte. Einleitung reduziert das Risiko für Mekoniumaspiration nicht. Einleitung zwischen dem 280. und 286 Tag ist mit signifikant erhöhten Raten von operativ beendeten Vaginalgeburten assoziiert, ohne dass die perinatale Mortalität tiefer wäre; daher ist sie nicht zu empfehlen.
- Die am besten gesicherte Evidenz zeigt, dass zirka 500 Einleitungen nach 41 SSW nötig sind, um 1 perinatalen Todesfall zu verhindern. Höchstwahrscheinlich ist die Anzahl notwendiger Einleitungen in der aktuellen Praxis noch höher.
- Das Mortalitätsrisiko für zu kleine Kinder (unabhängig vom Gestationsalter) sowie für Kinder von Frauen über 35 Jahren ist bei Terminüberschreitung erhöht.
- Es gibt sehr wenig Evidenz dafür, dass sich mit fetalen Überwachungsinstrumenten erkennen lässt, ob eine Übertragung zum Risikofall wird.

Juliana Brennan, The risks associated with post term pregnancy: a literature review. Aust Mid J. ACM 2005. 18(2):10–16.

- Eine Politik der Geburtseinleitung nach vollendeter 41. SSW ist im Vergleich mit abwartendem Management (während mindestens einer Woche oder länger) mit selteneren perinatalen Todesfällen assoziiert. Allerdings ist das absolute Risiko extrem klein.

Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD004945.

- Ab T+14 sollte bei Frauen, die keine Einleitung wünschen, mindestens zweimal wöchentlich eine CTG-Untersuchung sowie eine FW-Messung mit Ultraschall erfolgen.

Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE), Clinical Guideline October 2003.

Betreuungsaufgaben der Hebamme

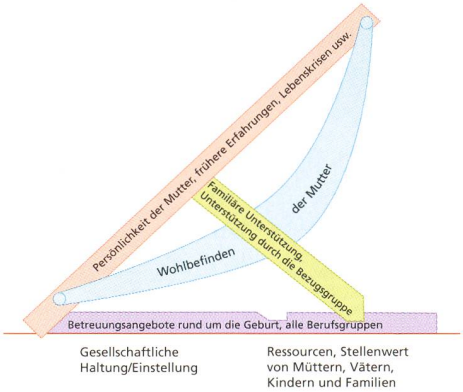
Die Betreuung ab Termin

Bei einer Terminüberschreitung wird laut Mändle und Opitz-Kreuter (2003) die physiologische, komplikationslose SS zur Risikoschwangerschaft. Diese liegt in der Obhut der Ärzte. Die Hebamme kann hier das Bindeglied zwischen der Schwangeren und dem Arzt sein. Enkin et al. (1998) schreiben, dass die technische Überwachung Vorzüge mitbringt, weisen aber darauf hin, dass die meist daraus resultierende reine Betreuung durch die Geburtsmediziner in Frage zu stellen ist.

Viehweg (2004) unterscheidet zwischen Risikoschwangerschaften ohne manifeste Pathologie und Risikoschwangerschaften mit manifester Pathologie. Bei der ersteren ist die Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Arzt vorgeschrieben, bei letzterer soll die Betreuung durch die Hebamme nach ärztlicher Anordnung erfolgen. Das Liegestuhlmodell von Jean Ball (Bryar 2003) kann einen möglichen Ansatz bieten zum Angehen eines individualisierten Vorgehens bei der Betreuung.

Das Liegestuhlmodell

Bryar (2003) stellt das Modell eines Liegestuhls der britischen Hebamme Jean Ball vor, eine Möglichkeit, die Frau mit ihren Ressourcen ganzheitlich zu erfassen. Das Modell zeigt die Unterstützungssysteme, welche das Wohlbefinden der Frau beeinflussen und ihr Halt und Rückhalt geben.



Es besteht aus drei Teilen: 1. der Persönlichkeit der Frau, 2. der sozialen Situation und 3. der bestehenden Infrastruktur und den Fachkräften. Es beinhaltet ebenfalls verschieden Konzepte wie Angst, eigene Lebensereignisse der Frau usw. Ball bringt alle diese Faktoren in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Frau. Fehlt eine Stütze, ist eine Stütze nicht ausreichend stark oder ist der Liegestuhl nicht richtig aufgestellt, wird die Frau sich darin nicht wohl fühlen, sie kann sich nicht entspannen und somit ihre Kräfte nicht voll entfalten.

Diese Darstellung kann der Hebamme in der Praxis helfen, alle Bereiche der Frau abzuklären, die Betreuung darauf abzustimmen und die bestehenden Ressourcen der Frau herauszukristallisieren. Diese Ressourcen können in der Situation der Terminüberschreitung als Bewältigungsmöglichkeiten eingesetzt werden.

Seite/Aufhängung

Sie bezeichnet die Persönlichkeit der Frau mit ihren Erfahrungen und Lebenskrisen, welche sie bis jetzt erlebt und bewältigt hat. Hier liegen die persönlichen Ressourcen der Frau. Es gilt bei der Frau ein Kohärenzgefühl für die Situation der Terminüberschreitung zu schaffen, damit sie ihre Kompetenz für ihre SS wieder erlangt oder weiterführen kann. Dies wird ihr Ruhe und Sicherheit geben, sie wird die Eigenverantwortung für ihre SS übernehmen können, ihre persönliche Entscheidung treffen und ihren persönlichen Weg gehen.

Ressourcen sind hier sicher das Selbstkonzept der Frau, ihre Coping-Strategien und allgemeine Lebenserfahrung. Auch eine positive Einstellung der Frau zur Mutterschaft kann eine Ressource bilden. Wie die Frau persönlich zur Mutterschaft steht und wie der Kindsvater zum Kind steht, beeinflusst die Fähigkeit und Fertigkeit, sich bei Terminüberschreitung an die neue Situation anzupassen.

Ab Termin gilt es zu erörtern, welche Bedürfnisse gestillt werden müssen, damit die Frau die Terminüberschreitung annehmen und bewältigen kann. Was kann die Frau aus ihren eigenen Fähig- und Fertigkeiten brauchen, um die neue Situation zu meistern? Könnten beispielsweise körperliche oder kreative Betätigungen förderlich sein,

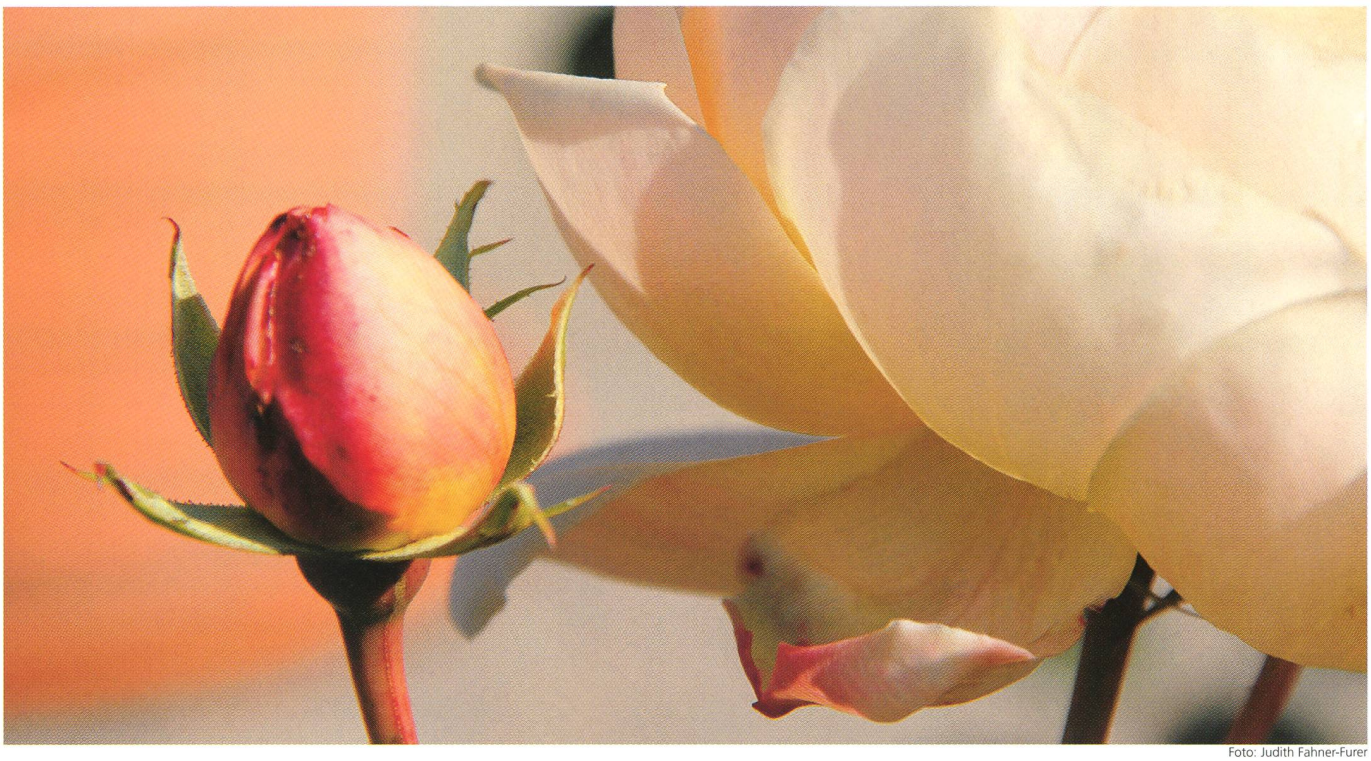


Foto: Judith Fahner-Furer

die der Frau Entspannung, Gelassenheit oder Geduld verschaffen? Hat die Frau spirituelle Überzeugungen, die ihr mentale Stärke und Sicherheit verleihen? Welche Geburtserfahrungen oder Vorstellungen hat sie und/oder wie waren die Geburten in ihrer Familienanamnese? Bestehen Ängste und Sorgen, die thematisiert werden müssen, damit sie in sich ruhig werden kann? Der Kontakt zum Kind durch Berührungen ihres Bauches sowie das Spüren der Kindsbewegungen können der Frau zudem innere Sicherheit geben.

Verstrebung

Die Verstrebung beinhaltet die familiäre und soziale Unterstützung, Bezugsgruppen und das Netzwerk, in welchem sich die Frau befindet. Da bei der verlängerten SS die Zeit des Wartens länger wird, muss vieles neu oder anders organisiert werden. Die Unterstützung durch die Familie ist eine hilfreiche Möglichkeit, die Frau zu entlasten oder ihr Freiräume zu geben. Gerade wenn die Frau/das Paar bereits Kinder hat, können Familienmitglieder der Schwangeren Entlastung bieten, indem sie die Betreuung der Kinder übernehmen. Ist die Frau in einer Familie verankert, kann ihr dies ebenfalls Rückhalt geben. Der Einbezug des Partners und seine Unterstützung sind laut Rauchfuss (2001) elementar. Sinnvoll wäre es, wenn der Partner zu den Kontrolluntersuchungen mitkommen würde, damit er Informationen auch direkt erhalten, seine Fragen stellen und seine Frau unterstützen kann. Insbesondere bei Procedereentscheidungen wäre das Gespräch zwischen den werdenden Eltern notwenig und kann der Frau helfen, ihre Entscheidung zu treffen.

Wichtig ist ebenfalls ein verständnisvoller Freundeskreis, der keine Forderungen an die Frau/das Paar stellt oder durch konstantes Nachfragen nach dem Nachwuchs die Frau unter Druck setzt. Gespräche mit Frauen, die Ähnliches oder Gleiches erlebt haben, sind für die Frau nützlich, da ihr so ein Stück Normalität der SS auch über dem Termin zurückgeben werden kann.

Nebst der Hilfe durch die Familie, den Freundeskreis und das soziale Umfeld sind institutionelle Unterstützungen wie zum Beispiel staatliche, kirchliche und private Institutionen als weitere Ressource für die Frau verfügbar.

Boden

Den Boden dieses Modells bildet das Betreuungsangebot, welches auf der Gesellschaft und ihren Haltungen und Einstellungen gründet. Hierzu gehören Infrastruktur und Fachpersonal verschiedenster Berufsgruppen. Bei der Terminüberschreitung bietet zum Beispiel die Infrastruktur des Spitals alles, was nötig und wichtig ist, um den Geburtstermin zu prüfen, klinische Untersuchungen durchzuführen usw. Hierbei können die Ärzte mit ihrem Fachwissen und den Ultraschalluntersuchungen einen grossen Teil abdecken. Die Be-

Management der Übertragung

Guidelines

Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG):

- **39 0/7 bis 40 6/7 SSW:** Kein Anlass zur Geburtseinleitung oder einer expliziten Überwachung
- **41 0/7 bis 42 0/7 SSW:** Der Schwangeren sollte die Einleitung vorgeschlagen werden, die Wünsche der Frau sind jedoch zu respektieren, soweit keine Risikofaktoren bestehen. Eine Überwachung des Feten vor Vollendung der 41. SSW ist nicht nötig.
- Ziel: Überwachung und Management bei echter Übertragung sicherzustellen, unnötige diagnostische und therapeutische Interventionen zu vermeiden und die Schwangere und deren Partner in die Entscheidungsfindung der Geburtsleinleitung mit einzubeziehen.

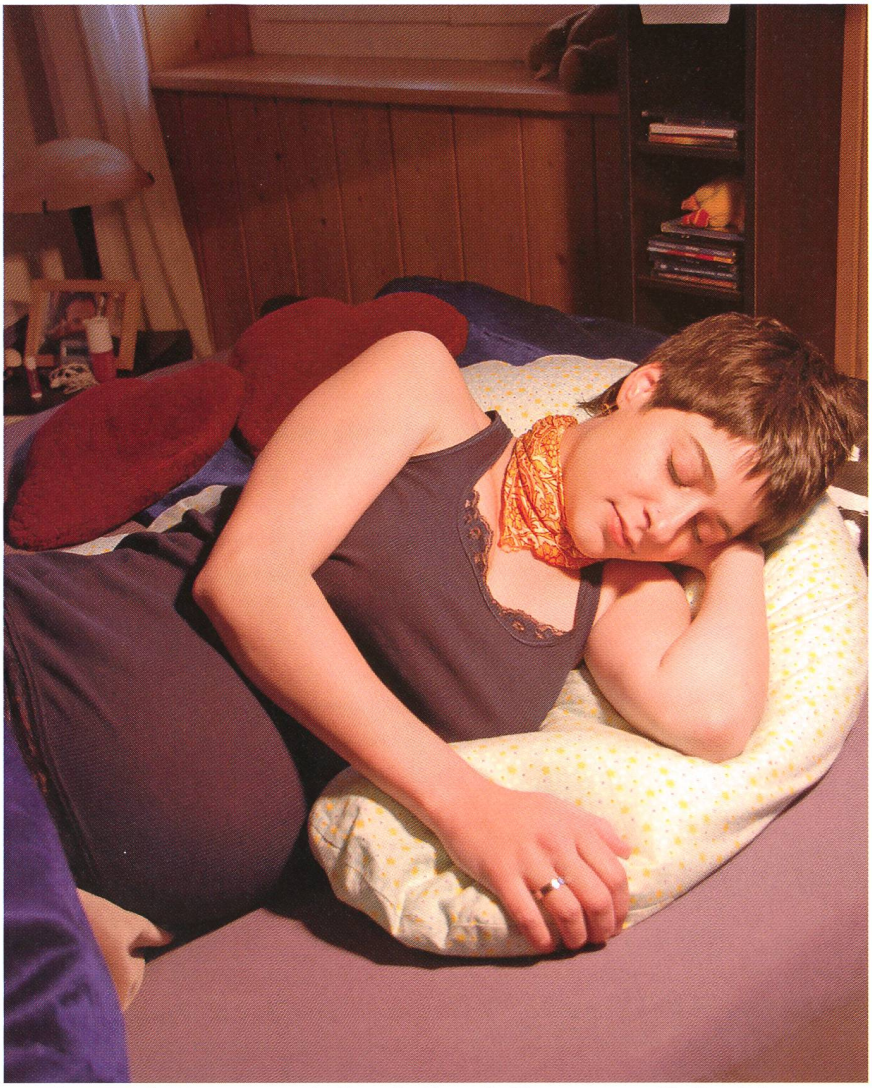
Kantonsspital Aarau:

- FW-Depot >3 cm. Kontrollintervalle: 40 0/7 SSW, 41 0/7 SSW, 41 3/7 SSW. Bei 41 5/7 SSW wird auch bei unauffälliger Kontrolle die Geburt medikamentös eingeleitet.

Frauenklinik Universität Bern:

- Die Frequenz der Überwachung wird nicht beschrieben, eine Einleitung laut hauseigenem Schema wird bei 41 0/7 SSW vorgenommen.

Aus: Karin Bichsel, Geburtseinleitung. Diplomarbeit Berner Fachhochschule Gesundheit, Hebammen 2007.



Das abwartende Management belässt der Frau die Kompetenzen für ihre Schwangerschaft.
Foto: Judith Fahner-Furer

treuung durch die Hebamme ist eine weitere mögliche Ressource. Sie wird im Gespräch mit der Schwangeren deren Situation analysieren, mittels einer SS-Kontrolle den Zustand der Frau erfassen und zusammen mit allen Beteiligten das weitere Vorgehen koordinieren.

Nebst der Betreuung der Frau mit der personenzentrierten Haltung nach C. Rogers, dem Fachwissen und der persönlichen, individuellen Erfahrung der Hebamme spielen ebenfalls kommunikative Kompetenzen in der Betreuung und Beratung eine wichtige Rolle. Willig (2005) hält fest, dass betreffend Gesprächsführung im Pflegealltag das aktive Zuhören, das Informieren und Instruieren einen hohen Stellenwert hat.

Eine neue Strömung in der Beratung ist das Konzept des «informed choice» (=informierte Entscheidung, Evidence Based Patient Choice = EBPC), in Deutsch auch unter evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI) zu finden (Steckelberg et al. 2005).

«Informed choice»

Bis anhin kam mehrheitlich das paternalistische Modell in der Beratung zur Anwendung: Die medizinischen Informationen gehen vorwiegend vom Arzt zur Frau, der Arzt entscheidet aufgrund seines Wissens und übernimmt die Verantwortung (Loh et al. 2005).

Brailey (2005) stützt sich auf das Recht der Frau auf Informationen und über ihre Betreuung, die Frau ist primäre Entscheidungsinstanz für alle Behandlungen. Brailey ist überzeugt, wenn die Frauen informiert wählen und entscheiden können, übernehmen sie auch die Verantwortung für ihre Entscheidungen und für die SS. Durch Übernahme von Eigenverantwortung wird das Selbstkonzept positiv beeinflusst, die Frau kann sich besser mit ihren aufbrechenden Gefühlen auseinandersetzen und in diesem Fall die Terminüberschreitung meistern.

Während der ganzen Zeit des Gesprächs und der Behandlung bleibt der Arzt Experte im medizinischen Bereich und die Frau Expertin für ihr Leben und ihre Bedürfnisse. Durch den Einbezug der Frau erweitert sich ihr Wissen, somit entstehen realistischere Erwartungen, die Frau kann sich besser entscheiden und empfindet höhere Zufriedenheit. Die gewählte Entscheidung der Frau wird vom Arzt unterstützt und die Verantwortung von beiden Parteien übernommen.

Schwerpunkte bei Terminüberschreitung

- Es ist wichtig herauszukristallisieren, wie sich die Frau fühlt: Wie beurteilt sie ihre Situation? Was bedeutet es für sie und ihre Familie? Was weiss die Frau bereits, was muss sie noch wissen? Welche persönlichen und sozialen Ressourcen bringt sie mit? Wo braucht sie Unterstützung?
- Die klinischen Untersuchungen müssen vollständig erhoben sein, damit alle aktuellen Fakten für die Entscheidung des Procedere einbezogen werden können. Die übrigen instrumentellen Ressourcen müssen der Frau ebenfalls mitgeteilt werden
- Vorteile und Nachteile beider Managements sollten geklärt werden. Vorteile des *abwartenden Managements* sind sicher, dass die Zeit des Wartens mit der Anwendung alternativer Mittel zur Förderung der spontanen Wehentätigkeit genutzt werden kann, die Frau aktiv etwas selber tun kann und so Kompetenzen für ihre SS erhält, sowie die Möglichkeit, dass die Geburt der Natur entsprechend spontan beginnt. Dies ist natürlich nur ein Vorteil, wenn die Frau diese Ansicht vertritt. Nachteilig kann sich das längere Warten bei bestehenden körperlichen Beschwerden oder für die werdenden Eltern aus organisatorischer Sicht auswirken.
- Bei der *Einleitung* kann von Vorteil gesprochen werden, wenn mit der Geburt Beschwerden verschwinden, die Frau sich körperlich nicht mehr so eingeschränkt fühlt und wenn Abwarten für die Frau nicht in Frage kommt. Nachteilig ist, dass eine Einleitung keine Garantie für eine rasch eintretende Geburt ist und es auch hier wieder Geduld braucht. Zudem wird in den natürlichen Prozess mit Medikamenten (Wirkungen und Nebenwirkungen) eingegriffen, die auch Risiken mit sich bringen. Da jede Frau ein einzigartiges Individuum ist, können Vor- und Nachteile unterschiedlich wahrgenommen werden und sind nicht generell für alle einheitlich anzusehen.

- Die Risiken beider Varianten müssen klar aufgezeigt werden. Hier wäre eine schriftliche Information empfehlenswert. Grundsätzlich geht es darum die Frau fähig zu machen, ihre Entscheidung zu treffen und ihren individuellen, persönlichen Weg zu gehen. ◀

Literaturverzeichnis

Brailey S., 2005: Zeitgemässe Ethik. Hebamme.ch 10: 4–9.

Bryar R.M., 2003: Jean Ball, die Liegestuhl-Theorie. In: Bryar RM Theorie und Hebammenpraxis Huber, Bern, S. 180–185.

Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J., 1998: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. Ullstein Medical, Wiesbaden.

Hohlfeld P., Drack G., Primavesi P., Schneider H., Vogel E., 2002 Guideline: Überwachung und Management bei Überschreitung des Geburtstermins. Schweizerische Ärztezeitung 83 (15):717–722.

Loh A., Simon D., Niebling W., Härter M., 2005: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Zentralblatt für allgemeine Medizin 81: 550–560.

Mändle C., Opitz-Kreuter S., 2003: Pathophysiologie in der zweiten Schwangerschaftshälfte. In: Mändle C., Opitz-Kreuter S., Wehling A. (Hrsg). Das Hebammenbuch, 4. Aufl., Schattauer, Stuttgart, S. 521–530.

Midirs, 2005: Informed choice for professionals Prolonged pregnancy MIDIRS, Bristol.

Rauchfuss M., 2001: Ressourcenorientierte Interventionen in der Schwangerschaft. Zentralblatt für Gynäkologie, 123:102–110.

Schelling M., 2004: Ultraschall in der Geburtshilfe. In: Schneider H., Husslein P., Schneiter K.T.M (Hrsg). Die Geburtshilfe, 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 239–270.

Schneider H., 2004: Übertragung. In: Schneider H., Husslein P., Schneiter KTM (Hrsg). Die Geburtshilfe. 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 675–686.

Schneider K.T.M., Gnirs J., 2004: Antepartale Überwachung. In: Schneider H., Husslein P., Schneiter K.T.M. (Hrsg). Die Geburtshilfe, 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 539–567.

Steckelberg A., Berger B., Köpke S., Heesen C., Mühlhauser I., 2005: Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99:343–351.

Viehweid B., 2004: Schwangerenvorsorge. In: Schneider H., Husslein P., Schneiter K.T.M. (Hrsg). Die Geburtshilfe. 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 183–199.

Willig W., 2005: Gesprächsführung. In: Willig W., Kommerell T. (Hrsg). Geistes- und Sozialwissenschaften, pflegerelevant. 1. Aufl., Selbstverlag Willig, Balingen.

Bildnachweis

Bryar RM 2003, Jean Ball die Liegestuhl-Theorie. In: Bryar R.M., Theorie und Hebammenpraxis, Huber, Bern, S. 180–185.

Aus: Nicole Wyss, Terminüberschreitung. Die Schwangere im Spannungsfeld von Physiologie und Risiko. Berner Fachhochschule Gesundheit Hebammen, 2007. Online abrufbar auf www.gesundheit.bfh.ch > Studium > Hebamme > Publikationen.

Kürzungen und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

FALLBEISPIEL

Foto: Susanna Hufschmid

Eigene Verantwortung übernehmen

«Frau P., die ich bei Eintritt in der 41 5/7 SSW betreute, hatte nach Anwendung verschiedener alternativer Einleitungsmethoden eine Wehentätigkeit entwickelt. Auf meine Fragen zu ihrer Befindlichkeit gab sie ihrer Erleichterung Ausdruck, dass sie eine medikamentöse Einleitung umgehen konnte. Somit ergab sich ein spannendes Gespräch über ihre Erfahrungen, Enttäuschungen und Vorstellungen von Betreuung in der SS.

Vor zwei Jahren wurde die Geburt wegen fraglichem Oligohydramnion bei 40 1/7 SSW eingeleitet. Frau P. konnte mangels Informationen nicht verstehen, weshalb eine Einleitung notwendig war. Sämtliche Entscheidungen wurden auf ärztlicher Seite gefällt. Sie bemerkte unter der Ärzteschaft Uneinigkeit über die Notwendigkeit der Einleitung, fühlte sich allein gelassen und übergangen. Sie schickte sich in die Situation, da sie nicht den Mut und die Kraft hatte, auf weiteren Informationen zu bestehen. Die Geburt erlebte sie als sehr heftig und schnell, sie wurde zeitweise von den Wehen regelrecht überrollt. Sie hat die Geburt in Bezug auf die Betreuung und Aufklärung eher als negativ in Erinnerung.

In der zweiten Schwangerschaft – inzwischen hatte sie Wohnort und Geburtsklinik gewechselt – erlebte sie dies ganz anders, wie sie mir erzählte. Zwar sei sie während der Schwangerschaft von einem Gynäkologen betreut worden, jedoch die letzten Kontrollen fanden in der Geburtsklinik statt. Die Kontrollen wurden von Hebammen durchgeführt, welche in Kontakt mit Ärzten standen. Somit hatte die hebammenspezifische Beratung einen hohen Stellenwert. Frau P. fühlte sich gut informiert und als eigenständige Persönlichkeit wahrgenommen. Die SS war problemlos verlaufen, die Kontrollen nach dem ET unauffällig.

Gegen Ende der Schwangerschaft machte Frau P. lange Spaziergänge. Sie versuchte, Rolltreppen zu umgehen und Treppen zu steigen, obwohl sie jeweils rasch ermüdete. Den Einleitungstee trank sie bereits vor dem ET, versprach sich aber keinen grossen Erfolg davon. Ob diese Kräuter wirklich soviel bewirken könnten? In der Kontrolle bekam sie ein gemischtes Uterotonikum-Öl, direkt anwendbar für Bauchmassagen oder warme Wickel. Zwei- bis dreimal am Tag gönnte sie sich diese Zeit der Entspannung und massierte ihren Bauch.

Als die Hebamme ihr sagte, dass auch Geschlechtsverkehr Wehen auslösen könne, konnte sich Frau P. nicht vorstellen, in der momentanen Situation mit ihrem Ehemann zu schlafen. Als sie jedoch zuhause erneut darüber nachdachte, fand sie, dabei nur gewinnen zu können. Nachdem das Paar miteinander geschlafen hatte, entwickelte Frau P. im Laufe der Nacht Kontraktionen. Bei Eintritt waren diese zwar noch unkoordiniert, die Freude des Paares aber gross.

Frau P. war sehr motiviert, eigene Verantwortung zu übernehmen. Sie wollte alle Möglichkeiten ausschöpfen, um eine medikamentöse Einleitung umgehen zu können und schätzte die umfassend abgegebenen Ratschläge sehr. Sie kam bereits mit einer Einstellung zu uns, die eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zuliess.»

Aus: Karin Bichsel, Geburtseinleitung. Diplomarbeit Berner Fachhochschule Gesundheit, Hebammen 2007.