

# Terminüberschreitung

Die Schwangere im Spannungsfeld von Physiologie und Risiko.

Welchen Spannungen/Belastungen ist die Frau ab Termin ausgesetzt?  
Was beinhaltet die Begleitung der Schwangeren mit  
Terminüberschreitung?



Nicole Wyss

Berner Fachhochschule Gesundheit  
Hebammen  
2007

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
EINLEITUNG .....	3
1. Terminüberschreitung.....	4
1.1 Inzidenz.....	5
1.2 Mögliche Ursachen .....	5
1.2.1 Terminbestimmung.....	5
1.2.2 Variante der Norm .....	6
1.3 Klinische Beurteilung.....	6
1.3.1 Hebammenspezifische Diagnostik.....	6
1.3.2 Ärztliche Kontrollen und Diagnostik .....	6
1.4 Risiken .....	7
1.4.1 Risiken bei abwartendem Management .....	7
1.4.2 Risiken bei Einleitung .....	8
1.5 Management und Empfehlungen bei Terminüberschreitung.....	9
2. Situation der Frau bei Terminüberschreitung.....	11
2.1 Psychische Aspekte .....	11
2.1.1 Selbstkonzept.....	11
2.1.2 Krise .....	12
2.1.3 Aufbrechende Gefühle.....	12
2.2 Körperliche Aspekte .....	14
2.3 Soziale Aspekte .....	14
2.4 Ethische Aspekte .....	15
2.4.1 Allgemeines.....	15
2.4.2 Glauben, Philosophie .....	15
3. Betreuungsaufgaben der Hebamme.....	17
3.1 Die Betreuung ab Termin .....	17
3.1.1 Das Liegestuhlmodel .....	17
3.1.2 „informed choice“ .....	19
4. Schlussfolgerung .....	21
5. Zielüberprüfung .....	22
9. Literaturverzeichnis .....	22
10. Bibliografie.....	25
11. Bildnachweis.....	25
12. Abkürzungsverzeichnis.....	25

# EINLEITUNG

Eine Geburt zwei Wochen vor und zwei Wochen nach dem errechneten Termin wird als normal bezeichnet. Nach der Literatur beginnt die Übertragung erst bei 42 0/7 SSW, jedoch wurde im Jahre 2005 in unserer Klinik bereits eine Geburtseinleitung bei 41 0/7 SSW empfohlen.

Die Frauen wurden schon bei der Kontrolle am Termin auf die Risiken einer Übertragung hingewiesen. Unter Umständen wurde die Schwangere massiv verunsichert und sie bekam Angst vor möglichen Schädigungen ihres Kindes.

Bei diesen Kontrollen wurde ich häufig gefragt: Wie lange darf man zuwarten?

Welche Risiken birgt eine Terminüberschreitung? Wann ist eine Einleitung indiziert?

Ob ich als Hebamme keine Alternativen oder Tipps empfehlen könne?

Auch mussten die Aussagen des Arztes oft nochmals mit uns Hebammen besprochen werden, so dass die Schwangere die Situation erfassen konnte. Mir stellten sich dann die Fragen: Welche und wie viel Informationen braucht die Schwangere, um die Situation erfassen und bewältigen zu können?

Häufig fehlten mir die Argumente zur kompetenten Information. Risiken konnte ich nicht in die gewünschte Relation bringen, damit die Frau in Ruhe zuwarten konnte. Es wurde mir einmal mehr bewusst, wie wichtig die „gute“ Kommunikation bei einer Informationsvermittlung und Beratung ist. Einen Weg zu finden, die Frau ausreichend und verständlich zu informieren, ohne sie mit den Risiken zu belasten, ist nicht einfach und braucht ein tiefes Fachwissen betreffend der Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und hier insbesondere über die Terminüberschreitung sowie kommunikative Kompetenzen.

Seit meinem letzten Praktikum im Gebärsaal ist nun ein Jahr vergangen und das Schema des Hauses betreffend Terminüberschreitung wurde überarbeitet. Es wird ersichtlich, dass das Management den evidenz-basierten Daten entspricht und es wurde ebenfalls ein Informationsblatt zu möglichen alternativen Wehenförderungsmassnahmen für die Schwangere erstellt. Ich bin begeistert und froh über die neue Regelung. Es schafft vor allem für Schwangere bis 41 0/7 SSW ein wenig Klarheit und führt zur Entspannung, doch das Spannungsfeld bleibt dennoch besonders bei >41 0/7 SSW bestehen.

Meist sind die Frauen über Termin nicht für eine medikamentöse Einleitung, sondern nehmen eher eine abwartende Haltung ein. Sie müssen sich aber dennoch den möglichen Risiken bei der Überschreitung stellen.

Wegen der Modernisierung und Technisierung der Untersuchungsmethoden ist das Bewusstsein von Risiken nach dem Termin grösser geworden als noch zu Zeiten vor dem Ultraschall, was für die Frau eine erhöhte psychische Belastung darstellen kann. Natürlich würde man ohne Ultraschall sicher auch viele echte Risiken oder Gefahren verpassen und es käme somit zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Dies kann in der Zeit der Technisierung wohl kaum der Weg sein.

Mir ist es wichtig in meiner Hebammentätigkeit eine gute Balance zu finden zwischen Technik und der Natur. Technische Mittel wie zum Beispiel CTG und Ultraschall bieten eine wichtige Stütze, sind in ihrer Aussagekraft aber auch begrenzt und decken nur einen Teil des Themenfeldes Terminüberschreitung ab. Im Zentrum steht die Schwangere mit ihrem Kind, die Gesundheit der Frau und des Kindes und die ganz persönliche Situation inklusive ihrem Umfeld.

Für mich als Hebamme ist es wichtig der komplikationslosen Schwangerschaft bei Terminüberschreitung eine Chance zu geben, so dass die Geburt selbständig in Gang kommt. Ebenso wichtig es jedoch auch, bei möglichen auftretenden Komplikationen adäquat zu handeln und die Frau für sie verständlich zu informieren. Dies hat mich bewogen, mir ein genaueres Bild über die Thematik der Terminüberschreitung zu machen und mich insbesondere mit den möglichen Risiken vertieft zu befassen, das aktuelle Management zu kennen und das Spannungsfeld der Schwangeren unter die Lupe zu nehmen.

In den folgenden Zeilen wird der Schwerpunkt meiner Arbeit, die Ziele, die Fragestellungen und der Aufbau inklusive Begrenzung erläutert.

### Schwerpunkt:

Die Schwerpunkte meiner Arbeit liegen in der Untersuchung der medizinischen evidenz-basierten Sachlage der Terminüberschreitung inklusive der möglichen Risiken, der Analyse der möglichen Spannungsfeldern bei der Terminüberschreitung für die Schwangere und in der Begleitung und Beratung der Frau mit einer komplikationslosen Schwangerschaft im Zeitraum ab Termin bis zur Erreichung von 42 0/7 SSW.

Es geht nicht um die Geburtseinleitung, diese wird aber zur Verständlichkeit und Ganzheitlichkeit mit einbezogen, ist aber nicht Schwerpunkt. Auf einzelne Methoden zur Einleitung sowie auch das Priming wird nicht spezifisch eingegangen.

### Ziele:

Der Stand der evidenz-basierten Daten (EBM) betreffend Terminüberschreitung zu erfassen. Die Situation der Frau im Spannungsfeld von Physiologie und Risiko bei Terminüberschreitung zu beschreiben und Aufzeigen einer spezifischen Betreuung ab Termin.

### Fragestellung:

Welchen Spannungen/Belastungen ist die Frau ab Termin ausgesetzt?

Was beinhaltet die Begleitung der Schwangeren mit Terminüberschreitung?

### Aufbau:

Die Arbeit beinhaltet zuerst die Terminologie betreffend Terminüberschreitung. Danach werden die EBM Empfehlungen, betreffend abwartender Haltung oder Einleitung erläutert und die Situation der Frau analysiert. Darauf werden die Aufgaben und Ressourcen der Hebamme in der Schwangerenvorsorge erläutert und die Schwangerenberatung ab Termin wird beleuchtet.

Aus all den genannten Teilen werden Schlussfolgerungen gezogen.

Um in das Thema Terminüberschreitung einzusteigen, müssen zuerst die Begrifflichkeit klar sein, um Verwechslungen oder Missverständnisse zu vermeiden.

Es handelt sich bei dieser Arbeit nicht um die Übertragung, welche ab 42 0/7 SSW beginnt. Auch darf die Terminüberschreitung nicht mit dem Begriff Überreife-/Dysmaturitätssyndrom verwechselt werden, welches durch den kindlichen Zustand mit Verminderung des subkutanen Fettgewebes, Abschilferung der Haut, überstehender Fingernägel, fehlende Vernix, Lanugobehaarung und Waschfrauenhände definiert wird.

Bei dieser Arbeit geht es um die Terminüberschreitung, d.h. den Zeitraum zwischen 40 0/7 - 41 6/7 SSW.

# 1. 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.

## 1.1 Inzidenz

Enkin et al. (1998) schreiben, dass die Inzidenz auf Grund unterschiedlicher Definitionen von Terminüberschreitung schwierig zu bestimmen ist.

Aus dem Guideline von Hohlfeld et al. (2002) ist zu entnehmen, dass für SS, die länger als 41. SSW dauern, die Inzidenz bei 27% liegen kann.

Bei der echten Übertragung gibt Enkin et al. (1998) eine Inzidenz an, die zwischen 4 - 14% variiert. Schneider (2004) hingegen definiert die Inzidenz einer echten Übertragung kleiner als 5%.

## 1.2 Mögliche Ursachen

### 1.2.1 Terminbestimmung

Hohlfeld et al. (2002) empfehlen eine exakte Bestimmung des Schwangerschaftsalters mittels Ultraschall im I. Trimenon, denn damit kann man unnötige Interventionen bei Schwangeren ohne Übertragung verhindern und bei echter Übertragung kann man die nötigen Massnahmen treffen.

Schneider (2004) sagt, dass bei einer Schwangerschaftsverlängerung die Überprüfung des Termins unabdingbar ist.

Mändle (2003) schreibt, dass in der Praxis die Bestimmung anhand einer Gravidariumscheibe erfolgt oder berechnet werden kann. Bei beiden Bestimmungen muss ein verkürzter oder verlängerter Zyklus berücksichtigt werden.

- Die Bestimmung nach der Naegele-Regel:  
 $1. \text{Tag der letzten Menstruation} - 3 \text{ Monate} + 7 \text{ Tage} + 1 \text{ Jahr} = \text{Termin}$   
Voraussetzung ist ein stabiler Zyklus von 28 Tagen. Bei einem verkürzten oder verlängerten Zyklus wird die Naegele-Regel wie folgt erweitert:  
 $1. \text{Tag der letzten Menstruation} - 3 \text{ Monate} + 7 \text{ Tage} \pm X \text{ Tage} + 1 \text{ Jahr} = \text{Termin}$   
X ist die Anzahl Tage, die vom 28-tägigen Zyklus abweichen.
- Die Berechnung nach Konzeptionstermin (KT):  
 $KT - 3 \text{ Monate} - 7 \text{ Tage} + 1 \text{ Jahr} = \text{Termin}$

Jedoch entstehen grosse Unsicherheiten in der Berechnung, wenn der Zyklus sehr unregelmässig ist oder wenn die SS direkt nach dem Absetzen von Ovulationshemmern eingetreten ist, weil sich da die Ovulation und die Menstruation um Tage und Wochen verschieben kann.

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 Tagen um den errechneten Termin mit spontanem Wehenbeginn auf die Welt kommen.

Nach Schelling (2004) ist die zuverlässigste Bestimmung des Termins durch den Frühultraschall bis zur 12. SSW mit der Messung der SSL.

Schneider (2004) erklärt die Unterschiede zwischen errechnetem und sonographischem Termin als eine Folge von der Ungenauigkeit der Angaben der letzten Periode, Zyklusunregelmässigkeiten mit Schwankungen im Ovulationszeitpunkt, biologischen Unterschieden im Wachstum in den ersten Schwangerschaftswochen und Fehlern bei der Errechnung mit der Naegele-Regel. Gleichzeitig weist er daraufhin, dass das unterschiedliche Wachstum in der ersten Schwangerschaftshälfte (z.B. geschlechter-spezifisch) in den meistens verwendeten Ultraschallnormkurven nicht einbezogen ist.

Er verweist auf eine Studie von Rowland u. Royston (1993), welche aussagt, dass je grösser der Unterschied des Gestationsalters zwischen Berechnung und Ultraschallbestimmung ist, desto eher ist der durch den Ultraschall (US) definierte Termin korrekt. Wird das Gestationsalter durch den Ultraschall niedriger angelegt als bei der Berechnung, kommt das Kind in der Regel nach dem errechneten Termin auf die Welt. Wird das Gestationsalter durch US erhöht, erfolgt die Geburt in der Regel vor dem errechneten Termin. Schelling (2004) verweist auf Robinson u. Fleming (1975), welche sagen, dass das Gestationsalter mit einer max. Schwankung von 5 Tagen in 95% der Fälle korrekt festgelegt werden kann. Midirs (2005) bezieht sich auf eine schwedische Studie von 1990 mit über 400'000 Geburten, bei denen bei der Berechnung mit der Naegele-Regel 283 Tage anstelle von 280 Tagen einbezogen wurden. Die Ergebnisse lassen schlussfolgern, dass so eine gleichwertige Bestimmung des Geburtstermins erhalten werden konnte wie im Vergleich mit der Bestimmung durch Ultraschall. Dies müsste sicher noch an einer grösseren Population, weltweit mit einer randomisierten Kontrollstudie bestätigt werden. Fraglich bleibt, ob in unserem modernen, technischen Zeitalter mit Ultraschall für eine mathematische Berechnung eine Studie finanziert würde.

Weiter wird in der Ausgabe erwähnt, dass genetische Veranlagung, Rassenzugehörigkeit, jahreszeitliche Unterschiede und Schichtarbeit die Länge der SS beeinflussen kann. Um dies spezifischer definieren zu können und bestätigen zu lassen, müsste auch hier weitere Forschung betrieben werden.

### **1.2.2 Variante der Norm**

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

## **1.3 Klinische Beurteilung**

### **1.3.1 Hebammenspezifische Diagnostik**

Nach Mändle u. Opitz-Kreuter (2003) kann die Hebamme bei Terminüberschreitung nebst den rechnerischen Methoden (s. 1.2.1) 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.

Dies sind Kriterien zur Überprüfung der Schwangerschaftswoche.

In den Aufgabenbereich der Hebamme gehören hier sicher auch die Durchführung eines CTG und eine vaginale Untersuchung (Mändle u. Opitz-Kreuter 2003).

### **1.3.2 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 u. Gnirs 2004).

Schneider (2004) sowie Husslein u. Egarter (2004) sehen für die Zukunft eine zusätzliche Möglichkeit in der Bestimmung des fetalen Fibronektins im Zervixsekret, welches eventuell eine weitere Entscheidungshilfe für die Bestimmung des Procederes bieten kann. Das fetale Fibronektin wurde bisher nur bei der vorzeitigen Wehentätigkeit untersucht, hat aber einen Voraussagewert für die Latenzzeit bis zum Beginn der Geburt und erleichtert die Abschätzung der Erfolgchancen einer Geburtseinleitung.

## **1.4 Risiken**

Schneider (2004) äussert, dass bei der heutigen zeitgemässen Schwangerenvorsorge Terminfehler weitgehend vermeidbar sind. Jedoch bestehe ein Problem der Differenzierung zwischen problemlosen Terminüberschreitung und echten Fällen von Versorgungsstörungen des Feten. Er schreibt, dass es keine klare Evidenz für eine generelle Einleitung in der 41. SSW gibt.

Ab der 41. SSW gibt es die Alternative zwischen aktivem und abwartendem Management mit Überwachung, welche aber beide mit Risiken verbunden sind.

### **1.4.1 Risiken bei abwartendem Management**

Hier liegen die Risiken laut Schneider (2004) in Abhängigkeit der Plazentafunktion und der daraus resultierenden Versorgung des Kindes.

Nach der 40. SSW wird die Plazenta zwar durch Zellteilung erneuert, jedoch entstehen vermehrt Kalkeinlagerungen sowie Infarkte.

Auch ist es physiologisch, dass in den letzten Schwangerschaftswochen eine Abnahme der Fruchtwassermenge stattfindet und die mittlere Fruchtwassermenge bei 250ml liegt. Eine Abnahme der Fruchtwassermenge kann aber auch ein früher Hinweis auf eine Plazentainsuffizienz sein.

#### **1.4.1.1 Bei konstanter Versorgung**

Bei konstanter Versorgung besteht die Gefahr einer fetalen Makrosomie (LGA = large for gestational age, > 90. Perzentile) und möglichen Komplikationen bei der Geburt wie zum Beispiel einer Schulterdystokie mit neurologischen Verletzungen, schwerer Asphyxie, intrapartalem oder neonatalem Trauma. Zudem kann ein mütterliches Trauma wegen einem protrahierten Geburtsverlauf oder erschwerter operativer Entbindung entstehen.

#### **1.4.1.2 Bei verringerter Versorgung**

Bei Verringerung der Versorgung infolge einer Plazentainsuffizienz besteht die Gefahr einer Mangelversorgung und Hypoxie, was ein erhöhtes Risiko für perinatale Asphyxie mit sich bringt (Schneider 2004). Ebenfalls nimmt bei einer Plazentainsuffizienz die Fruchtwassermenge ab. Hier liegt das Risiko bei einem Oligohydramnion, welches eine Kompression der Nabelschnur vor oder während der Geburt begünstigt.

Midirs (2005) weist darauf hin, dass Mekonium-Fruchtwasser vermehrt in verlängerter SS vorkommt. Schneider (2004) bestätigt dies und schreibt, dass ein Oligohydramnion häufig mit dickem Mekonium-Fruchtwasser in Verbindung ist, dies für den Fetus eine grosse Gefahr wegen intrauteriner Asphyxie darstellt und bis zu einem intrauterinen Fruchttod führen kann.

#### **1.4.1.3 Morbidität und Mortalität**

Laut Midirs (2005) ist das relative Risiko für perinatale Mortalität und Morbidität ab Termin gering erhöht. Abgesehen von Kindern, die zu klein für ihr Gestationsalter sind (SGA = small for gestational age, <10. Perzentile), diese haben ein leicht erhöhtes Risiko für Mortalität und Morbidität. Schneider (2004) hält fest, dass die Anzahl der antepartalen Todesfälle in der 40. SSW am höchsten ist und ist der Ansicht, dass die antepartalen Todesfälle nach der 41. SSW durch die sorgfältige Überwachung frühzeitig erkannt und vermieden werden können, jedoch aber Todesfälle zwischen der 37. - 41. SSW ein ungelöstes Problem bleiben.

Betreffend Terminüberschreitung deklariert Schumann (2004) klar, dass die reine technische Überwachung keine Garantie für ein gesundes Neugeborenes sein kann, da die Geburt immer ein Ereignis mit einem ungewissen Ausgang bleibt. „Im Risiko kann die Frau sich gegen Unsicherheiten nicht versichern“ (Schumann 2004:29).

## **1.4.2 Risiken bei Einleitung**

Husslein u. Egarter (2004) vertreten die Ansicht, dass jede eingeleitete Geburt eine Risikogeburt wird, die eine Intensivüberwachung erforderlich macht. Bei unklarer SS-Dauer sollte nur in kindlichen oder mütterlichen Notfällen eine Geburtseinleitung vorgenommen werden. Des Weiteren schreiben sie, dass die Wirksamkeit einer Geburtseinleitung von der SS-Dauer und dem Reifezustand der Zervix abhängig ist, welche mit der Empfindlichkeit des Myometriums korrelieren.

Bei vorzeitiger Einleitung oder Wehenauslösung bei noch unreifer Zervix ist die Einleitung häufig frustrierend und die Rate an operativen Geburtsbeendigungen hoch.

### **1.4.2.1 Kaiserschnitt**

Laut Schneider (2004) steigt die Sectiorate bei Erstgebärenden mit zunehmenden Gestationsalter zwischen 39. - 42. SSW auch bei spontanem Wehenbeginn kontinuierlich an. Ab 42. SSW ist die Sectiorate gleich hoch unabhängig davon, ob die Geburt eingeleitet wird oder spontan beginnt.

Enkin et al. (1998) schreiben, dass es kein Zusammenhang zwischen routinemässiger Einleitung und einer erhöhten Kaiserschnittsrate gibt. Jedoch ergibt sich bei einer routinemässigen Einleitung nach der 41. SSW eine geringfügige aber statistisch signifikante Verringerung der Kaiserschnittsrate. Bezüglich Erstgebärenden schreiben sie, dass bei Einleitungen mit Prostaglandinen, eine signifikant niedrigere Kaiserschnittsrate festgestellt wurde.

Demgegenüber stehen Schwarz u. Schücking (2004). Sie schreiben, dass sich die Rate der sekundären Kaiserschnitte bei einer Einleitung um 90% erhöhte.

### **1.4.2.2 Forzeps und Vakuum**

In Schneider (2004) werden Forzeps und Vakuum zur Geburtsbeendigung als mögliches Risiko aufgeführt, aber nicht näher erläutert.

Enkin et al. (1998) äussern sich nicht spezifisch zu Terminüberschreitung, jedoch vertreten sie allgemein die Meinung, dass es keine Evidenzen gibt, welche Forzeps oder Vakuum befürworten. Die verfügbaren Daten zeigen aber, dass bei der Verwendung von Forzeps eine grössere Wahrscheinlichkeit für mütterliche Verletzungen besteht.

Schwarz u. Schücking (2004) schreiben, dass um 30% mehr vaginal-operative Entbindungen bei Einleitungen angewendet wurden.

### **1.4.2.3 Einflüsse auf den Geburtsverlauf**

Das Forschungsprojekt von Schwarz u. Schücking (2004) geht der Frage nach: Welche Auswirkungen hat eine Einleitung auf die nachfolgende Geburt? Sie schränken ihre Untersuchungen aber nicht nur auf Terminüberschreitung ein, sondern richten ihre Forschung auf die allgemeine Einleitung aus. Die Daten wurde aus über einer Million Geburten aus dem Zeitraum 1987 - 1999 retrospektiv analysiert. Sie definieren den Begriff normale SS und Geburt und bilden aus dem Rest die Risikogruppe. Sie vergleichen zuerst die Ergebnisse zwischen Risikogruppe und physiologische Gruppe, dabei zeigt sich bei beiden ein Anstieg der eingeleiteten Geburten. In der Risikogruppe wurden 1987 23,8% und 1999 31,3% eingeleitet. In der physiologischen Gruppe waren es 1987 16,8% und 1999 21,8%. Ihre Ergebnisse werden dann in Untergruppen nach Alter, Parität, Berufsgruppen, Herkunftsregion, Zigarettenkonsum, Diabetes Mellitus, Hypertonie, Terminüberschreitung, Adipositas, Fertilitätsbehandlungen aufgeschlüsselt. Wobei sich bei der Terminüberschreitung zeigt, dass 1987 46,9% und 1999 52,7% eingeleitet wurde. Leider wird aber aus diesen Angaben nicht ersichtlich, in welcher SSW und aus welchen Gründen eingeleitet wurde.



Bei den Auswirkungen auf die Geburt hat sich die Wahrscheinlichkeit für Folgeinterventionen zum Teil erheblich erhöht. Der Gebrauch einer geburtshilflichen PDA wurde um 90% erhöht, dem widersprechen aber Enkin et al. (1998) und schreiben, dass der Einsatz von PDA nicht durch eine Einleitung beeinflusst wird.

Schwarz u. Schücking (2004) schreiben, dass 60% mehr wehenbeeinflussende Massnahmen (Wehenmittel/Tokolyse) und 50% mehr invasive Überwachungsmethoden angewendet wurden.

Bei Komplikationen ergab sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit um 90% für protrahierte Geburtsverläufe bzw. Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode und für eine verstärkte Nachblutung (>1000ml).

Betreffend Outcome der Neugeborenen konnte diese Forschungsarbeit keine Verbesserung feststellen.

Schücking u. Schwarz (2004) weisen darauf hin, dass weitere Auseinandersetzungen mit wissenschaftlichen Ergebnissen erforderlich sind und dass die Einleitung ein drastischer Eingriff in den natürlichen Geburtsverlauf darstellt.

#### **1.4.2.4 Weitere Risiken**

Bei medikamentöser Einleitung besteht die Gefahr einer Überstimulation des Uterus, welche ein Stressfaktor für den Feten darstellen kann und die Gefahr einer Uterusruptur mit sich bringt, welche aber nach Husslein u. Egarter (2004) nur selten vorkommt.

Reagiert der Fetus auf die Kontraktionen, kann mit einem wehenhemmenden Beta-Sympathomimethikum intravenös entgegengewirkt werden. Husslein u. Egarter (2004) schreiben, dass eine solche Überstimulation nur in den seltensten Fällen als alleinige Indikation zur operativen Geburtsbeendigung genommen werden kann.

Kramer et al. (2006) haben in Kanada drei Millionen Spitalgeburten auf den Zusammenhang von Geburtseinleitung zu Fruchtwasserembolien untersucht. Sie schreiben in ihrer retrospektiven, populationsbasierten Kohortenstudie, dass das Auftreten einer Fruchtwasserembolie selten ist, dies aber einer der führenden Gründe für die maternale Mortalität in Zivilisationsländern ist. Sie konnten aufzeigen, dass eine Geburtseinleitung mit einer steigenden Zahl an Fruchtwasserembolien in Zusammenhang steht und eine Einleitung das Risiko diesbezüglich beinahe verdoppelt. Wie sich die Resultate zwischen Einleitungen mit Prostaglandinen oder Oxytocin unterschieden, wurde nicht aufgezeigt, hierfür müssten weitere Studien durchgeführt werden.

Kramer et al. (2006) geben zu bedenken, dass in Anbetracht der steigenden Einleitungszahl dieses wesentlich erhöhte Risiko besonders bei routinemässiger Einleitung am Termin oder über Termin beachtet werden sollte.

Die steigende Zahl der Einleitungen bestätigen Rath u. Zahradnik (2004). Sie stellen sich die Frage, warum die Rate der Einleitungen trotz sinkender Geburtenzahl zunimmt und dies trotz einer fast 95%-Sicherheit +/- 5 Tagen des bestimmten Geburtstermines mittels Ultraschall (Schelling 2004), d.h. weniger Terminüberschreitungen durch falsche Berechnung entstehen. Man schätzt bei Geburtseinleitungen mit Terminüberschreitung, dass auf 500 Einleitungen 1 perinataler Todesfall verhindert werden kann (Hohlfeld et al. 2002, Midirs 2005).

Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt, welches Management unter Einbezug der oben genannten Sachlage heute empfohlen wird.

## **1.5 Management und Empfehlungen bei Terminüberschreitung**

- **Empfehlungen ab Termin:**

Schneider (2004) empfiehlt eine Überprüfung des Termins und Kontrolle der klinischen Parameter. Eine engmaschige Überwachung < 41. SSW in Bezug auf den Aufwand und der damit eventuell verbundenen Angstausslösung und Verunsicherung bei der Schwangeren erscheint ihm nicht sinnvoll.

Hohlfeld et al. (2002) sind derselben Meinung und halten fest, dass es bei komplikationslosen SS ohne besonderen Risiken keine Evidenz gibt, die Geburt vor der Vollendung der 41. SSW einzuleiten und es bestehe keine Notwendigkeit zur engmaschigen Überwachung des Feten. Dies entspricht ebenfalls Enkin et al. (1998). Bei vorliegenden Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes, intrauteriner Wachstumsretardierung, fetalem Grosswuchs, Polyhydramnion und Mehrlingen ist eine engmaschige Überwachung oder die Geburtseinleitung zu erwägen.

- **Empfehlungen ab der 41. SSW:**

Laut Schneider (2004) und Hohlfeld et al. (2002) gibt es bei komplikationsloser SS zwei Möglichkeiten:

1. Geburtseinleitung
2. Abwarten mit Überwachung des Feten und des Fruchtwassers (FW).

Hohlfeld et al. (2002) fügen hinzu, dass die Schwangere bezüglich den zwei Wegen über Vorteile und Risiken informiert werden sollte und die persönlichen Präferenzen der Frau zu respektieren sind.

Jedoch schreiben sie klar, dass der schwangeren Frau eine Einleitung anzubieten ist und im Falle einer unreifen Zervix, eine Zervixreifung vorzunehmen sei, dies jedoch bei guter Gesundheit von Mutter und Kind keine Eile habe.

Falls die Frau nach Vollendung der 41. SSW keine Einleitung wünscht, ist eine engmaschige fetale Überwachung unerlässlich.

Überwachung:

Hohlfeld et al. (2002) wie auch Schneider (2004) schreiben, dass es diverse Konzepte der Überwachung des Feten gibt und noch keine evidenz-basierten Empfehlungen bestehen.

Schneider (2004) bezieht sich auf eine Studie von Phelan et al. (1984), welche aussagt, dass die häufigste Überwachung aus der Kombination einer CTG-Aufzeichnung im Sinne eines NST (Non-Stress-Test) mit der sonografischen Kontrolle der Fruchtwassermenge angewendet wird. Generell wird von Schneider (2004) wie von Hohlfeld et al. (2002) empfohlen eine Überwachung 2mal pro Woche durchzuführen.

Bei der Überwachung des Feten bei Terminüberschreitung besteht klar weiterer Forschungsbedarf!

- **Absolute Indikation zur Geburtseinleitung bei:**

- vermindertem Fruchtwasser: <2cm (Schneider 2004), <3cm (Hohlfeld et al. 2002)
- pathologischem CTG: Schneider (2004) präzisiert und empfiehlt bei suspektem oder pathologischem NST und unreifer Zervix eine primäre Sectio zu machen
- suspektem biophysikalischem Profil

Hohlfeld et al. (2002) machen zu den letztgenannten beiden Punkten keine Angaben. Natürlich gelten auch hier die allgemeinen Indikationen zur Geburtseinleitung bei auftauchender Pathologie bei der Mutter oder dem Kind (Husslein u. Egarter 2004).

- **Makrosomie:**

Auf Grund fehlender Evidenz wird die Einleitung zur Prophylaxe einer Makrosomie oder Plazentainsuffizienz kontrovers diskutiert. Hingegen wird bei Verdacht auf ein makrosomes Kind zur Vermeidung von Komplikationen die Geburtseinleitung nicht empfohlen (Schneider 2004).

Hohlfeld et al. (2002) wie Schneider (2004) sind sich einig, dass das Management bei einer komplikationslosen SS mit Terminüberschreitung in Absprache mit der Schwangeren/dem Paar zu treffen ist. Schneider (2004) weist darauf hin, dass die Voraussetzung dafür eine für die Frau verständliche und ausreichende Information ist. Dies führt zu einer besseren Akzeptanz und Kooperation für die folgenden Massnahmen bei der Schwangeren/dem Paar und auch für den Fall einer Geburtseinleitung.

Ein weiterer nicht zu vergessender Umstand ist laut Rath u. Zahradnik (2004), dass nur unzureichend evidenz-basierte validierte Daten betreffend Indikationen und Methoden zur Einleitung vorhanden sind. Zudem müsste der Einsatz von Misoprostol in der Praxis rechtlich endgültig geklärt werden, d.h. die offizielle Stellungnahme der Zulassungsbehörde bezüglich des Wirkungsnachweises und der toxikologischen Unbedenklichkeit von Misoprostol müsste noch erfolgen. Rath u. Zahradnik (2004) bestätigen ebenfalls, dass die Risiko-Nutzen-Analyse mit der Frau/dem Paar besprochen werden muss und sie auf die möglichen Komplikationen hingewiesen werden muss, um danach auch entscheiden zu können.

### **Schlussfolgerung aus Kapitel 1**

Die Fakten zeigen, dass bei Erreichen des Termins in erster Linie dieser zu überprüfen ist, um Terminfehler auszuschliessen. Gemäss den evidenz-basierten Daten gibt es keinen Grund vor Ende der 41. 0/7 SSW die Geburt einzuleiten. Ausnahme sind die allgemeinen Indikationen zur Einleitung seitens der Mutter und/oder dem Kind und spezifisch bei Terminüberschreitung bei Abnahme des Fruchtwassers, einem schlechten biophysikalischen Profil und/oder einem pathologischen CTG.

Betreffend Makrosomie wird die Einleitung kontrovers diskutiert.

Ab der 41. SSW gibt es zwei Wege: Geburtseinleitung oder abwartendes Management mit einer engmaschigen Überwachung des Feten. Betreffend Überwachung besteht aber noch kein evidenzbasiertes Schema, deshalb ist weitere Forschung diesbezüglich nötig.

Beide Managements bringen Risiken mit. Eine umfassende, verständliche Aufklärung der Frau/dem Paar ist erforderlich und die individuelle Situation der Frau/des Paares muss erfasst und einbezogen werden.

Die medizinische Sachlage betreffend Terminüberschreitung ist nun erläutert. Auf den ebenfalls wichtigen Aspekt der Situation der Frau wird im folgenden Kapitel eingegangen.

## **2. Situation der Frau bei Terminüberschreitung**

Das menschliche Verhalten basiert auf psychischen, sozialen, gesellschaftlichen und pädagogischen Aspekten. Diese beeinflussen den Menschen unterschiedlich (Willig 2005). Aus den vier Bereichen soll die Situation der Frau bei Terminüberschreitung in diesem Kapitel analysiert werden.

### **2.1 Psychische Aspekte**

#### **2.1.1 Selbstkonzept**

Steffen-Bürgi (1999) schreibt, dass der Begriff Selbstkonzept auch synonym mit Selbstbild verwendet wird. Das Selbstkonzept entsteht in der Interaktion zwischen dem Mensch und der Umwelt. Somit ist es ein erworbenes, gebildetes Bild des „Ichs“. Es entsteht aus verschiedenen Bereichen und wird auf Grund von persönlichen Eigenschaften, Fähigkeiten, Begabungen etc. entwickelt. Das Selbstkonzept beeinflusst die Wahrnehmung, Informationsvermittlung, Gefühle und das Verhalten. Bei Eintritt von einem kritischen Lebensereignis ist eine Veränderung im Selbstkonzept erforderlich. Der Umgang mit der Situation ist abhängig von der Empfindung, wie bedrohlich oder wenig bedrohlich die Lage von der Frau definiert wird. Wie geht die Frau mit dem Risiko um?

Aus meiner Erfahrung werden die Frauen mit einer neuen, herausfordernden und schwierigen Situation konfrontiert.

Basierend auf Steffen-Bürgi (1999) ist es wichtig, eine sichere Umgebung/ein sicheres Klima zu gestalten, eine offene und verständnisvolle Haltung einzunehmen und die nötigen Informationen weiterzugeben, damit die Frau die Kontrolle über ihre Situation aufrechterhalten kann.

☞ **Fazit:** Daraus schliesse ich, dass die Bewältigung des Ereignisses vom Selbstkonzept abhängig ist und auch von der Fähigkeit zur Veränderung des eigenen Selbstkonzeptes.

Steffen-Bürgi (1999) schreibt auch, dass Veränderungen des Selbstkonzepts mit Stress und seelischen Belastungen verbunden sind und dies wird meist als „Krise“ erlebt.

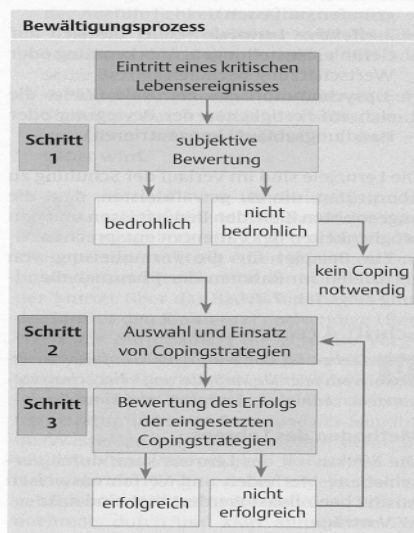
## 2.1.2 Krise

Langer (2004) sagt, dass die Schwangerschaft per se für die Frau eine Entwicklungskrise bedeutet. Die Frau muss sich in zentralen Bereichen ihres Lebens neu orientieren, Veränderungen in ihren Alltag einbeziehen und sich den gegebenen Umständen anpassen. Dross (2001) spricht von einer Krise, wenn die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisherigen verfügbaren oder selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden kann. Krisen sind Reaktionen auf eingetretene Ereignisse, die nach Bewältigung drängen.

Dazu benötigt die Frau Bewältigungsstrategien auch Coping genannt. Diese sind abhängig von der Art des Ereignisses, seiner Bedeutung für das Individuum und den Voraussetzungen und den Ressourcen des Individuums.

Langer (2004) spricht von drei normalen Krisen während der Schwangerschaft. Das erste Trimenon bezeichnet er als Phase der Ambivalenz und das zweite Trimenon als Zeit der Symbiose. Die Terminüberschreitung folgt nach dem letzten Abschnitt dem dritten Trimenon (32. - 40. SSW), welches als Phase der Ablösung, der Antizipation und der Vorbereitung beschrieben wird.

Baldegger (1999) baut die Begleitung anhand Antonovskys Sichtweise der Salutogenese auf (s. Anhang). Ausgehend aus der Sichtweise der Salutogenese soll das Kohärenzgefühl (= zuversichtliche, vertrauensvolle Grundeinstellung zum Leben) der Frau durch die Hebamme gestärkt /unterstützt werden. Die Situation soll für die Frau überschaubar, verständlich und nachvollziehbar gemacht werden; Sinn machen und mit der Hilfe/Unterstützung durch die Hebamme aus der eigenen Kraft der Frau beherrschbar sein.



↳ **Fazit:** Daraus schliesse ich, dass im Falle einer Terminüberschreitung der Prozess des dritten Trimenons verlängert wird und die Frau mit einer Situation konfrontiert wird, welche von ihr eine neue Bewältigung erfordert.

Steffen-Bürgi (1999) schreibt, dass solche Situationen bedrohlichen Charakter haben können und Gefühle erzeugen wie Unsicherheit, Hilflosigkeit und Angst.

## 2.1.3 Aufbrechende Gefühle

Ein gewisses Mass an Angst betreffend eine bevorstehende Geburt ist laut Reime (2005) physiologisch. Aufgrund von Studien schreibt sie aber auch, dass Frauen ohne Geburtsangst eine hohe Sensibilität für ihren eigenen Körper aufweisen.

In der SS treten bei sehr vielen Frauen Ängste und Sorgen um das ungeborene Kind auf, schreibt Stadelmann (2005). Eirich (2005) sagt, dass die heutige Geburtshilfe geprägt werde von Risiken, somit die Schwangeren zu Risikoschwangeren macht und die Ängste geschürt werden. Dies wird in der prospektiven Beobachtungsstudie von 1991 - 2004 von Geissbühler et al. (2005), welche 13'362 Schwangere zwischen der 24. - 28. SSW bezüglich ihren Ängsten untersuchte, bestätigt. Aus der Studie von Geissbühler et al. (2005) geht hervor, dass am häufigsten die Angst um das Kind (59,7%), am zweithäufigsten die Angst vor Schmerzen (50,3%) und am dritthäufigsten andere Ängste (Angst vor dem Ungewissen, nicht ausreichend Kraft zu haben, Angst die Kontrolle zu verlieren, alleine zu sein, Angst zu versagen oder sich blöd anzustellen 21,8%) bestehen. Weiter schreiben sie, dass alle genannten Ängste mit steigender Parität abnehmen, mit Ausnahme der Angst vor einem Kaiserschnitt.

Die Studie bezieht sich aber nicht auf die Terminüberschreitung und es müsste daher eine andere spezifische Studie betreffend diese Phase durchgeführt werden.

Geissbühler et al. (2005) sind der Meinung, dass die Art der Geburtsangst abhängig ist von der Lebensgeschichte, der Gesellschaft, der Kultur und von geburtshilflichen Einflüssen.

Oberdörfer (2005) schreibt, dass allgemein bei einem positiv erlebten Geburtserlebnis, die Angst signifikant niedriger war als bei Frauen, die ein negatives Geburtserlebnis hatten.

Als angstreduzierend sind laut Tomaselli-Reime (2005): über die Angst reden, einfühlsames Zuhören, ohne Zeitdruck Fragen beantworten, ein intaktes soziales Umfeld, eine unterstützende Partnerschaft, gute Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen, ausreichendes Wissen betreffend der Geburtshilfe und eine Eins-zu-Eins-Betreuung unter der Geburt.

Bühlmann (1998) findet folgende fünf Massnahmen zur Beruhigung notwendig: 1.

sicherheitsversprechende Informationen geben und Voraussagen machen 2. Unterstützung geben (verbal, nonverbal) 3. Selbstkontrolle der Frau fördern 4. Ablenkung, damit das Problem aus Distanz angeschaut werden kann 5. Direktes Tun, damit Konzentration oder Entspannung Beruhigung bringen.

Jepsen (2005) zeigt weitere Möglichkeiten zur Unterstützung mit alternativen Mitteln.

Nach Reime (2005) müssen Hebammen Ängste der Frauen ernst nehmen und nicht bagatellisieren, damit die Vertrauensbasis nicht gestört wird. Entspannungsmöglichkeiten sollten aufgezeigt werden.

Reime (2005) ist ebenfalls der Meinung, dass es kein generelles Schema zur Betreuung einer Frau mit Angst gibt, sondern viel mehr auf die individuellen Bedürfnisse, der Biographie und der Ressourcen der Beteiligten eingegangen werden sollte.

Bestehen bei der Schwangeren echte Angststörungen (Panik-Attacken, Phobien) muss die Hebamme professionelle Hilfe eines Psychologen für die Frau anfordern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern (Reime 2005).

Mändle u. Opitz-Kreuter (2003) sind der Meinung, dass bei Frauen mit Terminüberschreitung auch oft das Gefühl vom eigenen Unvermögen ihr Kind zu gebären auftaucht, sie sich unsicher und hilflos fühlen und ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit haben. Schumann (2004) sagt, dass durch die sicherheitsversprechende Überwachung das Bedürfnis nach objektiver Sicherheit der Frau beruhigt wird, aber die Schwangere damit ihre subjektive Sicherheit verliert. Sie stellt dieses Konzept zur Bewältigung der Unsicherheit in Frage und ist überzeugt, dass die Sicherheit der Frau nur erreicht werden kann, wenn die Frau die Kompetenzen für das Gebären erhält und sie ihre Sinne für ihre Schwangerschaft behalten darf.

Zeller-Forster (1998) beschreibt Hilflosigkeit als einen Zustand mit Gefühlen der Unzulänglichkeit, des Versagens und der Unfähigkeit eine Situation zu meistern und dies sei oft mit Angst gekoppelt. Hilflosigkeit zeigt sich individuell durch familiäre Prägung, Charakter und gesellschaftliche Sozialisation. Sie sagt spezifisch, dass die Fähigkeit zur Bewältigung von Problemsituationen bei sozialer Randstellung abnimmt.

Um aus der Hilflosigkeit zu kommen, ist es wichtig den Betroffenen Erfahrungen zu ermöglichen, mit welchen sie erkennen können, dass sie mit ihrem Handeln etwas bewirken, somit Kompetenzen erhalten und Kontrolle über ihre eigene Situationen erlangen.

↳ **Fazit:** Daraus schliesse ich, dass bei einer Terminüberschreitung vielfältige Gefühle auftreten können und die Bewältigung der Situation beeinflussen. Die Betreuung muss individuell auf die Schwangere ausgerichtet werden. Bestehen Ängste, müssen diese besprochen und geklärt werden. Falls pathologische Formen der Angst bestehen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer Psychologin angezeigt.

Die Hebamme ist gefordert auch nicht verbal geäusserte Gefühle zu erkennen, damit die Schwangere nicht aufgewühlt in ihrer Situation stehen bleibt, sondern diese bewältigen und lösen kann.

Damit eine Frau entscheiden kann, welchen Weg sie gehen möchte und wie sie das Spannungsfeld bewältigen kann, braucht sie Fach-, Sozial- und Selbstkompetenzen bezüglich ihrer SS. Durch Eigenaktivität bezüglich ihrer SS kann sie Kontrolle und Verantwortung über die Situation erlangen.

Angst und andere Gefühle, wie sie oben beschrieben wurde, können verbal geäußert werden und/oder sich auch körperlich zeigen wie z.B. durch Mimik/Gestik, erhöhte Anspannung, Tremor etc. (Bühlmann 1998). Weitere körperliche Aspekte folgen im nächsten Kapitel.

## 2.2 Körperliche Aspekte

Rüb (2003) hat aber auch die Erfahrung gemacht, dass die Schwangeren die Wartezeit und das „Rundsein“ satt haben, ungeduldig werden und eine Bereitschaft zur Geburtsbeschleunigung haben. Rath u. Zahradnik (2004) beobachten eine steigende Ungeduld besonders bei bestehenden lästigen Beschwerden.

Eine Frau aus meinem Praxisalltag, die beruflich vor und anfangs der SS bei einem Velokurier gearbeitet hat, somit topfit war, kam in die Kontrolle bei Termin (T) +11. Sie wartete bis jetzt geduldig und bemerkte nun eine langsam entstehende Ungeduld. Sie sei bereit für die Geburt und sie freue sich sehr auf die Zeit danach, wenn sie sich wieder besser bewegen könne und mit Sport wieder beginnen dürfe. Sie hat fast alle empfohlenen alternativen Methoden ausser dem Rizinuscocktail zur spontanen Wehenförderung ausprobiert, aber möchte dennoch dem Kind die Chance geben, selber zu bestimmen, wann es auf die Welt kommen möchte. Restliche Fragen von ihr wurden geklärt und fehlende Informationen mitgeteilt. Sie wurde von der Ärztin untersucht und über die möglichen Risiken aufgeklärt. Danach antwortete sie auf die Frage, wie sie sich nun fühle mit strahlendem Gesicht: „Ich muss noch nicht einleiten!“ Sie stellte sich dieser Situation und entschied noch weitere zwei Tage abzuwarten und den letzten Versuch mit dem Rizinuscocktail zu versuchen.

Stadelmann (2005) erklärt möglichen alternativen Methoden zu Geburtseinleitung, legt aber klar fest, dass die Voraussetzung ein geburtsbereiter Muttermundsbefund und eine geburtsbereite kindliche Lage sind, zudem müsse der Termin überprüft worden sein.

☞ **Fazit:** Daraus schliesse ich, dass die körperlichen Einschränkungen das Gefühl der Ungeduld fördern, dies zwar auch eine Bereitschaft zum Gebären zeigt, aber durchaus mit der abwartenden Haltung kombiniert sein kann. Bei lästigen Beschwerden ist es wichtig geeigneten Massnahmen aufzuzeigen und Empfehlungen abzugeben.

Mit der individuellen Begleitung und Beratung kann ein Zuwarten ermöglicht werden, indem die Frau selbst Verantwortung übernimmt und z. B. wehenfördernde Handlungen und alternative Mittel anwendet.

Nicht nur die psychischen oder körperlichen Aspekte der Schwangeren, auch das soziale Umfeld der werdenden Mutter kann die Frau unter Druck und Spannung setzen!

## 2.3 Soziale Aspekte

Rauchfuss (2001) schreibt in ihrem Artikel über ressourcenorientierten Interventionen in der SS, dass die SS und die Geburt eine starke Prägung von mindestens zwei Menschen (Mutter und Kind), aber häufig auch starken Einfluss auf weitere Personen in der Familie und im sozialen Umfeld haben. Sie kommt in ihrer Studie zum Schluss, dass bezüglich SS-Komplikationen die Partnerschaftssituation einen Einfluss auf den SS-Verlauf hat. In ihre Untersuchungen wird die Terminüberschreitung nicht einbezogen, jedoch kann die Partnerschaftssituation auch bei der Terminüberschreitung einen starken Einfluss auf die Bewältigung der Situation haben. Der positive Effekt der unterstützenden Haltung des Partners wurde bereits unter dem Aspekt der aufbrechenden Gefühle erwähnt.

Viele Frauen werden auch durch das Umfeld verunsichert und/oder unter Leistungsdruck gestellt (Schneider 2004, Stadelmann 2005). Stadelmann (2005) beschreibt die Situation der Frau und ihres Partners eindrücklich. Sie berichtet, dass Frauen es leid sind, trotz dem Wissen, dass das Kind in den nächsten Tagen auf der Welt sein wird, immer wieder nach dem Kind gefragt werden und sie sich oft nichts mehr trauen zu unternehmen. Ebenfalls für

die Väter bedeutet es eine spannungsbeladene Zeit, da sie doch ständig auf Abruf sind oder ihre eingeplanten Ferien langsam zu Ende gehen.

Der Hinweis an die werdenden Eltern, mit dem Umfeld abzumachen, dass sich die frischgebackenen Eltern melden, wenn das Kind da ist, damit das Nachfragen ein Ende hat, wird in der Praxis öfters empfohlen, häufig bereits im Geburtsvorbereitungskurs.

Eine Frau (SAFT 3002), die bei T+7 an einem Samstag in die Kontrolle kam, erklärte, dass sie ihre älteren Kinder den Grosseltern gebracht habe, damit sie bei einer ev. Einleitung die Ruhe habe im Spital zu sein und die Kinder gut betreut wisse. Sie erwäge eine Einleitung heute, wenn dann am Montag die Geburt vorbei sei, denn dann begänne die Schule der Kinder wieder. Ob ich ihr sagen könne, ob dies zeitlich drin läge! Sie stand somit stark unter Zeit- und Organisationsdruck. Zudem wurde auch sie durch das weitere Umfeld (Freunde, Bekannte, Nachbarn etc) schon mehrmals nach ihrem Nachwuchs gefragt, was sie zusätzlich unter Stress stellte.

☞ **Fazit:** Daraus schliesse ich, dass auch Frauen mit Schwangerschafts- und Geburtserfahrung bei Terminüberschreitung unter Druck kommen können, da ältere Kinder in der Familie ebenfalls betreut werden müssen und bei Abwesenheit der Mutter die Kinderbetreuung gewährleistet sein muss. Die Unterstützung durch den Partner kann diesen Druck wesentlich beeinflussen. Trotzdem wirkt die Terminüberschreitung auf das ganze Familienleben sowie das soziale Umfeld ein und der Fokus liegt bei dem Ungeborenen und der bevorstehenden Geburt. Der Alltag wird durch das Warten massiv geprägt.

Mit der Überschreitung des Termins und dem Warten werden Denkprozesse ausgelöst, welche jede Frau/jedes Paar mit den eigenen ethischen Wertvorstellungen und der eigenen Auffassung betreffend Geburt und Geburtsprozess konfrontiert.

## 2.4 Ethische Aspekte

### 2.4.1 Allgemeines

Jones (2000) definiert Ethik als ein Überbegriff einer moralischen Philosophie in einer realen Situation. Ethik basiert auf den Prinzipien und Konzepten des einzelnen Menschen und leitet deren Gedanken und Handlungen, welche die Werte des Menschen widerspiegeln. Laut Jones (2000) scheint die Ethik drei Aspekte zu haben: 1. Die Metaethik, d.h. was ist gut und was ist schlecht. 2. Die ethisch-moralische Theorie, welche eine Methode zum Lösen eines ethischen Problems darstellt. 3. Angewandte Ethik, welche in Alltagssituationen angewendet wird und auf der eigenen personellen Ebene im Beruf etc. ausgelebt wird.

Meine Praxiserfahrung hat mir gezeigt, dass eine Frau bei Terminüberschreitung sich mit der Fragestellung konfrontiert sieht: Was ist gut/richtig? Was ist das Beste für das Kind? Was ist gerecht? Sie kann in ein moralisches Dilemma geraten.

Jones (2000) bezieht sich bei der Definition eines moralischen Dilemmas auf Campell (1984) und hält fest, dass ein moralisches Dilemma auftritt, wenn zwei Wahlalternativen bestehen, keine davon aber eine hundertprozentige Befriedigung mit sich bringt.

Jones (2000) verweist darauf, dass wir Hebammen als Unterstützung die professionelle Richtlinien den Ethikkodex haben, welchen wir in unseren Arbeitsalltag integrieren.

☞ **Fazit:** Die Frau kann nicht nur für sich und ihre Gesundheit/ihre Situation entscheiden, sie ist mit ihrem Kind verbunden und das Kind steht in einer engen körperlichen Abhängigkeit zu ihr. Diese Verbindung und Abhängigkeit kann die Frau bei einer Terminüberschreitung in ein moralisches Dilemma führen, weil beide Wege des Managements gewisse Risiken mit sich bringen.

### 2.4.2 Glauben, Philosophie

Stadelmann (2005) erzählt aus ihrer Erfahrung, dass Frauen ein Gespür und Gefühl für ihr Kind haben; sie sogar zum Teil fühlen, wenn Gefahr für ihr Kind drohe. Jedoch schreibt sie

auch klar, dass wenn auffällige medizinische Ergebnisse auftauchen und/oder Ängste, Sorgen, Unruhe auftreten, die Geburt eingeleitet werden sollte.

Ebenfalls stellt sie fest, dass Frauen, die in einer Glaubensgemeinschaft stehen, ein Grundvertrauen, ein Sicherheitsgefühl und Gottvertrauen haben und nach der Terminüberschreitung geduldig, vertrauensvoll weiter abwarten können.

Banis (2005) vergleicht seine Definition von Glauben mit Antonovskys Modell der Salutogenese (s. Anhang) und schätzt, dass sich Teile davon decken. Er behauptet deshalb, dass das Kohärenzgefühl (die Welt ist verstehbar, handhabbar und Sinn behaftet) ein anderer Begriff für Glauben ist. Er hat in seiner langjährigen Praxis weniger schwere Erkrankungen bei stark gläubigen Menschen gesehen, hält aber fest, dass es bis heute keinen direkten wissenschaftlichen Beweis gibt, welcher zeigt, dass der Glaube gesundheitserhaltend wirkt, jedoch gäbe es starke Hinweise dafür.

Weiter schaut er den Glauben und die Gesundheit aus energiemedizinischer Sicht an und stellt fest, dass gläubige Menschen hohe Kausalwerte (höchstschwingende Energieebene) von über 80% aufweisen, weniger Energieblockaden in Form von seelischen Konflikten aufweisen, seiner Ansicht nach fröhlicher, lebensbejahender sind und mehr Vertrauen zeigen.

Diese Erfahrungen bekräftigen die Aussagen von Stadelmann (2005) bezüglich Frauen, welche in einem Glauben verankert sind.

Wie er aber selbst sagt, fehlt hier der wissenschaftliche Beweis und man müsste sicher weiterforschen, Studien durchführen, um dieses Phänomen zu belegen.

Auch für mich bleibt fraglich, ob man Zusammenhänge zwischen religiösem Glauben und gesundheitlichen Aspekten wissenschaftlich belegen kann.

Enkin et al. (1998) halten fest, dass Frauen um den errechneten Termin einer Einleitung zur Verhinderung einer Übertragung eher ablehnend eingestellt sind, sie tendieren auf ein abwartendes Verhalten. Sie schreiben aber auch, dass dies bei SS weit über dem Termin ändern kann.

↳ **Fazit:** Aus all diesen genannten Punkten ist die Hebamme gefordert empathisch zu betreuen und falls die Frau in einem Glauben verankert ist, sie zu ermutigen daraus Sicherheit und Vertrauen zu schöpfen. Dieses Gottvertrauen kann ihr helfen, ihre mögliche Angst vor Schäden oder Komplikationen besser bewältigen zu können.

## **Schlussfolgerung zu Kapitel 2**

Die dritte Phase der normalen SS-Entwicklungskrise wird bei der verlängerten Schwangerschaft hinausgezögert. Zudem muss die Frau ohne eigentlichen Geburtstermin und mit den oben erwähnten Risiken/Verunsicherungen/Ängsten die folgenden Tage bewältigen. Im Bereich der komplikationslosen Terminüberschreitung äussern Frauen unterschiedliche Einstellungen zum weiteren Verlauf ihrer Schwangerschaft und so ist eine Analyse der Situation und ein Miteinbezug der Schwangeren ins weitere Procedere unabdingbar.

Durch die technischen Fortschritte verlassen sich die Frauen oft auf äussere Daten und geben ihr Gefühl für die SS auf. Um mit den Spannungen bei Terminüberschreitung zu leben, braucht die Frau eigene Ressourcen, um ihr Selbstkonzept an die neue Situation anzupassen und diese zu bewältigen.

In Kapitel 2 wurde ersichtlich, dass die Frau bei Terminüberschreitung durch verschiedenste Aspekte beeinflusst wird und ihr Verhalten unterschiedlich geprägt sein kann. Die Hebamme ist auch hier die Ansprech- und Begleitperson der Schwangeren.

Die Hebamme ist gefordert die Situation der Frau zu erfassen und die Frau individuell zu betreuen. Welche Möglichkeiten der Hebamme zur Verfügung stehen, wird im folgenden Kapitel näher betrachtet.



### **3. Betreuungsaufgaben der Hebamme**

Die grundsätzliche Schwangerenvorsorge nach Mändle (2003) bedeutet die Aufklärung, Beratung, Betreuung und Überwachung und kann durch die Hebamme und/oder den Arzt durchgeführt werden. Sie hat das Ziel, die Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen und zu erhalten. Viehweid (2005) schreibt, dass die Schwangerenvorsorge die älteste Massnahme der Präventivmedizin ist, welche Screening, Information, Beratung, Diagnosestellung und Therapie beinhaltet.

Die Betreuung der Frau soll im Sinne von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz stattfinden, dies wird von verschiedenen Autoren beschrieben (Brühl 2005, Enkin et al. 1998, Krens 2005, Reim-Hofer 2002).

Dies entspricht dem Modell der personenzentrierten Haltung nach Rogers (SGGT 2006) mit den drei Aspekten der bedingungslosen, positiven Wertschätzung für die ratsuchende Person inklusive ihren Eigenheiten, der Empathie der Beraterin für die Welt des Gegenübers und der Kongruenz/Echtheit der Beraterin in Bezug auf die Klientin.

Wird in der Praxis diese Haltung umgesetzt, ist die Chance grösser, dass psychische oder psychosomatische Störungen verbessert oder geheilt werden, da die betreute Person mehr Selbstverantwortung und Verantwortung für Andere übernehmen kann und ein Abbau von Wachstumsblockierung geschieht (SGGT 2006).

Diese Grundhaltung ist natürlich auch ab Termin erforderlich und Voraussetzung.

#### **3.1 Die Betreuung ab Termin**

Bei einer Terminüberschreitung wird laut Mändle u. 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 technischen Überwachungsvorzüge mitbringt, weisen aber darauf hin, dass die meist daraus resultierende reine Betreuung durch die Geburtshelferinnen 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 und 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.

##### **3.1.1 Das Liegestuhlmodell**

Bryar (2003) stellt das Modell eines Liegestuhls der britischen Hebamme Jean Ball vor, welches eine Möglichkeit zeigt, die Frau mit ihren Ressourcen ganzheitlich zu erfassen. Dies ist ein Modell, welches die Unterstützungssysteme zeigt, 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 verschiedene Konzepte wie Angst, eigene Lebensereignisse der Frau etc. 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 dann in der Situation der Terminüberschreitung als Bewältigungsmöglichkeiten eingesetzt werden.

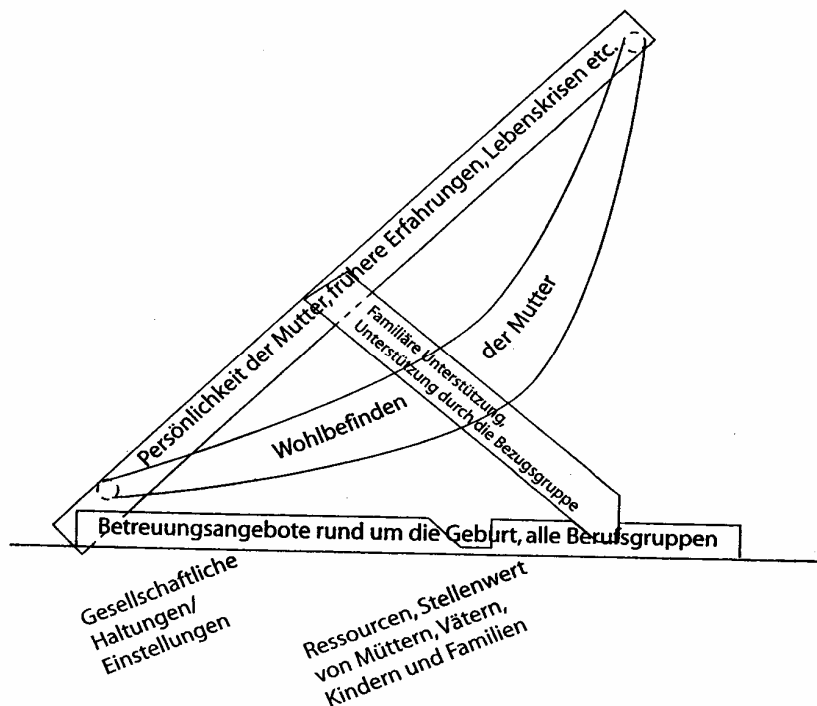


Abb. 2 Bryar (2003)

### 3.1.1.1 Die Seite/die Aufhängung

Die Seite bezeichnet die Persönlichkeit der Frau, mit ihren Erfahrungen und Lebenskrisen etc., welche sie bis jetzt erlebt und bewältigt hat. Hier sind die persönlichen Ressourcen der Frau. Krause u. Storch (2006) definieren das Wort Ressourcen als ein positives Veränderungspotential im Menschen.

Im Kapitel 2 wurde die Situation der Frau mit Terminüberschreitung bereits genauer betrachtet und die Ressourcen basieren auf dieser Analyse.

Es gilt bei der Frau ein Kohärenzgefühl für die Situation Terminüberschreitung zu schaffen, damit sie ihre Kompetenz für ihre SS wieder erlangt oder weiterführen kann. Dies wird ihr Ruhe und Sicherheit geben und so wird sie auch die Eigenverantwortung für ihre SS übernehmen können, ihre persönliche Entscheidung treffen und ihren persönlichen Weg gehen.

Als Ressource ist hier sicher das Selbstkonzept der Frau, wie auch ihre Coping-Strategien und ihre 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 irgendwelche körperlichen oder kreativen Betätigungen förderlich sein, 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.

### **3.1.1.2 Die Verstrebung**

Die Verstrebung beinhaltet die Familiäre Unterstützung, aber auch die soziale Unterstützung, Bezugsgruppen und das Netzwerk, in welchem sich die Frau befindet (Bryar 2003).

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 ist 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 notwendig und kann der Frau helfen, ihre Entscheidung zu treffen.

Wichtig ist ebenfalls ein verständnisvoller Freundeskreis, welcher 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.

### **3.1.1.3 Der Boden**

Der Boden dieses Modells bildet das Betreuungsangebot, welches auf der Gesellschaft gründet und deren Haltungen und Einstellungen beinhaltet. Hierzu gehört die ganze Infrastruktur und das Fachpersonal verschiedenster Berufsgruppen (Bryar 2003).

Bei der Terminüberschreitung bietet zum Beispiel die Infrastruktur des Spitals alles, was nötig und wichtig ist, wie z.B. um den Geburtstermin zu prüfen, klinische Untersuchungen durchzuführen etc. Hierbei können die Ärzte mit ihrem Fachwissen und den Ultraschalluntersuchungen einen grossen Teil abdecken. Die Betreuung 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 (s. oben), 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.

Um die Frau mit Terminüberschreitung optimal betreuen zu können, ist die Hebamme gefordert alle genannten Aspekte der Kapitel eins, zwei und drei zusammen zu bringen, inklusive der Grundhaltung der Frau. Eine neue Strömung in der Beratung ist hierbei das Konzept des „informed choice“ (=informierte Entscheidung, Evidence Based Patient Choice = EBPC), in Deutsch auch unter evidenzbasierte Patienteninformatoren (EBPI) zu finden (Steckelberg et al. 2005).

## **3.1.2 „informed choice“**

Bis anhin kam mehrheitlich das paternalistische Modell in der Beratung zur Anwendung. Bei diesem Modell gehen die medizinischen Informationen vorwiegend vom Arzt zur Frau, der Arzt entscheidet aufgrund seines Wissens und die Verantwortung wird durch den Arzt übernommen (Loh et al. 2005).

Brailey (2005) stützt sich auf das Recht der Frau auf Informationen und über ihre Betreuung, und dass sie die primäre Entscheidungsinstanz betreffend den Behandlungen während ihrer SS und unter der Geburt ist. Sie ist überzeugt, dass wenn die Frauen informiert wählen und entscheiden können, die Frauen die Verantwortung für ihre Entscheidungen und die SS übernehmen. Durch die Übernahme der Eigenverantwortung der Schwangeren findet, wie in

Kapitel zwei erwähnt, eine positive Beeinflussung des Selbstkonzepts statt und die Frau kann sich besser mit ihren aufbrechenden Gefühlen auseinandersetzen und in diesem Fall die Terminüberschreitung meistern.

Von informierter Entscheidung im Sinne einer partizipativen Entscheidung sprechen Loh et al. (2005) wenn Informationen in beide Richtungen zwischen Arzt und der Frau fließen können, d.h. eine gute Gesprächskultur besteht, beide Seiten ausreichend Zeit haben Informationen auszutauschen und somit die Lage analysiert werden kann. Hierzu gehört auch, dass alles für die Entscheidung relevante besprochen wird. Die Möglichkeiten zur Wahl für beide klar sind und sich beide aktiv am Entscheidungsprozess beteiligen können. Die gewählte Entscheidung der Frau zur Behandlung/des Procederes wird vom Arzt unterstützt und die Verantwortung wird von beiden Parteien übernommen. Während der ganzen Zeit des Gesprächs und der Behandlung bleibt der Arzt Experte im medizinischen Bereich mit seinen Erfahrungen und die Frau Expertin für ihr Leben und ihre Bedürfnisse. Dabei wird klar, dass durch den Einbezug der Frau ihr Wissen erweitert wird, somit realistischere Erwartungen entstehen, die Frau sich besser entscheiden kann und sich daraus eine höhere Zufriedenheit zeigt. Loh et al. (2005) verweisen ausserdem auf Studien die belegen, dass dies zu einer beständigeren Umsetzung der Behandlung und einer höheren Therapiewirksamkeit führte.

### **3.1.2.1 Voraussetzungen**

Brailey (2005) schreibt, dass bei den Untersuchungsterminen ausreichend Zeit einzuplanen ist, damit herausgefunden werden kann, wo die Frau zum aktuellen Zeitpunkt steht. Bezüglich der benötigten wissenschaftlichen Informationen ist es wichtig, dass diese aktuell sind, den evidenz-basierten Fakten entsprechen und fehlende Fakten und Ungewisses nicht weggeredet werden. Vor- und Nachteile müssen kommuniziert werden.

Brailey (2005) schreibt, dass für eine informierte Entscheidung der Frau die Kommunikation über die Risiken nicht fehlen darf. Sie stellt fest, dass die Risikovermittlung nicht einfach ist und die Menschen häufig auf Grund von Emotionen ein Risiko einschätzen und nicht auf Grund von Fakten. Einschüchterungstaktiken sind fehl am Platz und nicht akzeptabel. Risiken müssen erklärt und verständlich gemacht werden. Bei der Risikovermittlung empfiehlt sie das Vermeiden von deskriptiven Begriffen wie *tiefes* und/oder *hohes* Risiko, da der Zuhörer durch diese Aussage zu einer Fehleinschätzung des Risikos tendiert. Ausgleichend wirkt das Beschreiben in positiver wie negativer Form, z.B. bei 500 Geburtseinleitungen schätzt man einen perinatalen Todesfall verhindern zu können. Umgekehrt bedeutet dies, dass bei 500 Geburten ohne Geburtseinleitung ein Kind stirbt. Ebenfalls hilfreich ist das Verwenden von gleichen Denominatoren, d.h. 1 auf 1000, 2 auf 1000 etc. Dies bestätigt Mata et al. (2005), sie sagen, dass eine klare und verständliche Darstellung mit einer Referenzklasse das Verständnis erleichtert.

Weiter schreibt Brailey (2005), dass bildliche Darstellungen anhand von Diagrammen wie z.B. dem Tortendiagramm helfen das Verhältnis besser zu erkennen. Manchmal kann der Vergleich mit einer alltäglichen Situation zu besserem Verständnis führen.

Was nicht vergessen werden darf, ist, dass wenn man einen Risikofaktor hat, dies nicht heisst, dass das Befürchtete eintreffen wird. Bei einer Risikoeinschätzung geht es um eine Wahrscheinlichkeitsberechnung.

Brailey (2005) hebt dazu hervor, dass ein positiver Einfluss auf das Gefühl der Kontrolle über die eigene SS herbeigeführt werden kann, wenn die Schwangere ihre eigene Dokumentation mit sich trägt. Zudem fördert dies die Transparenz und das Klima zwischen den Beteiligten. Des Weiteren können schriftliche Informationen im Sinne von Broschüren oder Informationsblätter hilfreich sein, denn damit kann die Frau auftauchende Fragen eventuell auch selbst beantworten. Brailey (2005) ist überzeugt, dass kontinuierliche Betreuung die beste Voraussetzung ist, dass die Frau informiert entscheiden kann.

Im Entscheidungsprozess der Frau gilt es, alles in Ruhe zu besprechen, Gefühle zuzulassen, mögliche Wege zu bedenken, die daraus resultierenden Konsequenzen zu reflektieren und die Frau zu ermutigen eine Entscheidung zu treffen.

Sänger (2005) sagt, dass Entscheidungskompetenzen der Patienten nicht per se vorhanden sind und durch gezielte Information und Ermutigung unterstützt werden sollten.

„Informed choice“ beinhaltet auch den Entscheid der informierten Ablehnung! „Nach erfolgter Information muss der Entscheid der Frau respektiert werden und es ist unethisch, sie unter Druck zu setzen“ (Brailey 2005:8).

### **3.1.2.2 Schwerpunkte für „informed choice“ bei Terminüberschreitung**

Es 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 und was muss sie noch wissen? Welche persönlichen und sozialen Ressourcen bringt sie mit? Wo braucht sie Unterstützung?

Die klinischen Untersuchungen müssen vollständig erhoben werden, damit alle aktuellen Fakten für die Entscheidung des Procedere einbezogen werden können und die weiteren instrumentellen Ressourcen müssen ihr ebenfalls mitgeteilt werden (s. Kapitel 3.1.1).

Die Vorteile und Nachteile beider Managements sollten geklärt werden. Vorteile beim abwartenden Management 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 auswirken, insbesondere bei bestehenden körperlichen Beschwerden oder für die werdenden Eltern aus organisatorischer Sicht. 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 ein 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, welche wie erwähnt 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 (s. Kapitel 1.4) müssen klar aufgezeigt werden. Hier wäre eine schriftliche Information betreffend Risiken wie oben beschrieben empfehlenswert.

Grundsätzlich geht es darum die Frau fähig zu machen, ihre Entscheidung zu treffen und ihren individuellen, persönlichen Weg zu gehen.

☞ **Fazit zu Kapitel 3:** Daraus schliesse ich, dass „informed choice“ ein Konzept ist, bei welchem die Grundhaltung der Frau erfasst und berücksichtigt wird, der Frau wird Eigenverantwortung zurückgegeben und die Mitbestimmung ermöglicht. Betreffend der Terminüberschreitung ist eine Aufklärung der Vor- und Nachteile sowie der Risiken beider Varianten elementar. Fehlende evidenz-basierte Fakten müssen deklariert werden. Die Entscheidung der Schwangeren muss respektiert und unterstützt werden.

## **4. Schlussfolgerung**

Bei der Terminüberschreitung treffen verschiedene medizinische Fakten und Faktoren, Ansichten und Meinungen aufeinander. Zum Teil bestehen evidenz-basierte Daten, welche der Frau mitgeteilt werden können, zum Teil fehlt der wissenschaftliche Beweis für das Vorgehen oder die Methode, z.B. bei der Überwachung des Feten.

Zudem ist jede Schwangere ein Individuum mit ihren eigenen ganz persönlichen Bedürfnissen, ihrer persönlichen Biografie, ihren moralisch-ethischen Vorstellungen und Ansichten, auch hat sie ihr eigenes soziales Umfeld und ihre persönlichen Ressourcen. Einerseits auf Grund fehlender evidenz-basierter Daten, andererseits wegen der unterschiedlichen individuellen Persönlichkeit der Frau, kann ein generelles Management bei

einer komplikationslosen Terminüberschreitung nicht festgelegt werden. Eine spezifische Abstimmung ist erforderlich.

Für die Hebamme ist die empathische Betreuung Voraussetzung und sie sollte bei der Terminüberschreitung speziell auf die Gefühle der Frauen, die familiäre Situation und die Möglichkeiten zur Bewältigung der unvorgesehenen Situation achten. Die erhaltenen Angaben, zusammen mit den Resultaten der klinischen Untersuchungen stützen die Begleitung und Beratungsmöglichkeiten der Hebamme.

Das Konzept der informierten Entscheidung ist auch bei der komplikationslosen Terminüberschreitung eine gute Möglichkeit, da hier auch die persönliche Sicht der Frau einbezogen wird, die Selbstkompetenz gefördert und das Gefühl für die Schwangerschaft erhalten und unterstützt wird.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Kommunikation betreffend Informationsvermittlung und hier im speziellen betreffend Risikovermittlung ist für Hebammen wie für Ärzte empfehlenswert und angebracht. Die eigene Meinung bezüglich verlängerter SS darf bestehen, aber sie darf der Frau nicht als ultimative Lösung mitgeteilt werden.

Grundsätzlich gilt für ein Gespräch mit der personenzentrierten Haltung (Akzeptanz, Empathie und Kongruenz) der Frau/dem Paar entgegenzutreten. Genügend Zeit einzuplanen, damit keine Hektik oder Stress auftritt und alles Nötige besprochen werden kann, ist elementar. Klare und verständliche Wörter erleichtern und begünstigen das Verständnis der Frau/dem Paar. Dies wird durch das Visualisieren unterstützt und gefördert. Wird auf einen fließenden Austausch zwischen den Parteien geachtet, begünstigt dies die Situation der Schwangeren zu betrachten und zu erfassen, Fakten objektiv zu beurteilen und richtig einzuschätzen. Vor- und Nachteile und auch Risiken müssen erläutern werden und diese sind in jedem Einzelfall individuell einzubauen und abzuwägen, so dass ein Procedere der Frau entsprechend herauskristallisiert wird.

## **5. Zielüberprüfung**

Die beiden möglichen Vorgehensweisen (abwartende Haltung versus Einleitung), inklusive spezieller Empfehlungen bei Terminüberschreitung wurden festgehalten, die Risiken dargestellt und erläutert. Soweit möglich sind evidenz-basierte Daten verwendet und Forschungslücken aufgezeigt worden.

Das Spannungsfeld der Schwangeren wurde aus diversen Aspekten beleuchtet und es werden Hinweise auf mögliche Schwerpunkte bei der Betreuung gegeben.

Dabei wird klar ersichtlich, dass eine individuelle Betrachtung der Frau sowie der Einbezug der Schwangeren unabdingbar sind. Für die Beratung der Schwangeren wurde das Konzept „informed choice“ vorgestellt und Schwerpunkte bezüglich Terminüberschreitung wurden aufgezeigt.

## 9. Literaturverzeichnis

- Baldegger E 1999 Bewältigung In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte Bd 3* Huber, Bern S 125-143
- Banis R 2005 Macht Glaube gesund? *Erfahrungsheilkunde EHK* **54**: 774-778
- Brailey S 2005 Zeitgemässe Ethik *Hebamme.ch* **10**: 4-9
- Brühl M 2005 Betreuung mit Beziehung *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **7**: 16-17
- Bryar RM 2003 Jean Ball die Liegestuhl-Theorie In: Bryar RM *Theorie und Hebammenpraxis* Huber, Bern S 180-185
- Bühlmann J 1998 Angst In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte Band 1* Huber, Bern S 81-101
- Dross M 2001 *Krisenintervention* Hogrefe, Göttingen
- Eirich M 2005 Eine Angst nährt die andere *Deutsche Hebamme* **8**:16-18
- Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J 1998 *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer* Ullstein Medical, Wiesbaden
- Geissbühler V, Zimmermann K, Eberhard J 2005 Geburtsängste in der Schwangerschaft *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **65**: 873-880
- Heine R, Schewior-Popp S 2004 Gesundheit und Krankheit In: Kellnhäuser E, Schewior Popp S, Sitzmann F, Geissner U, Gümmer M, Ulrich L (Hrsg) *Thiemes Pflege* 10. völlig neu bearbeitete Auflage Thieme, Stuttgart S 26-34
- 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
- Husslein P, Egarter C 2004 Geburtseinleitung In: Schneider H, Husslein P, Schneiter KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2.Aufl Springer, Berlin S 1011-1024
- Jepsen B 2005 Mit der Natur gegen die Angst *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **8**:26-29
- Jones S R 2000 *Ethics in Midwifery* 2.Aufl Mosby, Edinburgh
- Kramer M, Rouleau J, Baskett T 2006 Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour: a retrospectiv, populaion-based cohort study *Lancet* **368**: 1444-1448
- Krause F, Storch M 2006 *Selbstmanagement – ressourcenorientiert 2.*, korrigierte Aufl Huber, Bern
- Krens I 2005 Teil der emotionalen Matrix *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **3**: 6-7
- Langer M 2004 Psychosomatik In: Schneider H, Husslein P, Schneiter KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2.Aufl Springer, Berlin S 1011-1024

- Loh A, Simon D, Niebling W, Härter M 2005 Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen *Zentralblatt für allgemeine Medizin* **81**: 550-560
- Mändle C 2003 Schwangerenvorsorge In: Mändle C, Opitz-Kreuter S, Wehling A (Hrsg) *Das Hebammenbuch* 4.Aufl Schattauer, Stuttgart S 135-166
- 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
- Mata et al. 2005 Verständliche Risikokommunikation *Zentralblatt für allgemeine Medizin* **81**: 537-541
- Midirs 2005 *Informed choice for professionals Prolonged pregnancy* MIDIRS, Bristol
- Oberdörfer K 2005 Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt *Die Hebamme* **18**:75-78
- Rath W, Zahradnik H P 2004 Die medikamentöse Geburtseinleitung: Spiegelbild der aktuellen Geburtshilfe zwischen Evidence-based Medicine, klinischen Empfehlungen und Wunsch der Frau *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **64**:245-249
- Rauchfuss M 2001 Ressourcenorientierte Interventionen in der Schwangerschaft *Zentralblatt für Gynäkologie* **123**:102-110
- Reime B 2005 Geburtsangst erkennen *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **8**:12-15
- Reim-Hofer U 2002 Empathie – eine Grundlage der Hebammenarbeit *Die Hebamme* **1**: 30-31
- Rüb D 2003 Wenn es dann nicht kommt, müssen wir was machen! *Österreichische Hebammenzeitung* **3**:4-5
- Sänger S 2005 Evidenzbasierte Patientenentscheidung – Wirklichkeit oder Wunsch? *Zentralblatt für allgemeine Medizin* **81**:528-536
- Schelling M 2004 Ultraschall in der Geburtshilfe In: Schneider H, Husslein P, Schneiter KTM (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 KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2.Aufl Springer, Berlin S 539-567
- Schumann M 2004 Von der Gefahr zum Risiko *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **5**:25-29
- Schwarz C, Schücking B 2004 Welche Auswirkungen hat eine Einleitung auf die nachfolgende Geburt? *Die Hebamme* **17**: 91-94
- Schweizerische Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) 1979 [online] Verfügbar unter: [http://www.sggtspcp.ch/de/personenzentrierteransatz\\_einfuehrung.html](http://www.sggtspcp.ch/de/personenzentrierteransatz_einfuehrung.html) [zugegriffen 3.10.2006]
- Stadelmann I 2005 *Die Hebammensprechstunde* Ingeborg Stadelmann Eigenverlag Ermengerst



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

Steffen-Bürgi B 1999 Selbstkonzept In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte* Band 2 Huber, Bern S 9-29

Tomaselli-Reime S 2005 Unfähig und gelähmt *Deutsche Hebammen Zeitschrift* **8**:6-9

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

Zeller-Forster F 1998 Hilflosigkeit In: Käppeli S (Hrsg) *Pflegekonzepte* Band 1 Huber, Bern S 65-79

## 10. Bibliografie

Cole A, Bird J 2000 *The medical interview* 2.Aufl Mosby, St. Louis

Schulz von Thun 2004 *Miteinander Reden* 1 39.Aufl Rowohlt, Reinbeck b. Hamburg

Van Schayck A 2000 *Ethisch handeln und entscheiden* 1.Aufl Kohlhammer, Stuttgart

## 11. Bildnachweis

Titelbild: World Body Painting Association [online] verfügbar unter: [http://wbpa.info/index\\_de.htm](http://wbpa.info/index_de.htm) „artcolorballet2“ [zugegriffen am 14.9.2006]

Abb.1: Jung-Heintz H 2004 Informieren, Schulen, Anleiten im Pflegeprozess In: Kellnhauser E, Schewior-Popp S, Sitzmann F, Geissner U, Gümmer M, Ulrich L (Hrsg) *Thiemes Pflege* 10. völlig neu bearbeitete Auflage Thieme, Stuttgart New York

Abb. 2: Bryar RM 2003 Jean Ball die Liegestuhl-Theorie In: Bryar RM *Theorie und Hebammenpraxis* Huber, Bern S 180-185

## 12. Abkürzungsverzeichnis

CTG	Kardiotokogramm
EBM	evidence based medicine = evidenz-basierte Daten
ET	errechneter Termin
EP	Eröffnungsperiode
FW	Fruchtwasser
IUFT	intrauteriner Fruchttod
KT	Konzeptionsdatum
LP	letzte Periode
NST	non-stress test
PDA	Periduralanästhesie

SAFT	<u>S</u> chwangerschaft, <u>A</u> bort, <u>E</u> rühgeburt, <u>T</u> ermingeburt
SGA	small for gestional Age = zu klein für das Gestationsalter
SGGG	Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGGT	Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
SS	Schwangerschaft
SSL	Scheitel-Steiss-Länge
SSW	Schwangerschaftswoche
T	Geburtstermin
US	Ultraschall