

Terminbestimmung als Ressource im Kreißaal – ein Fallbeispiel

Esther Göbel, Hebamme, Dresden

Zum Thema

Bei der Betreuung der schwangeren Frauen haben wir häufig das Gefühl, dass der im Mutterpass eingetragene Geburtstermin nicht zu dem wahren Schwangerschaftsalter passt. Leider gibt es oft nur wenig Handlungsspielraum, um diese intuitiven Zweifel zu objektivieren, bevor die Geburt eingeleitet wird. Wenn das Kind nach der Einleitung dann keinerlei Zeichen einer Übertragung zeigt, ist das Erstaunen groß – trotzdem wird weiterhin unhinfragt eingeleitet. Ein reales Fallbeispiel möchte zum Nachdenken anregen.

Fallbeispiel

Sandra kannte ich von der Wochenbettbetreuung beim ersten Kind. Fünf Jahre später saß sie in meinem Geburtsvorbereitungskurs. Vom Typ her ist sie mit einem „Schweddinnen-Becken“ und mit einer guten Portion „dörflichem Selbstvertrauen“ („Das wird schon. Ich habe auch knapp 5 kg gewogen.“) ausgestattet. Die Schwangerenvorsorge wollte sie bei ihrer Ärztin weiter laufen lassen und ihr Kind dann in unserer Hebammenpraxis gebären.

Ihr **erstes Kind** kam in der 38. SSW, mit 4100g auf die Welt. Sie hat zwischen Übergabe und Schichtwechsel geboren, völlig hyperventiliert, mit einer ordentlichen Episiotomie und einem Gynäkologen, der ihr beim Pressen „von oben geholfen“ hat. Die Wochenstation hatte Sandra dann nach 3 Tagen auf eigene Verantwortung verlassen. Sitzen konnte sie nach 5 Wochen wieder.

Mit **Beginn der 37. SSW** wurde Sandra unruhig. Sie konnte nachts nicht mehr schlafen, hatte immer wieder Vorwehen, ihr Mann befand sich in „Alarmbereitschaft“. Sie musste immer wieder über die erste Geburt nachdenken und war genervt.

In solchen Fällen bitte ich um die Erlaubnis für eine klärende vaginale Untersuchung. Befund: MM geschlossen, sakral, Portio erhalten. Für die nächsten Nächte verordnete ich Sandra jeweils 2 Dragees Sedselect® (ein pflanzliches Sedativum aus Hopfen, Malz, Melisse) und falls sie nicht schlafen kann, gegen 2 Uhr morgens noch einmal 2 Dragees. Nach drei Tagen konnte Sandra wieder schlafen.

Bei der Cranio-Sakraltherapie spürte ich viel Angst in ihr. Wir redeten und redeten . . . Beruhigt hat sie die **Ultraschall-Untersuchung** unseres Gynäkologen im Geburtshaus in der 39. SSW, bei der er „3700g“ sagte. (Er sagt zwar immer „plus/minus 1 kg“ dazu, aber es wird in der Regel ja nur das gehört, was frau braucht.)

Mit dem **Erreichen des Termins** setzte die Unruhe wieder ein. Sandra bekam Thermalbäder und Spaziergänge, Bauchanmassagen und Schwangerschafts-Archivierung als Hausaufgabe auf.

40 + 4 wünschte Sandra wieder eine vaginale Untersuchung. Befund: MM geschlossen, weich, Portio z.T. erhalten, mediosakral. Ich empfahl ihr, ab jetzt nicht mehr auf das Kind zu warten, sondern sich überraschen zu lassen, d. h.

Freunde besuchen, jeden Tag eine Visualisierungsreise durch ihr Becken zu machen, den Muttermund in eine schöne weiche Blume verwandeln und sie in Gedanken öffnen.

41 + 4 hatte Sandra die Nase voll. Sie wurde wütend auf mich, auf das Kind, auf ihren Mann. Ich sollte etwas tun. Sie bekam dann Nelkenöl für Tampons, jeden Tag zwei.

42 + 0 war der Muttermund geschlossen, die Portio verstrichen, zentriert und weich. Diesmal war das Kind das erste Mal mit seinem Kopf in einer I. Lage fest dahinter. Bis dahin hatte es immer mal die Position gewechselt und beim Versuch einer CTG-Überwachung stark gestrampelt.

42 + 2 kam Sandra freudestrahlend vom Ultraschall wieder und sagte: „Euer Doktor im Geburtshaus hat die Untersuchungen vom Anfang bei meiner Ärztin noch einmal überprüft und dabei festgelegt, dass meine Ärztin sich vertan hat. Ich bin **erst 40 + 5**. Ich hatte ja auch immer so lange Periodenabstände und als ich damals das 1. Mal zum Ultraschall ging, war das Kind auch nicht richtig zu sehen gewesen.“ – Gut, dachte ich, dass wir darüber auch mal gesprochen haben. Als ob Sandra dies gehört hätte, sagte sie: „Ich wusste ja nicht, dass das so wichtig ist.“

42 + 4 hatte Sandra den ganzen Tag über Wehen, mal starke, mal leichte. Um 19.00 Uhr wollte sie in die Praxis kommen. Der Muttermund war 2 cm, wulstig, sakral. Sie wollte sich gerade gemütlich einrichten, als vor dem Fenster Straßenbauarbeiten mit dem Presslufthammer begannen. „Geht das die ganze Nacht so?“ „Ich befürchte.“ Um 22.00 Uhr ging sie wieder nach Hause.

Zwei Tage später, **42 + 6** bzw. neu gerechnet **41 + 3**, rief Sandra um 20.00 Uhr mit kräftigen Wehen an. Um 23.20 Uhr war Annemarie geboren. Ihr Gewicht betrug 4700g, auf den Rücken hatte sie noch Käseschmiere. Der Kopf kam im Vierfüßlerstand und die Schultern im Seilhängend nach innerer Drehung am Schulterblatt. Ein kleiner Dammriss Grad I war zu nähen und um 6.00 Uhr wurden alle von der großen Schwester abgeholt.

Fallanalyse

Ressource 1: Objektivierung des Geburtstermins

Auch am Anfang der Schwangerschaft ist es nicht egal, ob eine Frau „7 + 1“ oder „6 + 0“ ist. Jede Hebamme kann sich die Tabelle mit den Größen des Kindes in der ersten Zeit seines intrauterinen Lebens beschaffen. Am Anfang wächst das Kind jeden Tag ungefähr einen Millimeter (s. Tab. 1).

Eine kritische Prüfung des Geburtstermins, so früh wie möglich, ist unverzichtbar.

Dies kann in Zusammenarbeit mit den betreuenden Gynäkologen sein, die oft die erste Ultraschalluntersuchung nur in ihren Akten und nicht im Mutterpass vermerken. Eine Hebamme, die nachfragt, vermittelt Interesse und stärkt die kollegiale Zusammenarbeit.

Ressource 2: Kontinuierliche Betreuung

Sandra wurde die ganze Zeit von einer Hebamme betreut. D.h. das Gefühl für die Frau und das Kind, die Art und Weise der Betreuung wurde unter einer geringen Zahl von Verantwortlichen festgelegt. Die Veränderungen bei der Frau und dem Kind konnten so besser eingeschätzt werden. Ob die Konsultationen nun Mo-Mi-Fr oder Di-Do oder Mi-Sa oder jeden Tag und wann der Gynäkologe mit einbezogen werden soll, lag in der Mitverantwortung der Frau.

Dies stärkt die mütterliche Kompetenz und das Vertrauen in das betreuende Team.

Es gab keine Reibereien zwischen Hebamme und Arzt, welche die Frau verunsicherten. Sie hatten beide nur die genaue Prüfung des Termins verpasst. Jeder hatte sich auf den anderen verlassen... Hier liegt die nächste Ressource: die genaue Absprache zwischen Arzt und Hebamme und ein internes Prüfregime des Termins.

Ressource 3: Kostensparnis durch Vermeiden von unnötigen Interventionen

Eine weitere Ressource ist das Geld. Wie viel Geld in unserem Fallbeispiel gespart worden ist, weil keine Einleitung statt gefunden hat, kann ich nicht sagen. Wir alle wissen aber, wie **Einleitungen bei unreifen Befunden** verlaufen: Der Medikamenteneinsatz ist viel höher als bei Geburten mit spontanem Wehenbeginn. Eine operative Geburtsbeendigung, insbesondere bei der Größe des Kindes, war nahe liegend. Wie hätte da das Schultermanagement ausgesehen? Kristellern und Überdrehen des Kopfes – statt Positionswechsel und einfache interne Drehung am Schulterblatt? Die Schulterdystokie ist an sich nicht problematisch, nur das falsche Management schafft Probleme.

Wie viele Arbeitsstunden bräuchten nicht geleistet und bezahlt zu werden, wenn nicht die „ewig langen Einleitungen“ von einem Tag in den anderen mitgeschleppt würden?
Wie viele nützliche Dinge könnten für die Kreißaal-Ausrüstung mit dem eingesparten Geld gekauft werden?

Ressource 4: Wortwahl

Jedes Wort transportiert Informationen. **Wenn es aber für eine Information kein Wort gibt**, was dann?

- Eine Geburt vor der 37. SSW ist eine **Frühgeburt**.

Tab. 1: Scheitel-Steiß-Länge in Abhängigkeit vom Schwangerschaftsalter.

komplette SSW +Tag	Scheitel-Steiß-Länge (SSL/CRL in mm)
6 + 0	2
6 + 1	3
6 + 2	4
6 + 3	5
6 + 4	6
6 + 5	7
6 + 6	8
7 + 0	9
7 + 1	10
7 + 2	11
7 + 3	12
7 + 4	13
7 + 5	14
7 + 5	15
7 + 6	16
8 + 0	17
8 + 1	18
8 + 2	19
8 + 3	20
8 + 4	21
8 + 4	22
8 + 5	23
8 + 6	24
9 + 0	25
9 + 1	26
9 + 2	27
9 + 2	28
9 + 3	29
9 + 4	30
9 + 5	31
9 + 6	32
9 + 6	33
10 + 0	34
10 + 1	35
10 + 2	36
10 + 2	37
10 + 3	38
10 + 4	39
10 + 5	40
10 + 5	41
10 + 6	42
11 + 0	43
11 + 0	44
11 + 1	45
11 + 2	46
11 + 2	47
11 + 3	48
11 + 4	49
11 + 4	50
11 + 5	51
11 + 6	52
11 + 6	53
12 + 0	54
12 + 1	55
12 + 1	56
12 + 2	57
12 + 3	58
12 + 3	59
12 + 4	60

- Eine Geburt nach der 42. SSW ist dann eine **Spätgeburt**.
- Und dazwischen? Diese Frage hatte ich bei einem Hebammenseminar gestellt. Nach einer Weile sagte eine Kollegin: „Das ist eine **Zeitgeburt**.“

Eine Frau hat also 5 Wochen Zeit, um ihr Kind zu gebären.

Und so wie eine Frühgeburt nicht automatisch Gefahr bedeutet, ist auch eine Spätgeburt nicht immer automatisch gefährlich.

Was ist dann eigentlich eine Übertragung? Für mich bedeutet sie: Ein Kind kommt zu einer Zeit, in der es hätte schon da sein sollen. Das kann auch schon 38 + 4 der Fall sein, mit allen typischen Zeichen einer Übertragung bei einem plausibel bestimmten Geburtstermin. Zum Beispiel wenn die placentaren Ressourcen aufgebraucht sind, aber der die Geburt auslösende Mechanismus noch nicht in Gang kommt. Es handelt sich sozusagen um den frühesten Geburtsstillstand.

Und warum? – Fragen wir das noch? Ich kenne Kliniken, in denen wird immer mit „41 + 0“ eingeleitet. Basta. Warum? Bekommt derjenige, der dies bestimmt noch diese Frage zu hören? Wird da noch verhandelt oder haben wir uns an dieses Unrecht gewöhnt? Ich finde, wir sollten es wenigstens versuchen.

Anschrift der Autorin:

Esther Göbel
Hebammenpraxis Bühlau,
Grundstr. 174, 01324 Dresden,
E-Mail: info@hebammenpraxis-buehlau.de