

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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 11

Artikel: Geburtseinleitung (in Terminnähe)

Autor: Schaetti, Daniel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950894>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

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

GEBURTSEINLEITUNG (in Terminnähe)

Daniel Schaetti,
Praxisgemeinschaft zum Wasserfels, 8706 Meilen

Nach dem Abschluss des Medizinstudiums mit dem Staatsexamen 1980 in Basel chirurgische Ausbildung im Kantonsspital Glarus. Die anschliessende Facharztausbildung absolvierte ich an der Universitätsfrauenklinik Basel von 1982 bis 1986. Während der geburtshilflichen Ausbildung sammelte ich praktische Erfahrung bei konventioneller Einleitung und auch Prostaglandineinleitung. Von 1986 bis 1991 war ich Oberarzt und Chefarztstellvertreter an der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Kantonsspitals Liestal. Zu dieser Zeit setzten wir uns intensiv mit der Prostaglandineinleitung auseinander, davon zeugen auch diverse Kongressbeiträge und Publikationen. Seit Frühjahr 1991 bin ich zusammen mit einem Oberarztkollegen aus Liestal in einer Praxisgemeinschaft in Meilen tätig.

Einleitung

Die Physiologie des Wehenbeginnes ist weiterhin sehr komplex. Diverse Ansätze sind bekannt, doch der eigentliche Regelkreis ist noch lange nicht aufgeklärt. Dagegen kennen wir bereits einige Möglichkeiten, um die Wehen zu fördern oder zu hemmen. Mit zunehmender Kenntnis dieser Medikamente stellt sich auch die Frage, wann eine Geburt (gefahrlos) eingeleitet werden kann und soll. Die Tragzeit von 280 Tagen bleibt weiterhin für den Geburtstermin von zentraler Bedeutung, obwohl bekanntlich nur ein kleiner Teil der Frauen zu diesem Zeitpunkt gebären. Neuere Untersuchungen zeigen, dass dies auch altersabhängig ist. Daneben sind multifaktorielle Gründe für eine verlängerte oder eine verkürzte Tragzeit bekannt. Andererseits ist das eigentliche Risiko bei expektativem Warten nach der abgeschlossenen 42. Schwangerschaftswoche auch bei neueren Studien eindeutig nachgewiesen. Bei folgenden **medizinischen Indikationen** ist die **Geburtseinleitung** notwendig:

- echte Übertragungen
- pathologischer Belastungstest
- Mangelentwicklungen
- Präeklampsien
- vorzeitiger Blasensprung (in Terminnähe)

Daneben die fakultativen Einleitungen zwischen der 38. und der 42. SSW bei vaginal reifer Situation, bei Kopf- und Beckenendlagen sowie Mehrlingen. Diverse Studien bis zum heutigen Tag belegen immer wieder, dass ein aktives Vorgehen bei klarer geburtshilflicher

Indikation die Morbidität und Mortalität des Kindes deutlich senkt! Sicherlich müssen Nutzen und Risiko für alle Beteiligten immer genau abgewogen werden. Doch mit der heute recht genauen Kenntnis der Wirkung der entsprechenden Medikamente lässt sich das Risiko auf ein Minimum reduzieren. Im folgenden werde ich hauptsächlich auf die Prostaglandineinleitung eingehen. Die konventionelle Einleitung mittels Syntocinon ist praktisch seit Jahren unverändert und etabliert. Alternativen wie Mammastimulation sind bis heute nicht genügend dokumentiert worden. Selbstverständlich haben sie im Einzelfall ihre Berechtigung und können zum Erfolg führen.

Intravaginale Prostaglandin-E₂-Anwendung

Meine persönlichen Erfahrungen mit den Prostaglandin-E₂ Einleitungen werde ich anhand von zwei grösseren Untersuchungen im Kantonsspital Liestal konkretisieren. Die Einleitung bei reifer vaginaler Situation ist sicher diejenige der Syntocinoninfusion, dabei kann ebenfalls ein aktives Management bezüglich der Blasensprengung vorgenommen werden. In diesen Fällen ist meist mit einem problemlosen Geburtsverlauf zu rechnen. Bei unreifer vaginaler Situation dagegen sind die Verhältnisse deutlich anders gelagert. Bei einem Bishopscore kleiner als 6 wurden folgende Einleitungen vorgenommen, wobei sich die elektive Einleitungsgruppe beim Prostaglandin etwas vergrösserte. Statistisch sind jedoch keine

signifikanten Unterschiede bezüglich der beiden Gruppen nachzuweisen. Das Vergleichskollektiv bestand aus den elektiven Einleitungen des Vorjahres und der anschliessenden konsequenten elektiven Einleitung mit Prostaglandin-E₂ im darauffolgenden Jahr.

In Anlehnung an die von Husslein vorgeschlagene Prostaglandin-E₂-Ovula-Einleitung wurde folgendes Schema vorgenommen:

6.00 h Einlage eines Prostaglandin-E₂-Ovulas durch die Hebamme (gleichzeitige Kontrolle des Bishopscore).

9.00 h Kontroll-CTG (bei früherer Wehentätigkeit vorgezogenes CTG).

12.00 h Kontrolle des vaginalen Befundes, falls kein Geburtsfortschritt festgestellt wird, erneute Prostaglandin-einlage.

15.00 h Erneutes Kontroll-CTG.

Bei früherem Ansprechen wurde das Procedere entsprechend abgekürzt, am gleichen Tage wurde auf eine zusätzliche Einlage verzichtet. Bei Nichtansprechen während der darauffolgenden Nacht nochmalige Einleitung mit allerhöchstens zwei weiteren Prostaglandin-E₂-Ovula.

Das Patientinnen-Kollektiv setzte sich wie folgt zusammen:

Tabelle 1

Prostaglandineinleitung (n=99)		
	Primi- parae	Multi- parae
Elektiv	26	34
Übertragung	5	7
VSB	15	4
Präeklampsie	2	0
Susp. OCT/Retardierung	4	2

Syntocinoneinleitung (n=72)

	Primi- parae	Multi- parae
Elektiv	10	11
Übertragung	3	1
VSB	16	17
Präeklampsie	9	0
Susp. OCT/Retardierung	2	3

Unsere Ergebnisse sind in der folgenden Übersicht tabellarisch und graphisch dargestellt (siehe Tabellen 2). Beim Betrachten der Tabelle und Graphiken fällt sofort auf, dass eine deutlich höhere Sectio-Frequenz bei den Synto-

Tabelle 2.1

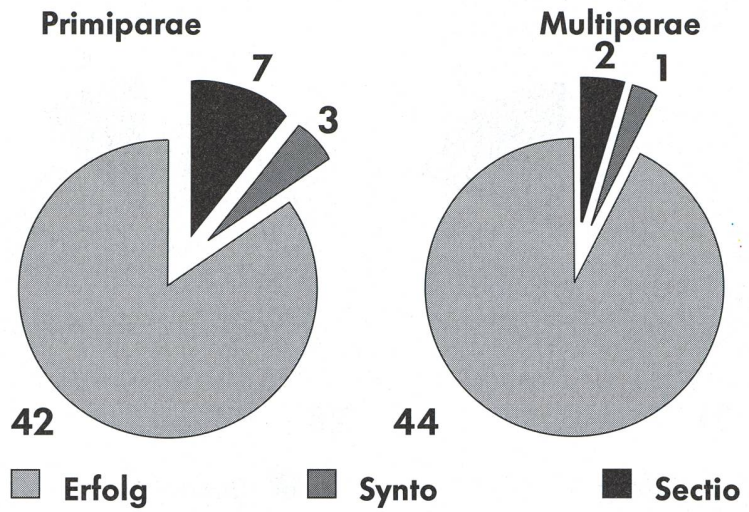
Prostaglandineinleitung

	Primi- parae	Multi- parae
Erfolg	42	44
+ Syntocinon	+ 3	+ 1
Sectio	7	2
Forceps	7	1

cinoneinleitungen vorliegt, dies trifft sowohl bei den Primiparae als auch bei den Multiparae zu. Bei den Primiparae konnte in drei Fällen nach einer «erfolglosen» Prostaglandineinleitung noch eine vaginale Geburt mittels Syntocinon erreicht werden. Dabei ist zu sagen, dass mittels Prostaglandin eine Reifung der Zervix erreicht wurde, allerdings kam keine kontinuierliche Wehentätigkeit in Gang. Bisher galt als eine der Hauptindikationen der Syntocinoneinleitung der vorzeitige Blasensprung. Unser Protokoll

2.1

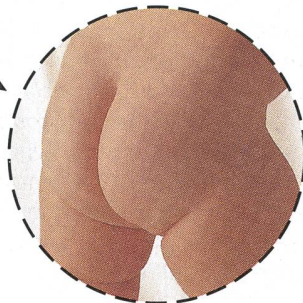
Prostin-Einleitung



sah demzufolge entgegen der gängigen Literatur dies ebenfalls als Hauptindikation vor. Mit zunehmender Erfahrung mit dem Prostaglandin wurden wir bezüglich der Indikation bei Terminüberschreitungen ebenfalls aggressiver,

es scheint, dass damit auch der vorzeitige Blasensprung eher abnahm. Der vorzeitige Blasensprung und die Einleitung mittels lokalem Prostaglandin werde ich im angefügten Teil weiter ausführen.

FÜHLEN SIE MAL!



Wenn die Windel Ihres Babys seinen Po nicht so trocken hält, entdecken Sie, welche es schafft: ----->

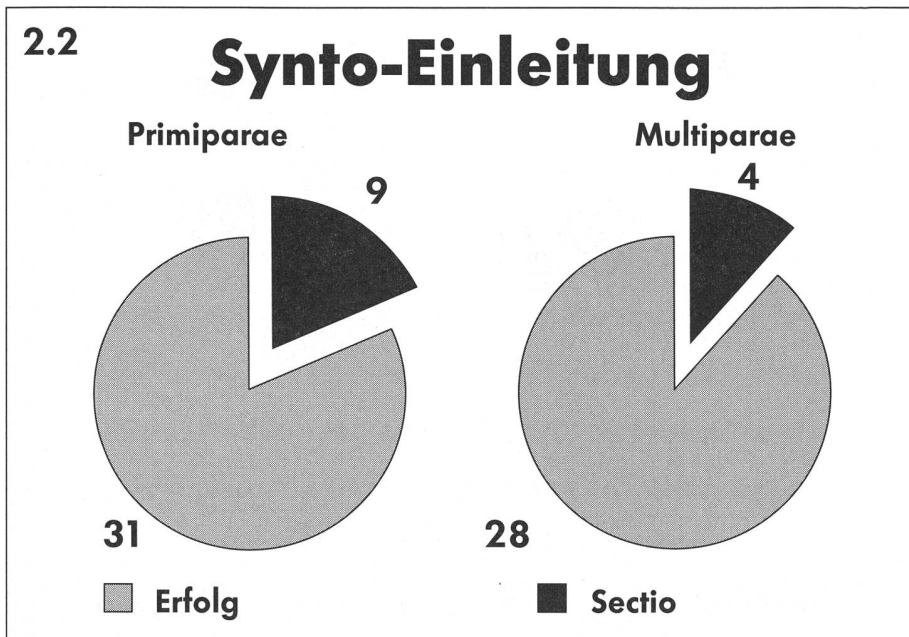


Tabelle 2.2

Syntocinoneinleitung		
	Primi- parae	Multi- parae
Erfolg	31	28
Sectio	9	4
Forceps	13	2

Vereinzelt traten Hyperstimulationen auf, dies besonders bei Multiparae. Allerdings liessen sie sich problemlos mittels ein- bis zweimaliger i.v. Applikation eines Beta-Mimetikas beheben. Im Gegensatz zu anderen Publikationen konnten wir keine Dauerkontraktionen oder irreversible Bradykardien feststellen. Schwere Azidosen (arterielles pH kleiner als 7,10) wurden bei der Syntocinon-Gruppe einmal festgestellt, dabei handelte es sich um ein pathologisches CTG mit sekundärer Sectio caesarea. In der Prostaglandin-Gruppe wurden vier schwere Azidosen festgestellt, in einem Fall eine Zweitpara mit schneller Spontangeburt und final bradykardem CTG. Einmal eine Drittpara mit zweimaliger intrauteriner Reanimation, einmal ein Versuch eines Trial-Forceps und anschliessend sekundärer Sectio, einmal ein hochpathologisches CTG mit sekundärer Sectio. Alle Kinder wurden durch den Pädiater als neurologisch unauffällig eingestuft.

Mit Beginn der Einleitung frühmorgens gebären die meisten Patientinnen im

Laufe des Nachmittags resp. des Abends. Bei sehr unreifem vaginalen Befund kann auch bereits am Vorabend zum Reifen ein Prostaglandin-Ovula eingelegt werden. Die vaginale Situation und die Möglichkeit einer raschen Geburt müssen dabei gebührend berücksichtigt werden. Erfahrungsgemäss besteht bei der Einlage eine Latenzzeit von 2-3 Stunden. Mit entsprechender Kenntnis lässt sich dabei der Geburtsverlauf doch einigermaßen voraussehen, da die Patientin nicht an eine Infusion gebunden ist, empfindet sie die Einleitung häufig nicht als solche, weshalb wir auch von einer «natürlichen Geburtseinleitung» sprechen. Da die Anwendung lokal erfolgt, sind Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen praktisch nicht feststellbar, dies im Gegensatz zu der systemischen Anwendung von Prostaglandin. Bei nicht regelmässiger Wehentätigkeit, aber einem deutlichen Ansprechen auf Prostaglandin, kann jederzeit mittels Syntocinon eine koordiniertere Wehentätigkeit gefördert werden, allerdings muss man sich bewusst sein, dass eine potenzierte Wirkung auftreten kann.

Prostaglandin-E₂-Anwendung bei VBS

Nach unseren positiven Erfahrungen mit der intravaginalen Prostaglandin-E₂-Gabe wollten wir die entsprechende Geburtseinleitung beim vorzeitigen Blasensprung mit der gleichen Medikation

untersuchen. In der Literatur gab es keine entsprechend grossen Studien, sondern nur wenige beschriebene Fälle, allerdings auch hier ohne Komplikationen. Im allgemeinen wird unter dem vorzeitigen Blasensprung eine Ruptur der Eihäute vor Beginn der Wehentätigkeit verstanden. Je nach Autor wird ein unterschiedlich langes, wehenfreies Intervall nach Blasensprung von 0-24 Stunden gefordert. Die Häufigkeit des Blasensprungs wird unabhängig von der Schwangerschaftsdauer in der Literatur mit 2-17%, in Terminnähe mit 2-10% angegeben. An unserer Klinik betrug sie ca. 7% in Terminnähe. Retrospektive und prospektive Studien bis ins Jahr 1993 zeigen bei Termingeburten eine deutliche Zunahme der Morbidität und Mortalität des Neugeborenen, wenn das Intervall des vorzeitigen Blasensprungs bis zur Geburt 24 Stunden überschritten hat.

Studienprotokoll

In unserer Studie wurden alle Frauen mit Einlingsschwangerschaften bei vorzeitigem Blasensprung zwischen der 38. und 42. SSW aufgenommen.

Bei sicher nachgewiesenem Blasensprung, fehlender Wehentätigkeit und einem Bishopscore kleiner als 6 wurde frühestens nach 6 Stunden eine Prostaglandin-E₂-Tablette à 3 mg ins hintere Scheidengewölbe eingelegt. Analog den vorherigen Ausführungen wurde nach 3 und 6 Stunden vaginal untersucht und ein Kontroll-CTG angefertigt. Bei bereits früher aufgetretener Wehentätigkeit wurden die Untersuchungen dementsprechend früher durchgeführt. Das entsprechende Vorgehen mit max. 2 Tabl. pro Tag an max. 2 aufeinanderfolgenden Tagen wurde ebenfalls eingehalten.

Bei den Patientinnen unserer Studie (85 Erst- und 36 Mehrgebärende) lag der vorzeitige Blasensprung zwischen 6 und 28 Stunden zurück. Alle von uns eingeleiteten Patientinnen reagierten mit einer regelmässigen Wehentätigkeit.

Die Geburt erfolgte bei 106 Patientinnen (87%) innerhalb von 24 Stunden nach der ersten Prostaglandin-E₂-Gabe (Tab. 3). Dabei wurde bei 57 Einleitungen 3 mg und bei 49 Einleitungen 6 mg PG-E₂ benötigt. Bei den übrigen Patientinnen (15) kam es am darauffolgenden Tag zur Geburt. Während bei den Pri-

Prostin-Einleitung bei VBS

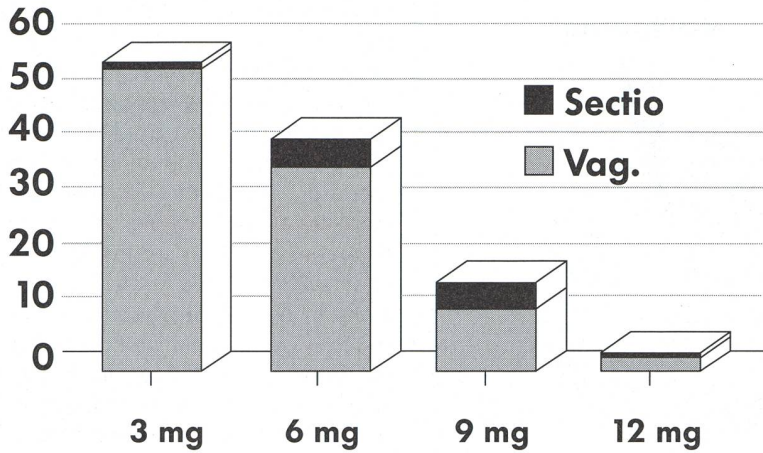


Tabelle 3

miparae nie eine intrauterine Reanimation wegen Hyperstimulation oder pathologischem CTG notwendig war, musste dies bei einer Mehrgebärenden 3 Stunden nach der ersten Prostaglan-

din-Gabe einmalig vorgenommen werden. Es trat dabei eine Hyperstimulation ohne pathologisches CTG auf. Mittels einer Bolusgabe von 20 µg Fenoterol konnte die Hyperstimulation behoben

werden, der weitere Geburtsverlauf war unauffällig, und das Kind wurde spontan entbunden.

Bei den Primiparae kam es bei 57 Fällen (67%) zu Spontangeburt, in 19 Fällen (22%) zu vaginal operativen Entbindungen (Tab. 4). In 9 Fällen (10%) musste eine Sectio caesarea durchgeführt werden. Die Indikation zur Kaiserschnitt-Entbindung wurde durchwegs wegen eines Geburtsstillstandes gestellt. Daneben war zusätzlich zweimal ein beginnendes Amnioninfektsyndrom und zweimal ein präpathologisches CTG zu verzeichnen. Bei den Mehrgebärenden kam es in 34 Fällen (94,5%) zu Spontangeburt. Es war keine vaginal operative Entbindung notwendig. Nur in 2 Fällen musste eine Sectio caesarea ebenfalls wegen eines Geburtsstillstandes durchgeführt werden.

Das fetal outcome war fast immer unauffällig, nur ein Fall mit einer schweren Azidose und einem pH von 7,07 konnte beobachtet werden. Dabei wurde bei tiefem Querstand und einem pathologischen CTG die Geburt mittels Vakuum beendet. Der Apgar betrug 8/10/10,



Die neue Pampers Baby-Dry:

Denn sie hält einfach trockener – fast wie frisch gewickelt.



Trägt Ihr Baby die neuen Pampers Baby-Dry, können Sie jederzeit nachfühlen, wie es sich anfühlt: weder nass noch unangenehm feucht – sondern schön trocken. Denn nur die neue Pampers Baby-Dry hat das Baby-Dry Trockenvlies, das erst die Nässe von Babys Po wegleitet und dann wieder so gut wie trocken wird. So bleibt Babyhaut trockener.



Die neuen Pampers Baby-Dry.
Einfach trockener – fast wie frisch gewickelt.

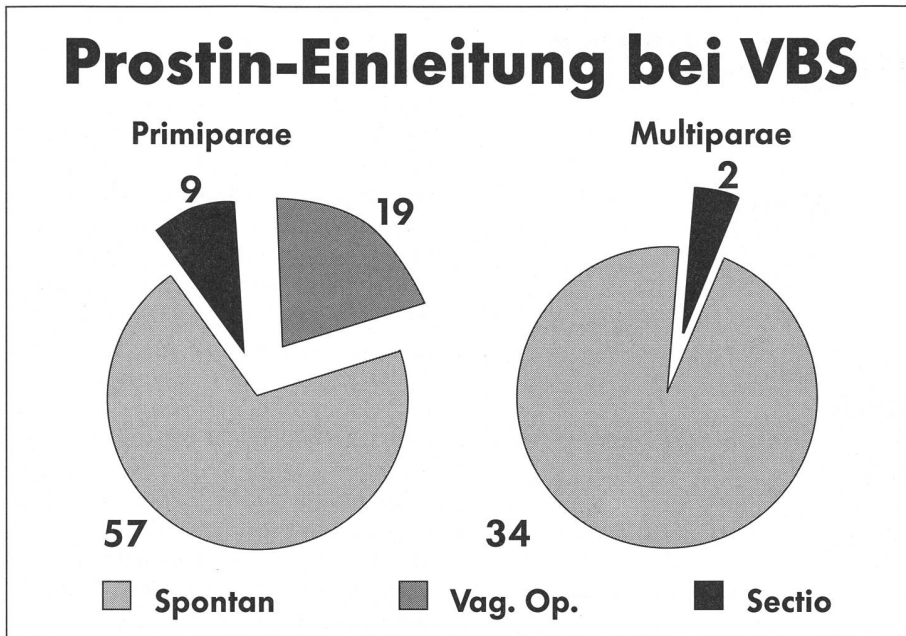


Tabelle 4

postpartal zeigte das Kind keine Auffälligkeiten. Bei allen übrigen Einleitungen konnte nie eine schwere Azidose dokumentiert werden.

Bisher wurden nur wenige Untersuchungen mit geringen Fallzahlen über die intravaginale Anwendung der Prostaglandin-E₂-Tablette bei vorzeitigem Blasensprung veröffentlicht, und dementsprechend ist die Verbreitung auch deutlich eingeschränkt. Unsere Erfahrungen zeigen allerdings, dass bei sorgfältiger Auswahl und Kontrolle dies eine sinnvolle Einleitung ist. Der Forderung einiger Autoren, ein wehenfreies Intervall von 12–24 Stunden abzuwarten, können wir uns nicht anschliessen. Neuere Publikationen zeigen auch, dass eine frühzeitige Einleitung sinnvoll erscheint. Sämtliche Publikationen zeigen fast ausnahmslos ein Ansprechen auf Prostaglandin-E₂-Einleitungen bei vorzeitigem Blasensprung. Patientinnen mit einem Blasensprung und Bishopscore mehr als 6 sollten nicht mit Prostaglandin eingeleitet werden, sondern konventionell mit einer Syntocinoninfusion.

Bezüglich der Sectio-Rate unterscheidet sich unsere Einleitung nicht von den übrigen Kopflagengeburten in Terminnähe. Während bei vorzeitigem Blasensprung in 9% eine Sectio caesarea durchgeführt werden musste, war dies im übrigen Kollektiv in 8,5% der Fall. In keinem Fall war bei uns ein ausgeprägtes Amnioninfektsyndrom aufgetreten; dies deckt sich mit der Literatur, wo eine deut-

liche Reduktion des Amnioninfektsyndroms bei frühzeitiger Einleitung nachgewiesen werden konnte.

Das besonders gute Ansprechen auf die lokale Prostaglandin-E₂-Anwendung bei Mehrgebärenden konnten auch wir beobachten. Es war keine einzige vaginal-operative Intervention in diesem Kollektiv notwendig. Bei den Erstgebärenden hingegen musste in 22% der Fälle eine vaginal-operative Geburtsbeendigung durchgeführt werden. Wir haben bei unserer Klinik bei Primiparae ohne Einleitung eine relativ hohe Rate an vaginal-operativen Geburtsbeendigungen (15%). Die höhere Anzahl bei eingeleiteten Geburten entspricht den Untersuchungen anderer Autoren.

Die immer wieder diskutierte uterine Hyperstimulation bis zur Dauerkontraktion scheint bei der intravaginalen Prostaglandin-E₂-Gabe eine Rarität zu sein. Dabei sind die vereinzelt Fälle problemlos mit einer Bolusgabe eines Beta-Mimetikums zu beheben. Über persistierende pathologische Kardiotokogramme und notfallmässige Sectiones wurde bisher nicht berichtet. Dies deckt sich auch mit unseren Erfahrungen. Wie bereits erwähnt, war nur in einem Fall eine einmalige Fenoterolgabe notwendig, um eine Hyperstimulation zu beheben. Schwere Azidosen sind bei Prostaglandineinleitungen in einem Prozent nachzuweisen, dies entspricht in etwa der Häufigkeit der sonstigen Kopflagengeburten.

Weitere lokale Prostaglandin-Anwendungen

Im Laufe der letzten Jahre war die Industrie in der Lage, stabile PG-E₂-Gelpräparate herzustellen. Diese müssen, um die optimale Wirkung zu entfalten, streng intrazervikal appliziert werden. Dabei ist eine Spekulum-Einstellung notwendig, die lokale Desinfektion vor Applikation obligat. Bei sehr sakralem Muttermund ist es häufig ausgesprochen schwierig, die Portio schön darzustellen. Das Hauptproblem besteht anschliessend in der streng intrazervikalen Anwendung. Häufig fliesst der Gel wieder in die Vagina zurück, dann ist mit einer verminderten Ansprechbarkeit zu rechnen, andererseits kann bei Überwindung des inneren Muttermundes eine extraamniotische Applikation erfolgen. In diesem Fall ist die Gefahr einer massiven Hyperstimulation äusserst gross. Da bei optimaler Platzierung ein schnelleres Ansprechen auf das Prostaglandin erfolgt, muss die initiale Überwachung verstärkt werden. Gewisse Autoren fordern unmittelbar nach Applikation ein Kontroll-CTG bei gleichzeitiger Infusion, um raschmöglichst bei einer Hyperstimulation intervenieren zu können. Es zeigt sich, dass im Bereiche der Hyperstimulation deutlich mehr Probleme auftreten und die Erfahrung des Geburtshelfers ausserordentlich wichtig ist. Dagegen ist die intravaginale Anwendung des Prostaglandins wesentlich einfacher reproduzierbar und im Durchschnitt nebenwirkungsärmer.

Weitere Oxytozika

Die perorale Applikation von Prostaglandin E₂ und Syntocinon ist heutzutage obsolet: Die schlechte Steuerbarkeit und im Bereiche des Prostaglandins die systemischen Nebenwirkungen bringen keinen Vorteil zur konventionellen Anwendung.

Wenige Publikationen sind mit der regulären Geburtseinleitung mittels parenteraler Prostaglandingabe bekannt. Die engere therapeutische Breite, die relativ häufigen Nebenwirkungen im gastrointestinalen Bereiche sowie die hohen Kosten haben die parenterale Anwendung des Prostaglandins zur regulären Geburtseinleitung nie etablieren lassen. Heutzutage ist das Medikament auch vom Hersteller nicht mehr für die

reguläre Geburtseinleitung freigegeben. Allerdings muss erwähnt werden, dass bei Nichtansprechen auf eine Syntocinoneinleitung praktisch immer eine Prostaglandin-E₂-Einleitung möglich wäre. Die Hauptindikation besteht bei der Abortinduktion im zweiten und dritten Trimenon resp. in der postplazentaren Atonieblutung. Hier hat das Medikament sich über Jahre bewährt.

Mit den heutigen uns zur Verfügung stehenden Methoden soll bei medizinischer Indikation eine Geburtseinleitung grosszügig durchgeführt werden. Nach Möglichkeit ist aus physiologischer und psychologischer Sicht die lokale Anwendung vorzuziehen. Bei Terminüberschreitungen darf anstelle der regelmässigen Kontrollen in Absprache mit der Patientin bei «geburtsreifer» Situation die elektive Geburtseinleitung durchgeführt werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass, bei entsprechender Information der Gebärenden, bei Übertragungen der Wunsch nach einer entsprechenden Einleitung deutlich zugenommen hat. Ein Ausblick in die Zukunft wird sicherlich neue Methoden der Geburtseinleitung im Bereiche der Antigestagene (RU 486 oder Ähnliche) zum Ziele der Wissenschaft und der möglichen späteren klinischen Anwendung machen.

Bereits heute kann jedoch eine Geburt mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten in der Regel problemlos eingeleitet oder unterstützt werden. Bei Nichtansprechen oder Geburtsstillstand ist mit erhöhter Vorsicht vorzugehen, und allfällige Gründe für eine frustrierte Einleitung sind noch sorgfältiger zu evaluieren. □

Geburtseinleitung: Eine Umfrage in 12 Spitälern

von L. Mumenthaler

Um die vielfältigen Möglichkeiten rund um die Einleitung (das Einleitungsprozedere) einzufangen, haben wir an verschiedene Spitälern, Kliniken und Geburtsstätten einen Fragebogen gesandt. Wir wollten die angewandten Medikamente, Alternativen und Untersuchungs- und Kontrollschema nach dem Geburtstermin wissen, und in welcher Weise die Gebärende beziehungsweise die Hebamme das Einleitungsprozedere beeinflussen kann.

12 Fragebogen haben wir ausgefüllt zurückbekommen, und wir möchten uns an dieser Stelle für die Mitarbeit bei den betreffenden Hebammen bedanken. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Hebammen in den befragten Spitälern nur wenig Einfluss auf die Einleitung haben.

Sie lernen die Schwangeren erst im Spital kennen, und diese sind von ihrem behandelnden Arzt meist gespürt und wagen kaum, ihre Wünsche zu äussern. Die Hebamme tritt dann als Vertreterin der Frau ein und versucht ihre Bedürfnisse zu unterstützen.

Die Ratschläge zur Selbsthilfe wie Marschieren, warmes Bad, Brustwarzenstimulation und Geschlechtsverkehr bleiben die grösste Einflussnahme der Hebamme!

Anders natürlich die Hebammen der Geburtshäuser, die die Frauen schon in der 20. Schwangerschaftswoche kennen lernen und so eine viel grössere Vertrauensbasis schaffen können. Eine wichtige Rolle spielt auch, dass immer die gleiche Hebamme die Kontrolle durchführt.

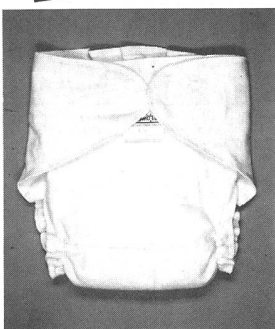
Auf die Frage: «Gibt es an Ihrem Arbeitsort bei Schwangeren mit reifem vaginalbefund eine Einleitung auf Wunsch?» haben zwei Geburtsorte mit einem klaren Nein geantwortet. In drei Kliniken kommt man manchmal, vor allem aus psychisch-sozialen Gründen, dem Wunsch nach. Die übrigen sieben haben mit ja geantwortet.

Viele Hebammen äussern sich allerdings gegen eine Einleitung auf Wunsch, ausgenommen aus medizinischen oder psychisch-sozialen Gründen, und machen deutlich, dass vor allem die Ärzte auf solche Wünsche eingehen.

In allen befragten Spitälern weichen die Syntocinoninfusionsschemata kaum voneinander ab und mussten von uns nicht speziell aufgeführt werden. □

(Siehe Tabelle auf folgende Doppelseite)

NEU!



BABYWOHL

Für Ihr Kind das Beste – die umweltfreundliche Mehrfachwindel aus Baumwolle.

Wickeln Sie Ihren Liebling nur noch in reine Natur. Wir empfehlen Ihnen unser Windelhöschen aus reiner Baumwolle, zusammen mit einem sehr hautverträglichen Überhöschen. Sie tun damit nicht nur das Beste für Ihr Kind, sondern Sie helfen auch mit, durch weniger Abfall unsere Umwelt zu schützen und für Ihr Kind zu erhalten.

Bitte senden Sie uns Gratis-Informationen Grösse S L XL
 Pack à 6 Windelhöschen Fr. 78.– Pack à 3 Überhöschen Fr. 27.–

Name: Vorname:

Adresse: PLZ/Ort:

Unterschrift: Tel.:

Einsenden an Babywohl, Postfach 17, 9127 St. Peterzell, Telefon 071 55 17 61, Fax 071 55 24 90