

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

Band: 99 (2001)

Heft: 9

Artikel: Geburtseinleitung - ein Kaleidoskop

Autor: Michel, Gerlinde

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951301>

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: 08.11.2024

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

EDITORIAL

Oligohydramnion und Wunsch der Frau sind nach meinen Beobachtungen bei uns die häufigsten Gründe zur Einleitung. Bei letzterem sind die Frauen von ihren behandelnden GynäkologInnen häufig mangelhaft bis gar nicht informiert, wissen über die möglichen Auswirkungen und



Verläufe einer gewählten Geburtseinleitung nicht Bescheid. Meist wird eingeleitet mit einer Oxytocininfusion oder einer vaginalen Applikation von Prostaglandinen. Diese Anwendungen sollten grundsätzlich von der

Portioreife (Bishop Score) sowie von vorhandenen bzw. ausbleibenden körpereigenen Kontraktionen abhängen. Jedoch auch Parität, Gestationsalter, eine vorbelastete geburtshilfliche Anamnese sowie die Erfahrung des Geburtshelfers haben Einfluss auf Wahl und Erfolg der Einleitung! Einen Strich durch die Rechnung macht aber häufig die Aufzeichnung von Wehen auf dem CTG-Streifen. Solche vermeintliche Wehen werden überbewertet und führen vielfach, auch bei Erstgebärenden mit unreifem Vaginalbefund, zu einer Syntocinoneinleitung. Der Erfolg bleibt meist aus, der Vaginalbefund unverändert, der Uterus ist gereizt, und der Hebamme kommt die «dankbare Aufgabe» zu, der Schwangeren eine gute Nacht ohne «Grupf» zu bescheren! Am nächsten Tag versucht man es mit ein bis zwei Cytotec-Einlagen, und wenn die Frau darauf nicht anspricht, wird ein Ruhetag eingebaut. So ist es schwierig, die Frau und mich als Hebamme von der Notwendigkeit der Einleitung zu überzeugen, und die Frau über Tage hin bei der Stange zu halten! Einen Tage dauernden Aufenthalt im Gebärsaal erfahren die Frauen als mühsam, unangenehm und richtigen Motivationskiller. Und dies neben allen anderen Folgeerscheinungen, die eine Einleitung mit sich bringen kann: Wehenunverträglichkeit, erhöhter Schmerzmittelkonsum, PDA, vaginal operative Entbindung mit bleibendem Geburtstrauma und Wunschsectio beim zweiten Kind. Meine Devise: Wenn schon einleiten, dann mutig einleiten (= oder sonst lässt man es vielleicht lieber ganz bleiben!).

B. Hintermann

Brigitte Hintermann

Aus Forschung und Praxis

Geburtseinleitung

Möchten sich die forschende Hebamme oder die Fachredaktorin einen Überblick über den aktuellen Wissenstand und die gängigen Praktiken zur Geburtseinleitung verschaffen, dann verfangen sie sich zunächst einmal in einem verwirrenden Netz widersprüchlicher Aussagen. «Einleitung ist wie ein Kaleidoskop – ein schwieriges Thema», meinte eine konsultierte Hebamme seufzend. Wie beim Kaleidoskop ergibt jede leise Drehung ein vollständig neues Bild. Welches ist das «richtige» Bild? Gibt es überhaupt ein «richtiges»? Der Versuch eines Überblicks.

«Erstgebärende mit Geburtseinleitung hatten ein 3-mal höheres Kaiserschnitt-risiko (17,5%) als Erstgebärende ohne Geburtseinleitung (6%). Mehrgebärende mit Geburtseinleitung hatten ein doppelt so hohes Sectorisiko (6,9%) wie Mehrgebärende ohne Einleitung (3,1%).» (Maslow/Sweeny, 2000).



«Routinemässige Geburtseinleitung (zw. 40. u. 42. SSW, Anm. d. Red.) hat keine Auswirkungen auf die Sectorate.» (Autor Cochrane Database, 2001).

«Brustwarzenstimulation hatte keine Auswirkungen auf die Häufigkeit von Übertragungen.» (Autor Cochrane Database, 2001).



«Brustwarzenstimulation ist eine der Massnahmen, die wir den Frauen empfehlen.» (Geburtshaushebamme, 2001).

«Bei Frauen, die Rizinusöl bekommen, setzt die Geburt mit grösserer Wahrscheinlichkeit innerhalb von 24 Stunden ein als bei Frauen ohne Behandlung.» (Garry, 2000).



«Bis heute existiert nicht genügend Evidenz, die irgendwelche Schlussfolgerungen über die Effektivität von Rizinusöl (...) als Einleitungsmittel erlaubt.» (Autor Cochrane Database, 2001).

«Mehr Patientinnen in der «Einleitungsgruppe» äusseren ihre Zufriedenheit mit dem Verlauf der Studienteilnahme als in der Gruppe mit abwartendem Geburtsmanagement.» (Der Gynäkologe 7–97, zu: Hannah/Ohlsson/Farine, 96).



«In dieser Studie wurden auch die Meinungen der Frauen zu den Verfahren erfragt. Eine Mehrheit gab an, dass sie die Wehenunterstützung unangenehm fanden. Mehr als 80% der Frauen gaben an, dass der Wehenschmerz durch die Unterstützung verstärkt worden war.» (Betreuung der normalen Geburt, WHO 1996).

- ein Kaleidoskop

Gerlinde Michel

Indikationen und Zeitpunkt

Laut dem Referenzwerk «Effektive Betreuung von Schwangerschaft und Geburt» [1] gibt es sehr wenig kontrollierte Forschung über die Indikationen zur Geburtseinleitung. Der Forschungsschwerpunkt lag eher bei den Methoden der Durchführung.

Eine wichtige Diskussion kreist um das Thema «vorzeitiger Blasensprung am Termin», das damit verbundene Infektionsrisiko und das optimale Geburtsmanagement. Die WHO-Studie «Betreuung der normalen Geburt» [2] führt eine neuere randomisierte Studie auf, in der die Geburtseinleitung 12 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung mit einem abwartenden Vorgehen bis 48 Stunden nach Blasensprung verglichen wurde [3]. Beiden Gruppen gemeinsam waren der Verzicht auf routinemässige Antibiotikagaben und die Durchführung vaginaler Untersuchungen erst bei Wehenbeginn. Bei der Einleitungsgruppe war der Bedarf an Schmerzmitteln signifikant grösser, ebenfalls die Interventionsrate. In der Einleitungsgruppe kam es in 1,6% zu leichten neonatalen Infektionen gegenüber 3,2% in der Abwarte-Gruppe.

Höhere mütterliche Infektionsraten bei abwartendem Management wurden durch eine Multizenterstudie aus sechs Ländern nachgewiesen [4]. 5041 Frauen mit den Kriterien «gesicherter Blasensprung, > 37. SSW, Einlingsgravidität, Schädel-lage» wurden randomisiert einer von vier Gruppen zugeteilt:

1. Abwartendes Management für max. vier Tage, anschliessend Geburtseinleitung mit Oxytocin.
2. Abwartendes Management für max. vier Tage, anschliessend Einleitung mit Prostaglandin.
3. Sofortige Geburtseinleitung mit Oxytocininfusion.
4. Sofortige Einleitung mit Prostaglandin.

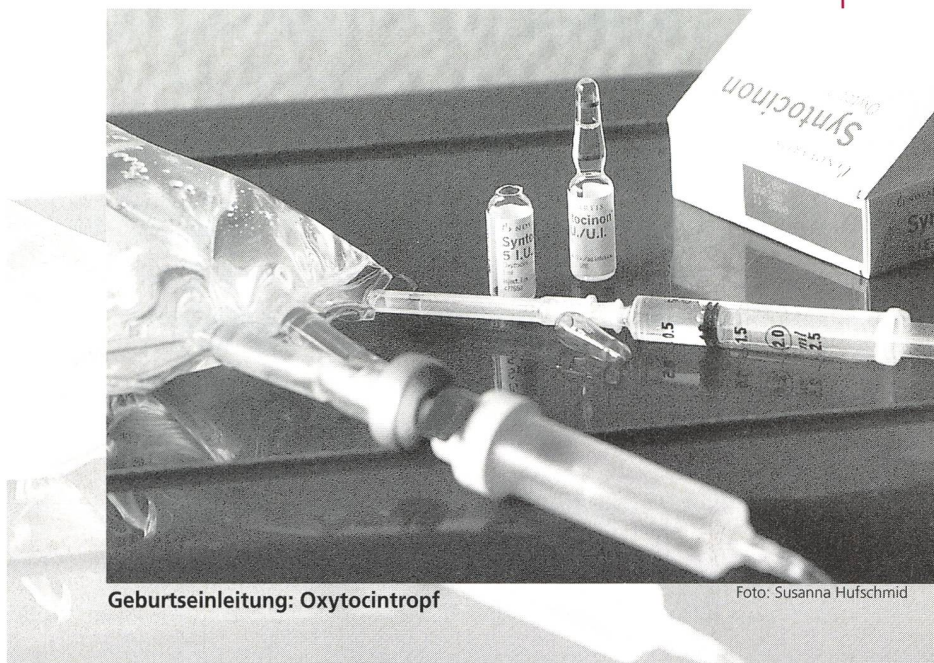
Die Rate klinischer Amnioninfektionssyndrome bzw. gesicherter Chorioamnionitiden war niedriger in der Gruppe mit sofortiger Oxytocineinleitung gegenüber der entsprechenden Gruppe mit abwartendem Vorgehen (4% vs. 8,4%). Auch er-

hielten die eingeleiteten Frauen signifikant seltener Antibiotika unter der Geburt und litten signifikant seltener unter Fieber im Wochenbett. Neonatale Morbidität und Mortalität unterschieden sich andererseits nicht signifikant und bestätigten die Ergebnisse der vorerwähnten Studie.

Im übrigen lassen Literatur und Umfragen auf grosse Unterschiede schliessen, was die Beurteilung des «richtigen» Zeitpunktes für eine Einleitung betrifft: Sie reichen von den Fällen, in denen Frauen in der 38. oder 39. SSW ohne medizinische Indikation oder informierte Zustimmung eingeleitet wurden, wie sie die kritische US-Hebamme Ina May Gaskin mit Schauern beschreibt [5], bis hin zum abwartenden Management eines schweizerischen Geburtshauses, das unter sorgfältiger Betreuung und Überwachung der Schwangeren und des Kindes bis 14 Tage nach dem Termin mit wirkungsvolleren Massnahmen zuwartet. Von grundsätzlicher Wichtigkeit diesbezüglich ist die möglichst genaue Bestimmung des Geburtstermins: hierüber zumindest herrscht in der Fachwelt Übereinstimmung. Eine Metaanalyse der Cochrane Library hält fest, dass Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft ein geeignetes und ef-

fektives Mittel sind, um die Terminberechnungen zu präzisieren [6].

Die Zervixreife zu Beginn des Geburtseinleitungsversuchs ist der wichtigste Einflussfaktor für den folgenden Verlauf der Ereignisse. Laut Enkin/Keirse et al [1] ist «die Erhebung des Zervixbefundes (...) in höchstem Masse subjektiv, und selbst erfahrene UntersucherInnen können in ihrer Beurteilung voneinander abweichen. Es wurden verschiedene Werteskalen entwickelt, um vergleichbare Richtlinien zur Zervixbeurteilung zu erhalten. Am bekanntesten ist der Bishop-Score, bei dem fünf unterschiedliche Merkmale beurteilt werden: die Portiolänge, die Muttermundöffnung, die Konsistenz der Portio, der Stand der Portio und die Höhe des vorangehenden Teiles» (S. 354). Eine bei unreifer Zervix angestrebte Geburtseinleitung kann zu einer erhöhten Rate von Komplikationen führen. Deshalb kommen Enkin/Keirse et al nach ausführlicher Diskussion der verschiedenen Methoden auch zum Schluss: «Die wichtigste Entscheidung, die gefällt werden muss, wenn eine Geburtseinleitung in Betracht gezogen wird, ist nicht, wie diese erreicht werden könnte, sondern ob die Einleitung gerechtfertigt ist. Unabhängig von der Methode, die angewandt wird (...), muss die Wehentätigkeit



Geburtseinleitung: Oxytocintropf

Foto: Susanna Hufschmid

Geburtseinleitung: romantisch

sowie das mütterliche und fetale Wohlbefinden sorgfältig überwacht werden» (S. 369).

Methoden

Medikamente

Gemäss einer Übersichtsstudie über Einleitungsmethoden haben Forscher aus mehreren hundert Forschungsarbeiten insgesamt 23 verschiedene Methoden heraus destilliert und standardisiert beschrieben, von Placebo/keine Behandlung über die verschiedenen und verschieden applizierten Prostaglandine, verschieden verabreichten Oxytocine, mechanische Methoden wie Lösen des Eipols, bis zu komplementären Methoden wie Rizinusöl, Akupunktur, Brustwarzenstimulation, Geschlechtsverkehr und homöopathische Mittel [7].

Breiten Platz in der Forschung nehmen Vergleichsstudien über die Effektivität und Nebenwirkung der verschiedenen chemischen Mittel ein. Insbesondere tobt ein Meinungskampf über Nutzen und Risiko von Misoprostol (Cytotec), der schwer abschliessend zu würdigen ist. Kritisch eingestellte «sanfte» Geburtshelferinnen und -helfer aus den USA wie Ina May Gaskin und Marsden Wagner waren wortreich vor Überstimulation und



Uterusruptur als Folge von Cytotec und weisen darauf hin, dass das Medikament nur als Mittel gegen Magenulcus freigegeben sei [5, 8]. Auch erschwere die gängige Handelsform kleiner Tabletten, die von Hand noch geviertelt werden müssten, eine exakte Dosierung.

Stellvertretend für andere Studien attestiert eine Studie aus der Schweiz Misoprostol (PG1), intravaginal appliziert, «ein sicheres, billiges und effektiveres Medikament» in der Geburtseinleitung zu sein als Dinoprostone. Angewendet wurde es in zwei vaginalen Applikationen von 50 µg im Abstand von sechs Stunden, mit Wiederholung nach 24 Stunden. Die

Autoren fügen aber bei: «In Anbetracht jedoch der Tatsache, dass Misoprostol als Medikament zur Geburtseinleitung nicht zugelassen ist, sollte es nur nach sorgfältigem Abwägen von Vor- und Nachteilen und nur unter entsprechender Überwachung verwendet werden.» [9]

Auch die Autoren der Cochrane Review zu Misoprostol (letzte Überarbeitung Oktober 2000) folgern: «Obwohl vaginal appliziertes Misoprostol effektiver scheint als konventionelle Mittel zur Zervixreifung und Geburtseinleitung, lässt das vermehrte Auftreten von Uterushyperstimulation aufhorchen. Die Studien waren nicht gross genug, um die Möglichkeit

Geburtseinleitung

Anwendungsmöglichkeiten von Heilpflanzen und ätherischen Ölen

Seit vielen Jahren befasst sich Susanna Anderegg, Krankenschwester, Wickelfachfrau, Aromaexpertin und Ausbilderin in Phyto- und Aromatherapie, mit pflanzlichen Heilkräften. Obwohl deren Anwendungsmöglichkeiten für die Geburtseinleitung erst wenig wissenschaftlich erforscht sind, besteht darüber vielerlei bisher noch kaum gesammeltes und dokumentiertes – Erfahrungswissen.

Grundsätzlich, so betont Susanna Anderegg, sind Heilpflanzen und ätherische Öle wegen ihren zahlreichen verschiedenen Inhaltsstoffen sehr komplexe Mittel; bei jeder Anwendung muss mit einem eigentlichen «Wirkstoffkomplex» gerechnet werden. Deshalb hält sich Susanna Anderegg an milde Anwendungen und Dosierungen. Grundkenntnisse über die Anwendung von Aromatherapie in der Geburtshilfe, über Aspekte wie Verdünnung und Pro-

duktequalität sind Voraussetzung für erfolgreiche Behandlungen.

Die Wirkung pflanzlicher Heilmittel unter der Geburt beruht auf einem dichten Ineinandergreifen von physischen (Heilkraft der chemischen Substanzen) und psychischen (Entspannen, Loslassen) Elementen.

Anwendungen über die Haut (percutan)

- Feuchtwarme Kompressen, Öltüchlein und Einreibungen auf Kreuz, Unterbauch, Leistengegend, Füsse
- Bäder (vor allem Fussbäder, Fussreflexzonen)

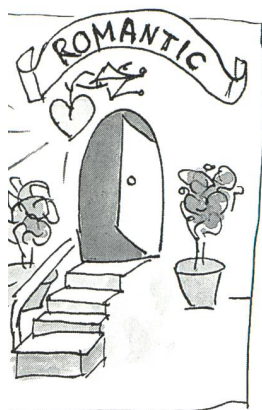
Durch Temperatur, Wasser oder Öl und ätherisches Öl wird ein Reiz gesetzt. Die ätherischen Öle dringen ins Blut, ihre Duftmoleküle über Nase/Rieschleimhaut ins Gehirn. Dort wirken sie aufs limbische System (Schmerz, Gefühle, Erinnerungen), aber auch via Hypophyse/Hypothalamus auf den Hormonhaushalt.

Ätherische Öle mit entspannender Wirkung:

- Rose
 - Lavendel
 - Ylang-Ylang
 - Neroli
 - Jasmin enthalten vor allem Ester (u. a. Linalool)
 - Muskatellersalbei (Achtung: bei zu hoher Dosierung Blutungsgefahr!) enthalten vor allem Phytohormone
 - Zitronenmelisse
- Diese Öle wirken vor allem entspannend, Angst abbauend, öffnend und fördern das Loslassen-Können.

Uterustonisierende ätherische Öle:

- Zitronenverbena (*Lippia citriodora*)
- Ingwer
- Rosmarin enthalten u. a. Kaffeesäuren
- Muskatellersalbei (Achtung Dosierung!)
- Galgant
- Eisenkraut (*Verbena officinalis*) als Heilpflanze
- u. a. m.



seltener, aber ernsthafter negativer Auswirkungen auszuschliessen. Im Vordergrund stehen dabei Fälle von Uterusruptur, wie sie als Folge von Misoprostolanwendung bei Frauen mit und ohne früherer Sectio beschrieben wurden. (...) Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, bevor Misoprostol als sicher bezeichnet werden kann.» (Übers. d. Red.) [10]. Die selben Autoren kommen in einer im British Journal of Obstetrics and Gynaecology veröffentlichten Übersichtsarbeit zu einem ähnlichen Schluss, waren jedoch zusätzlich vor Beeinflussung der kindlichen Herztätigkeit und Todesfällen durch Asphyxie: «Obwohl Miso-

prostol ein sehr effektives, billiges und praktisches Einleitungsmittel zu sein verspricht, kann es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für die Routineanwendung empfohlen werden. Tiefere Anwendungsdosen sollten zusätzlich erforscht werden.» (Übers. d. Red.) [11]. Leider lässt sich die Höhe der verwendeten Dosen nicht entnehmen; die Autoren sprechen lediglich von «verschiedenen Dosen».

Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft

In einer berühmt gewordenen Studie untersuchten Ulla Waldenström, Schweden, und Deborah Turnbull, Australien,

die Auswirkungen von kontinuierlicher Hebammenbetreuung auf die Raten von medizinischen Interventionen wie Einleitung, Wehenunterstützung, CTG, Schmerzmittelgabe, operative Entbindung und Episiotomie [12]. Dazu zogen sie sieben verschiedene Studien über insgesamt 9148 Frauen bei. Kontinuierliche Hebammenbetreuung definierten sie als Betreuung einer Schwangeren durch eine Hebamme oder eine kleine Gruppe von Hebammen von der frühen Schwangerschaft bis ins Wochenbett, und verglichen sie mit der Routinebetreuung durch Arzt/Hebamme/Geburtsklinik am jeweiligen Ort der Studien. Resultat: Die Einleitungs- und Wehenunterstützungsraten in dem ausschliesslich von Hebammen betreuten Studienkollektiv waren signifikant tiefer als in der Kontrollgruppe.

Diese ätherischen Öle wirken vor allem kreislauffördernd und durchblutungsanregend. Sie befinden sich im milden Bereich, im Gegensatz zu den sehr reizstoffreichen Gewürzölen wie Anis, Zimt und Nelken, bei denen das Überdosierungsrisiko (Erbrechen!) hoch ist.

Unterschied zwischen Eisenkraut und Zitronenverbena:

- Eisenkraut (*verbena officinalis*) enthält viel Verbenalin, ein Wirkstoff, von dem vermutet wird, dass er dem Wehenmittel Oxytocin sehr ähnlich ist und ähnlich wie Rizinusöl wirkt. Eisenkraut ist kein ätherisches Öl, sondern wird als Tee gereicht oder äusserlich als Dampfkompresse angewendet.
- Zitronenverbena (*Lipia citriodora*) enthält ätherisches Öl mit entspannender Wirkung, jedoch kein Verbenalin.

Anwendungen als Tee (oral)

Eisenkrauttee mit ein wenig getrocknetem Ingwerpulver galt im alten Hebammenwissen schon immer als wirk-

sames Uterustonicum. Auch Tee aus Himbeerblättern und Frauenmantel (*Alchemilla*) wirkt uterusstärkend, auch bereits während der Schwangerschaft.

Aromatherapie: wichtige Begleitung

Die schulmedizinische Geburtseinleitung mit Wehentropf beeinflusst den psychischen Faktor kaum. Hier setzt die Geburtsbegleitung mit ätherischen Ölen durch die Hebamme an.

Diese bekommt dank ihrer unterstützenden, entspannenden Wirkung Bedeutung, Sinn und einen wichtigen Stellenwert.

Eine systematische Dokumentation und Sammlung solcher Wirkungen durch möglichst viele Hebammen oder eine entsprechende Forschungsarbeit könnten der Aromatherapie zusätzliches Gewicht in den Gebärsälen geben.

Susanna Anderegg/Gerlinde Michel

Susanna Anderegg unterrichtet regelmässig als Dozentin im Fort- und Weiterbildungsangebot des SHV.

«Alternative» Methoden

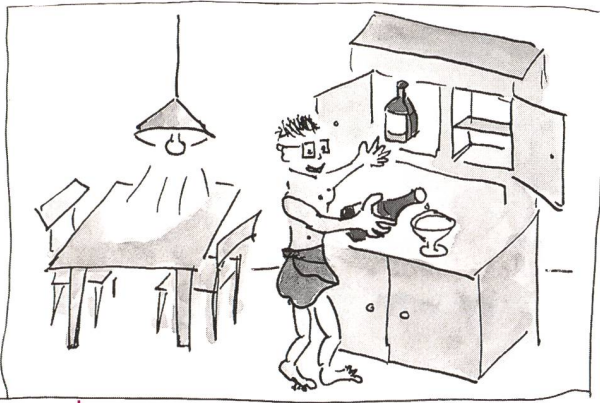
Akupunktur

In einer mehrfach publizierten Studie (u. a. SH 5/2000) wiesen der deutsche Geburtshelfer Ansgar Römer und seine Kollegen nach, dass wöchentliche Akupunkturtherapie ab der 36. SSW bis zur Geburt signifikant zur Zervixreifung und zu einer kürzeren Geburtsdauer führte. Dank begünstigter Wehenkoordination bei den akupunkturbehandelten Frauen waren auch wehenunterstützende Massnahmen mittels Oxytocintropf hochsignifikant seltener notwendig als in der Kontroll- bzw. nichtbehandelten Gruppe [13].

Rizinusöl

Obwohl gemäss einer telefonischen Umfrage bei einigen Geburtshäusern und einer freischaffenden Hebamme der Rizinusölcocktail ihr Mittel der Wahl ist, wenn andere (sanftere) Methoden versagen, finden sich in der wissenschaftlichen Forschung nur ganz wenige Studien zur Wirkung von Rizinusöl. 1984 publizierte die amerikanische Hebamme Lorna Davies die Resultate einer Studie [14]. 107 Schwangere mit Blasensprung am

Geburtseinleitung: romantisch



Termin hatten Rizinusöl bekommen. Bei 75% von ihnen setzte innerhalb 24 Stunden die Geburt spontan ein, verglichen mit 58% aus der Kontrollgruppe, ein statistisch signifikanter Unterschied. Ausserdem benötigte die Rizinusöl-Gruppe seltener Oxytocin und hatte dreimal tiefere Sectioraten als die Kontrollgruppe. Das kindliche Outcome war in beiden Gruppen vergleichbar. Praktisch alle Frauen aus der Rizinusöl-Gruppe litten unter Durchfall als Nebenwirkung.

Eine Cochrane Übersichtsstudie über die Wirkung von Rizinusöl als Einleitungsmittel fand eine einzige Studie, die ihren Kriterien genügte [7]. In dieser Studie [15] wurde bei 100 Frauen die Geburt mit Rizinusöl eingeleitet. Innerhalb 24 Stunden setzte bei 57,7% der Frauen die Geburt ein, verglichen mit 4,2% aus der Kontrollgruppe. Kein Unterschied fand sich in Bezug auf Sectio-Rate, Apgar-Score und Meconium im Fruchtwasser. Alle Frauen erwähnten Übelkeit als Nebenwirkung des Rizinusöls. Die Autoren der Cochrane Studie folgern, dass weitere Forschungsarbeiten nötig seien, um diese kleine und methodologisch unbefriedigende Studie zu ergänzen. Bis heute könnten keine stichhaltigen Aussagen über die Effektivität von Rizinusöl gemacht werden.

Eine neue, noch nicht publizierte Studie von E. Merkle aus Stuttgart liefert hierzu vielleicht neue Evidenz. In einem Schreiben an die Schweizer Hebamme spricht die Forschungsleiterin von «verblüffend guten» Ergebnissen, die sie mit einem Rizinusölcocktail erzielt hätten [16]. Auf die Publikation dieser Studie darf Hebamme gespannt sein.

Pflanzliche Mittel

Im Mai 1999 erschien im amerikanischen Journal of Nurse Midwifery das Resultat einer Umfrage bei 500 Hebammen, alle Mitglied des American College of Nurse Midwives [17]. Ziel der Befragung war es gewesen, die Anwendung

von pflanzlichen Mitteln («herbal preparations») zur Zervixreifung, Geburtseinleitung und -unterstützung durch Hebammen zu dokumentieren. Ausserdem wurden auch 48 Ausbildungsgänge für Hebammen darauf hin untersucht, ob sie die Anwendung von pflanzlichen Mitteln für die Geburtseinleitung einschlossen. 90 Hebammen, die pflanzliche Zubereitungen als Wehenauslöser einsetzen, und 82 Hebammen, die dies nicht tun, beantworteten die Umfrage. Von den Hebammen, die pflanzliche Mittel zur Wehenstimulation gebrauchen, verwenden 64% Caulophyllum, 45% Cimicifuga, 63% Rote Himbeerblätter, 93% Rizinusöl und 60% Primelöl. Der wichtigste Grund für die Hebammen, diese Mittel zu verwenden, war, dass sie «natürlich» sind, die wichtigsten Gründe für ihre Nichtanwendung waren fehlende Forschungsergeb-

nisse über gefahrlose Anwendung, oder mangelnde Erfahrung damit. 75% der anwendenden Hebammen setzen pflanzliche Mittel vor oder statt anderen Medikamenten ein. 21% berichteten über Komplikationen wie überstürzte Geburt, krampfartige Wehen, Übelkeit und Erbrechen, wobei Himbeerblätter und Primelöl jedoch keine unerwünschten Nebenwirkungen zeigten. 64% der Ausbildungsgänge enthielten Lektionen über die Anwendung von pflanzlichen Zubereitungen (s. auch Kasten S. 6–7).

Brustwarzenstimulation, Geschlechtsverkehr

Brustwarzenstimulation zur Wehenunterstützung wird seit Jahrhunderten in den verschiedensten Kulturen angewendet. Geburtshäuser und freischaffende Hebammen empfehlen sie noch heute als

Umfrage

Was tun die Geburtshäuser?

In einer kleinen, nicht repräsentativen Umfrage bei einigen Geburtshäusern und einer freischaffenden Hebamme wollte die Schweizer Hebamme erfahren, welche Methoden sie zur Wehenstimulation und -unterstützung bei Schwangeren am Termin anwenden.

Geburtshaus Arco, Stans

Grundlegend ist eine möglichst präzise Terminabklärung. In einem eingehenden Gespräch werden auch nach möglichen psychologischen Gründen geforscht, weshalb eine Frau vielleicht noch nicht bereit ist für die Geburt.

Die Methoden der Wahl im zeitlichen Ablauf sind, bei laufenden häufigen Kontrollen:

– Wehenöl nach Stadelmann, im Badewasser, für die Bauchmassage oder als Wickel, oder

- Rizinusöl im Badewasser oder als Wickel
- Ermutigung zu Brustwarzenstimulation und Geschlechtsverkehr
- Bei Termin + 14: Rizinusöl-Cocktail (30 ml Rizinusöl + Gin oder anderen Schnaps + Fruchtsaft) + einen starken Espresso
- Wenn das nichts nützt und die Schwangere (nur Multipara) sehr motiviert ist: Oxytocin mit Kindesüberwachung (war noch nie nötig)

Geburtshaus Delphys, Zürich

- Genaue Terminabklärung
- Homöopathische Mittel, je nach Situation (Blasensprung, Übertragung)
- Geschlechtsverkehr, Brustwarzenstimulation
- Ermutigung zu Spaziergang
- Entspannende Bäder, ein Glas Rotwein



CARTOON: URS WEINGARTNER

sanfte Methode. Enkin/Keirse [1] erwähnen zwei Forschungsarbeiten, die darin übereinstimmen, dass Frauen bei Brustwarzenstimulation mit grösserer Wahrscheinlichkeit während des Interventionszeitraumes Geburtswehen bekamen als die Frauen aus der Kontrollgruppe ohne Brustwarzenstimulation. Eine neuere Studie aus den USA erfasste 79 Frauen mit Blasensprung am Termin aber ohne Geburtswehen [18]. 49 Frauen kamen in die Gruppe für Brustwarzenstimulation, mit Wechsel zu Oxytocin, falls sich kein Erfolg einstellte. 30 Frauen der Kontrollgruppe wurde von Beginn an Oxytocin gegeben. 65% der Bruststimulationsgruppe mussten wegen Misserfolg nach einer bestimmten Zeit auf Oxytocin gewechselt werden. Die Gesamtdauer der Geburt war für Studien- wie Kontrollgruppe gleich, trotz schnellerem Start der

Oxytocingruppe. Nulliparas mit Brustwarzenstimulation hatten mehr Spontan- und weniger operative Geburten als Nulliparas der Oxytocingruppe. Das kindliche Outcome war in beiden Gruppen ohne signifikante Unterschiede. Die kleine Anzahl Teilnehmerinnen erlaubt jedoch keine verallgemeinernde Schlussfolgerungen.

Die Übersichtsstudie der Cochrane Library von P. Crowley kommt jedoch zu anderen Schlüssen [6]: Zwei berücksichtigte Forschungsarbeiten legen den Schluss nahe, dass Brustwarzenstimulation keine geburtsauslösenden Auswirkungen haben. Es seien weitere Studien nötig, um gültige Aussagen über Effektivität und Akzeptabilität dieser wehenauslösenden Methode machen zu können.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt die Cochrane Übersichtsstudie, was Ge-

schlechtsverkehr als Reifungs- und Einleitungsmittel anbelangt [19]. Hier fanden die Autoren eine einzige Studie über 28 Frauen mit sehr limitierten Daten, die keine Schlussfolgerungen zulassen. Obwohl bekannt ist, dass die Samenflüssigkeit Prostaglandin enthält, sei es nicht klar, ob dessen wehenauslösende Wirkung, ob die physische Stimulation des unteren Uterussegmentes oder eine Ausschüttung von Oxytocin durch Orgasmus als Wehenstimulus verantwortlich ist. Die Autoren sehen verständlicherweise auch gewisse Schwierigkeiten, Geschlechtsverkehr so zu standardisieren, dass ein wissenschaftlicher Vergleich mit anderen Einleitungsmethoden möglich wird...

Sectio-Risiko

Schon die einleitenden Zitate zeigten, dass bezüglich Sectio-Risiko bei Einleitung unterschiedliche Meinungen herrschen. Die bereits erwähnte Cochrane-Übersichtsstudie von Crowley [6] überprüfte die berücksichtigten Forschungsarbeiten (Stand 1996) auch hinsichtlich Sectio-Risiko, weil sich «eine kontinuierliche und fest verankerte Ansicht hält, dass Geburtseinleitung mit einem erhöhten Sectio-Risiko einhergeht» (Übers. d. Red.). Diese Ansicht wurde durch die Forschungsarbeiten nicht bestätigt. Zu gleichem Schluss kam die ebenfalls schon erwähnte Multizenterstudie mit 5041 Teilnehmerinnen, die auch keine signifi-

– Wenn das nichts nützt: Überweisung in die Klinik

Geburtshaus Storchenäsch, Lenzburg

- zur Geburtsvorbereitung erhalten alle Frauen homöopathische Mittel (Caulophyllum) und Himbeerblättertée
- wenn die Frau es will: Rizinusöl-Cocktail
- nur bei klarer Übertragung und unter ärztlicher Aufsicht: Prostin
- wenn alles nichts nützt: Klinik

Geburtshaus Zürcher Oberland, Wald

- engmaschige Untersuchungen
- Akupunkturpunkte massieren
- Wehentee
- Caulophyllum
- Bei Blasensprung alle 12 Std. Blutuntersuchungen. Je nach Zustand von Frau/Kind weitere Massnahmen 24/36 Std. später

– Bei Termin + 14: CTG und Ultraschall im Spital, dann chemische Mittel in enger Zusammenarbeit mit Arzt/Spital

Freischaffende Hebamme Region Bern

- Prinzipiell: Zuwarten, wenn alles in Ordnung ist
- Bei T + 9/10:
 - sorgfältige Terminabklärung, regelmässige Kontrolle, Fruchtwassermenge, CTG
 - im Gespräch Gründe suchen, ob Frau nicht loslassen kann (ältere Kinder, Beziehung, Haushalt)
 - Rizinusöl-Wickel an drei Abenden, unverdünnt, während 20 Min.
 - wenn möglich gleichzeitig macht Hebamme an einem der Abende Fussreflexzonenmassage
 - gleichzeitig mit Massage auch Energiearbeit

– evtl. Homöopathie

– Wehentee (nach Stadelmann), Geschlechtsverkehr, Brustwarzenstimulation

– Bei T + 13/14:

– als letzte Massnahme: Rizinusöl-Cocktail aus plus/minus 30 Gramm (je nach Frau) Rizinusöl, 30 Gramm Wodka und 30 Gramm Fruchtsaft, je dreimal hintereinander im Abstand von 1 Std.

Resultate:

- Mehrgebärende haben mit einer Ausnahme (grosser Abstand zwischen den Kindern) alle normal geboren
- Erstgebärende: Eine Frau eröffnete gut, ging dann aber ins Spital und hatte gute Geburt mit intaktem Damm, zwei Frauen wurden in die Klinik zur Einleitung verlegt.

Umfrage: Gerlinde Michel

kante Erhöhung der Sectiorate feststellen konnte, als sie eingreifendes mit abwartendem Management verglich [4].

Zwei neuere Studien hingegen kamen zu anderen Schlüssen. Die erste Arbeit schloss 1561 Frauen ein, alles Erstgebärende, am Termin, mit Schädellage, die in drei Gruppen eingeteilt waren: Spontaner Geburtsbeginn, elektive Einleitung, Einleitung mit medizinischer Indikation [20]. Die Sectiorate der Gruppe spontaner Geburtsbeginn betrug 7,8%, der Gruppe elektive Einleitung 17,5%, und der Gruppe medizinische Indikation 17,7%.

Die zweite Studie untersuchte 1135 Frauen mit komplikationsloser Schwangerschaft, die im Zeitraum 38. bis 42.

SSW entweder spontan Geburtswehen entwickelten oder mit verschiedenen Methoden, elektiv ohne medizinische Indikation, eingeleitet wurden [21]. Eingeleitete Erstgebärende hatten ein dreimal und eingeleitete Mehrgebärende ein zweimal so hohes Sectio-Risiko wie die nicht eingeleiteten Frauen.

Wie weit diese sich widersprechenden Studien direkt vergleichbar sind, muss hier offen bleiben, aber die Diskrepanz der Resultate ist offensichtlich und verwirrend. Das Referenzwerk von Enkin/Keirs et al geht nicht im Detail auf das Sectio-Risiko ein, erwähnt jedoch, dass Prostaglandine eher «die mit der Geburtseinleitung verbundenen Rate opera-

tiver Geburten zu senken» vermögen als Oxytocin [1].

Und die Frauen?

Was die Autoren einer Cochrane-Übersichtsstudie anmerken, lässt sich offenbar auf die gesamte Forschung anwenden: «Information on women's views is conspicuously lacking», Information über die Meinung der betroffenen Frauen fehlt auffallend... Enkin/Keirse [1] bestätigen: «Es wurden nur wenig Daten über die Ansichten der Mütter zu Einleitungsmethoden veröffentlicht. Diese fallen jedoch übereinstimmend zugunsten der Prostaglandinanwendung aus, die als annehmbarer, natürlicher und weniger invasiv angesehen wird als die intravenöse Verabreichung von Oxytocin» (S. 368). Die WHO-Studie «Betreuung der normalen Geburt» erwähnt eine Studie von Hemminki et al (1985), gemäss derer eine Mehrheit der befragten Frauen die Wehenunterstützung mit Oxytocin unangenehm fand [2]. Mehr als 80% der Frauen gaben an, dass der Wehenschmerz durch das Oxytocin verstärkt worden war.

Die bereits zitierte Multizenterstudie [4] verglich die subjektive Zufriedenheit der Frauen in den Gruppen «abwartendes Management» und «Einleitung». Mehr Frauen in der Einleitungsgruppe äusserten ihre Zufriedenheit als in der abwartenden Gruppe; das aktive Angehen der geburtshilflichen Situation sei von der Mehrheit begrüsst worden. Die englische Hebammenzeitschrift MIDIRS Midwifery Digest stellt eine Studie aus Finnland vor, die zu ähnlichen Schlüssen kommt: Einleitung sei eine positive Erfahrung gewesen, die nur selten negative Gefühle hervorgerufen habe. MIDIRS fügt allerdings einen sehr kritischen Kommentar bei und weist der Arbeit methodologische Schwächen nach [22].

Zentrale Punkte für die Arbeit der Hebammen mit Frauen, bei denen Einleitung ein Thema ist, sind:

- genaue Terminbestimmung
 - nach der 41. SSW individuelle Beurteilung der Situation
 - ausführliche Information und Beratung der Frau
 - Hebammen sollten über Nutzen, Risiken, Bekanntes und noch nicht Bekanntes der einzelnen Methoden informiert sein, so dass sie die Frauen bei ihrer Meinungsbildung unterstützen können
- Für die meisten Aspekte der Geburtseinleitung muss wohl abschliessend gefolgert werden: Mehr Forschung ist nötig, damit verbindlichere Aussagen möglich werden. Einleitung – ein Kaleidoskop! ◀

Referenzen

- [1] Enkin, Keirse, Renfrew, Neilson: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Wiesbaden, 1998.
- [2] Betreuung der normalen Geburt. Ein praktischer Leitfaden. WHO, 1996.
- [3] Ottervanger, HP.; Keirse, MJNC.; Smit, W.; Holm, JP.: Controlled comparison of induction versus expectant care for prelabor rupture of the membranes at term. (1996) J Perinat Med.
- [4] Hannah, ME.; Ohlsson, A.; Farin, D. et al.: Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. (1996) N Engl J Med 334: 1005–1010.
- [5] Gaskin, IM.: The dark side of US obstetrics' love affair with misoprostol. MIDIRS Midwifery Digest, June 2001, 11:2, 205–209.
- [6] Crowley, P.: Interventions for preventing the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- [7] Kelly, AJ.; Kavanagh, J.; Thomas, J.: Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- [8] Marsden, Wagner: Misoprostol (Cytotec) for labor induction: A cautionary tale. Midwifery Today, Spring 1999.
- [9] Raio, L. et al.: Kürzere Geburtsdauer nach Einleitung mit Misoprostol. Universitätsfrauenklinik Bern Inselspital und Frauenklinik des Kantonsspitals Münsterlingen, 2001. Erscheint demnächst in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie.
- [10] Hofmeyr, G.J.; Gulmezoglu, AM.: Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- [11] Hofmeyr, G.J.; Gulmezoglu, AM.; Alfirevic, Z.: Misoprostol for induction of labour: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106 (8): 798–803.
- [12] Waldenström, U., Turnbull, D. A.: systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. 1998 Br J Obstet Gynaecol 105, 1160–1170.
- [13] Römer, A.; Weigel, M.; Zieger, W.; Melchert, F.: Veränderungen von Cervix-

reife und Geburtsdauer nach geburtsvorbereitender Akupunkturtherapie. Schweizer Hebamme Mai 2000: 4–9.

- [14] Lorna Davies: The use of castor oil to stimulate labor in patients with premature rupture of membranes. Journal of Nurse-Midwifery Vol. 29, No. 6 Nov/Dec 1984: 366–370.

- [15] Garry, D.; Figueroa, R.; Guillaume, J.; Cucco, V.: Use of castor oil in pregnancies at term. Altern Ther Health Med, 2000 Jan; 6(1): 77–9.

- [16] Schreiben von Frau Prof. E. Merkle, Stuttgart, vom 26. Juni 2001 an die Redaktion der Schweizer Hebamme.

- [17] McFarlin, BL.; Gibson, MH.; O'Rear, J.; Harman, P. A.: National survey of herbal preparation use by nurse midwives for labor stimulation: review of the literature and recommendation for practice. Journal of Nurse Midwifery, 1999 May–Jun; 44(3): 205–16, 183–8.

- [18] Curtis, P.; Resnick, J.C.; Evans, S. et al.: A comparison of breast stimulation and intravenous oxytocin for the augmentation of labor. Birth, vol. 26, no 2, Jun 1999: 115–122. Author abstract in: MIDIRS Midwifery Digest (Dec 1999) 9:4, p. 482.

- [19] Kavanagh, J.; Kelly, AJ.; Thomas, J.: Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

- [20] Seyb, ST.; Berka, R.J.; Socol, M.L. et al.: Risk of cesarean delivery with elective induction of labour at term in nulliparous women. Obstetrics and Gynaecology, vol. 94, no 4, Oct 1999, 600–607. Author abstract in: MIDIRS Midwifery Digest (March 2000) 10:1, p. 67.

- [21] Maslow, AS.; Sweeny, AL.: Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low risk women at term. Obstetrics and Gynaecology, vol. 95, no 6, part 1, Jun 2000, 917–922. Abstract in: MIDIRS Midwifery Digest (March 2001) 11:1, pp. 84–5.

- [22] Nuutila M, Halmesmäki E, Hiilesmaa V et al. Women's anticipation of and experiences with induction of labor. Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica, vol. 78, no 8, Sep 1999, 704–709. In: MIDIRS Midwifery Digest (March 2000), 10:1, pp. 65–6.