

Überlegungen zum Umgang mit Terminüberschreitung und Übertragung

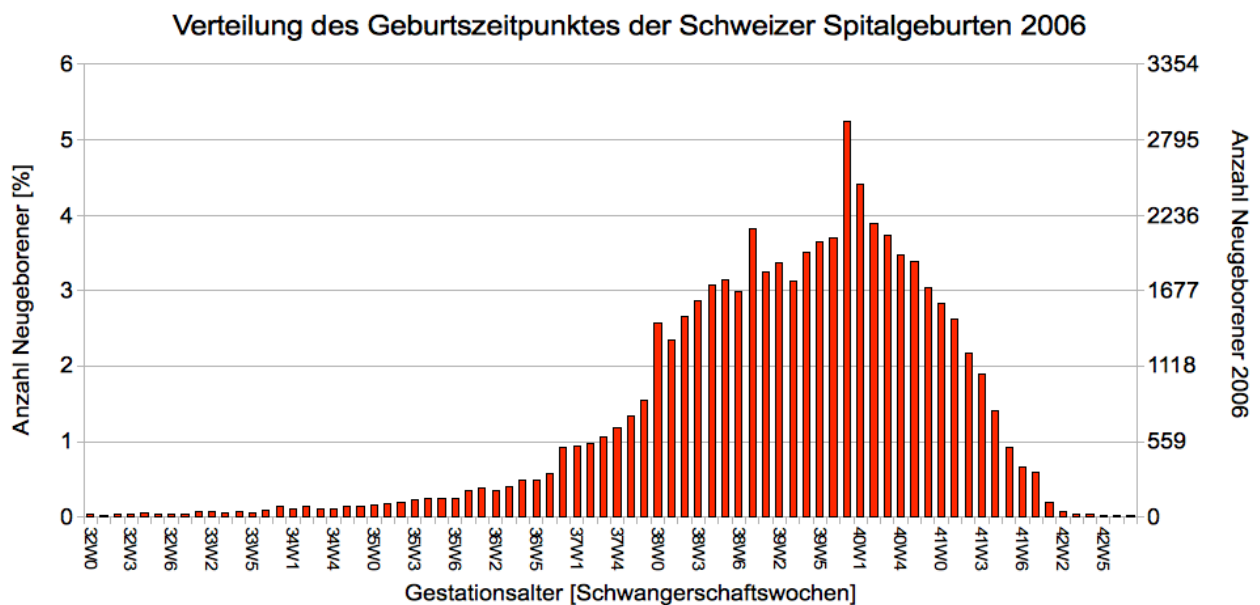
Rupert Linder

In der Medizin hat sich eingebürgert, dass mess- und zählbare Größen (die quantitative Ebene) eine wichtige Arbeitsebene bilden. Darüber hinaus gibt es natürlich aus der Sicht der Pränatalpsychologie noch weitere wichtige Ebenen: die qualitative, die empathische, die Ebene der Berufserfahrung und die der kulturpsychologischen Unterschiede (siehe auch http://www.isppm.de/ISPPM_Presseerkla%EA4rung_2007-11-20.Heidelberger_Arbeitstagung.pdf). Die quantitative Ebene dient der Vereinfachung des Austausches zwischen den betreuenden Personen, aber auch viele Schwangere interessieren sich selber dafür. Es ähnelt ein wenig dem Vorgehen, in dem schon in alter Zeit entlang Straßen Kilometer- oder Meilensteine gesetzt wurden. Beim Melden an einer bestimmten Stelle heißt es dann: ich stehe hier bei Kilometer soundso...

Eine Schwangerschaft beim Menschen dauert von der Konzeption bis zur Geburt durchschnittlich 266 Tage, also 38 Wochen beziehungsweise 9,5 Mondmonate (a 28 Tage). Weil aber der Tag der Empfängnis oft nicht bekannt ist, wird in unserem Fall die zwei Wochen längere Zeitrechnung ab dem ersten Tag der letzten Periode genommen (p.m. = post menstruationem).

Biologische Prozesse unterliegen selbstverständlich individuellen Schwankungen. Als normaler Geburtszeitraum wurde beim Menschen der Zeitraum von 3 Wochen vor bis 2 Wochen nach dem rechnerischen ('errechneten') Geburtstermin (ET) festgelegt. Um den fünfwöchigen Zeitraum zu benennen, macht es schon Sinn, den ET als Tag möglichst genau zu bestimmen, wohl wissend, dass nur ein kleiner Teil der Kinder tatsächlich an diesem Tag geboren wird, in den Fünf-Wochen-Zeitraum allerdings etwa 90%.

Für diese Festlegung wurde ja schon die bewährte Nägele-Regel modifiziert, indem die Tage, die der durchschnittliche Periodenabstand länger oder kürzer als 28 Tage war, bei der Berechnung des Geburtstermines hinzugezählt bzw. abgezogen werden. Im Rahmen der mittlerweile häufig durchgeführten Ultraschalluntersuchung wird die dabei gemessene Kindgröße mit dem angenommenen Verlauf abgeglichen und der ET evtl. korrigiert. Dies macht aber vor allem im ersten Schwangerschaftsdrittel, insbesondere zwischen der 10. und 14. Schwangerschaftswoche Sinn, da in dieser Zeit das wöchentliche Wachstum der Scheitelsteißlänge bis zu 16 mm beträgt und die Messungenauigkeit nur etwa 2 Tagen entspricht. Kinder die vor diesem fünfwöchigen Zeitraum geboren werden (9%) werden als Frühgeburten bezeichnet, die später geborenen (1%) als 'echte Übertragungen'.



Noch für eine weitere Fragestellung spielt der rechnerische Termin eine Rolle: 42 Tage davor beginnt der Mutterschutz, also die Freistellung von der Arbeit. Der Vollständigkeit halber: auch für den Umgang mit dem Schwangerschaftskonflikt aber auch für verschiedene Untersuchungen, Behandlungen und Abläufe in der Schwangerschaft spielt die aktuelle Tragzeit eine Rolle.

Bei der Mitteilung des Geburtstermins halte ich es für äußerst wichtig, diesen eben als '**rechnerisch**' mitzuteilen und zugleich klar zu machen, dass es sich dabei in Wirklichkeit um einen **fünfwöchigen Zeitraum** handelt. So bleibt von Anfang an eine Offenheit erhalten, die dem späteren Geburtsprozess und -termin gerechter wird. Der Ausdruck 'errechnet' klingt mehr nach scheinbarem Wissen, das gar nicht vorhanden sein kann. Niemand, nicht einmal die Frau selber, die am nächsten dran ist, kann sagen, wann sie Wehen bekommen wird.

Nun gibt es ja während der Schwangerschaft bestimmte Punkte, die für die **Beziehung zwischen Mutter und Kind** von besonderer Bedeutung sind: Das sind die

1. Empfängnis, die
2. Einnistung,
3. der Zeitpunkt, in dem die Mutter merkt, dass sie schwanger ist
4. der Zeitpunkt, in dem sie die ersten Kindsbewegungen spürt
5. die Geburt und dann
6. die Wiederanbindung danach

In der Zwischenzeit läuft das ab, was die normale Entwicklung in der Schwangerschaft darstellt. Dies bezieht sich selbstverständlich auf die körperlichen, aber auch auf die untrennbar damit verbundenen seelischen Vorgänge. Auf einer tief unbewussten Ebene ist es jedoch so, dass in der Frau (natürlich auch im Vater) wie in einem parallel laufenden Film die eigenen Erlebnisse aus der jeweiligen Schwangerschaftszeit (von ihr bei ihrer Mutter, bzw. Eltern) mitlaufen. Dies kann angenehm sein und eine Ressource darstellen. Manchmal, wenn es in der jeweiligen Zeit Probleme oder Pathologie gab, jedoch auch Unsicherheit, Beschwerden oder körperliche Fehlentwicklungen begünstigen. Eine Menge seelischer und körperlicher Probleme beruht auf einer Wiederaktivierung solcher frühen Schwierigkeiten und Konflikte, die durch aktuelle Ereignisse getriggert wurden. Hier ergibt

sich für die Weiterentwicklung einer Geburtshilfe, die umfassend diesen körperlichen und seelischen Veränderungen gerecht werden will, eine große Chance, die Ursachen von Problemen auf einer tieferen Ebene zu erkennen. Durch das Verständnis der Betreuenden für die Komplexität der aktuellen Beziehungen (Mutter, Kind im Bauch und Vater) und der Gewordenheit (jeweiliger Elternteil pränatal zu der Vorgeneration, manchmal sogar noch eine Generation weiter zurück) könnten viele Probleme in der psychischen Sphäre verarbeitet werden und damit eine körperliche Pathologie verhindert oder verringert werden.

Ich bin mir im klaren, dass dieses ein Umdenken auch bei den Betreuenden beinhaltet, die sich dann jeweils mit ihrer eigenen Geschichte aus dieser Zeit auseinandersetzen müssten. Dieses sind oft schmerzhafteste Prozesse, die kompetenten und empathischen Beistand erfordern. Sich in die Erlebenswelt eines z.B. sechswöchigen Embryos hineinzusetzen ist nicht so einfach, da dann auch dessen große Verletzlichkeit und Abhängigkeit spürbar wird. Zudem ist es dafür notwendig, im Gesundheitswesen Strukturen, Zeitabläufe, den persönlichen Umgang der Betreuenden untereinander und auch Vergütungsstrukturen zu verändern. Man/frau kann daher sicher leicht sagen: das geht ja nicht, daher bleibe ich lieber bei meinem gewohnten Arbeitsstil.

Warum diese Ausführungen an dieser Stelle:

Diese Fragen und Hintergründe spielen bei allen Dingen um Schwangerschaft und Geburt eine Rolle, so eben auch bei der Frage des sachgerechten Umganges mit der Terminüberschreitung und der Übertragung.

Sie werden schon gemerkt haben: das ist ja alles unendlich kompliziert. Wenn es so viele individuelle Hintergründe und Einflussgrößen gibt, wie soll ich da gegenüber einer einzelnen Frau (mit Kind im Bauch) in der Zeit um den rechnerischen Geburtstermin zu einer klaren Handlungsidee kommen?

Ich will jetzt, zu ihrer Erleichterung, doch versuchen, ein **paar hilfreiche Kriterien** zu benennen.

Da ist zunächst die Frage: hat die Frau, diesmal eben auch nach medizinischen Kriterien, ein **niedriges Risiko**: keine Zusatzrisiken (s. andere Gruppe unten), keine Zeichen, dass es dem Kind nicht gut geht. Die Beachtung der bekannten medizinischen Sorgfalt ist die Basis für geduldiges weiteres Zuwarten nach folgenden Kriterien: normales CTG, weiter ein munteres Kind und die vielzitierte normale Fruchtwassermenge (Depot an einer Stelle mehr als 3 cm tief). **Hohes Risiko** läge vor bei vorhandener Gestose, Diabetes, Mangelentwicklung des Kindes, wenig Fruchtwasser usw.

Ich möchte hier zunächst noch einige weitere, weniger bekannte **medizinische Kriterien** benennen, die sich aus meiner Erfahrung als nützlich erwiesen haben:

Da wäre einmal die altbekannte, etwas in Vergessenheit geratene **Messung des Leibesumfanges** mit dem Bandmaß. Sie ist ab der 30. Woche leicht durchzuführen und nimmt oft noch nach dem Termin weiter zu. In diesem Falle scheint weder ein nennenswerter Fruchtwasserverlust oder Wachstums- bzw. Versorgungsmangel des Kindes vorzuliegen. In die gleiche Richtung geht der Tipp, den ich der Frau verdanke, die mich in Denkweise und Praxis der Hausgeburtshilfe einführte, nämlich der sehr geschätzten Hebamme Hilde Wehrle aus Kämpfelbach: Sie gab den Rat: wenn bei einer Schwangeren Frau nach dem Termin am **Nabel seitlich Fältchen** auftreten, dann ist es Zeit zu Handeln.

Meinem gynäkologischen Lehrer Prof. Claus Grumbrecht verdanke ich den folgenden Tipp: Im phasenkontrastmikroskopischen Nativpräparat der Scheidenzellen stellen sich diese je nach vorhandenem Progesteroneinfluss unterschiedlich dar: bei hohem Spiegel falten sich die Zellen lanzettförmig, spitz, nach dem lateinischen Wort für Schiff: Navicularzellen. **Viele Navicularzellen** also bei hohem Progesteron und damit ein zusätzlicher Anhalt für wahrscheinlich noch gute kindliche Versorgung.

Meinem Kollegen Wessel von Loe aus Maulbronn verdanke ich den folgenden Rat: Wir alle kennen die Herztonüberwachung durch das CTG, wissen aber, dass es ein künstlich erzeugtes Geräusch ist. Die Hin- und Herbewegungen der Herzwand werden durch den Dopplereffekt in der natürlichen Herzfrequenz synchrone Geräusche umgewandelt. Warum aber nicht auch einmal die **Herztöne direkt** mit dem Hörrohr hören: Dabei erzeugen die direkten Herzkräfte Töne der Herzklappen, die ja etwas mit der Kraft des Organes zu tun haben: Deutliches Klicken ist also ein Anhalt für gute Herzleistung, ein schwächeres Surren sollte zu mehr Vorsicht raten.

Noch eine 'altmodische' Untersuchung: natürlich ist gelbliches oder grünes Fruchtwasser bei der **Amnioskopie** – die nur bei schon etwas geöffnetem Muttermund geht – ein Zeichen für eine bedenkliche Situation, völlig helles aber und noch reichlich vorhandene Vernixflocken ein Kriterium, dass die Situation noch nicht so eilt.

Zusätzlich gibt es wichtige weitere Kriterien aus dem **qualitativen Sphäre** ('wie fühlt sich die Frau?'). Dazu zählt eigentlich schon die oben erwähnte Frage, wie sind die Bewegungen des Kindes (was ja heißt: wie nimmt die Frau sie wahr)? Denn hier geht es schon um die Wahrnehmung zwischen zwei Personen.

Ein weiterer ganz wichtiger Punkt: Wie geht es der Frau gefühlsmäßig selber? Ist sie zuversichtlich, fühlt sich wohl?

Hat sie Beschwerden – solche, die eben so da sind, oder ist sie beunruhigt. Wenn sie ein gutes Gespür zum Kind hat, hat sie in der Regel auch eine Vorstellung wie es ihm geht. Wenn sie in dieser Hinsicht Zweifel hat, ist diesen nachzugehen und sind sie ernstzunehmen. Das muss nicht automatisch bestimmte Handlungen nach sich ziehen, sondern kann auch einen Dialog in Gang setzen, der zur Beruhigung führt. Es ist wertvoll über diese Dinge zu sprechen und die Frau damit nicht alleine zu lassen.

Wenn sie Beschwerden hat, aber keine Befürchtungen, dann kann es sein, dass diese Art von Vorwehen, sich teilweise über Tage hinziehend (vor allem abends) eine effektive Art der Reifung zur Geburt hin bedeuten.

Wenn sie aber Sorgen hat, ist die folgende Unterscheidung wichtig: Sind es ihre eigenen Sorgen? Oder sind es eher die Sorgen ihrer Umgebung: z.B. ihrer Eltern. Werden dann furchtbare Geschichten über Tante... erzählt. Wieso gibt es eigentlich eine Menge Menschen, die einen inneren Drang verspüren, Schwangere mit Erzählungen über alle möglichen Katastrophen um Schwangerschaft und Geburt zu konfrontieren?.

Es können auch Besorgnisse des Partners sein. Auch er war einer Zeit vor und während einer Geburt ausgesetzt. Es ist nicht gesagt, dass er sich erfolgreich mit den Verletzungen dieser Zeit auseinandersetzen können. Mit diesen Punkt habe ich mich in letzter Zeit vermehrt beschäftigt: es ist erstaunlich, wie viele Männer zu früh, zu leicht geboren wurden, von ihrer Mutter nach der Geburt getrennt oder sonstwie traumatisiert wurden. Natürlich fällt es ihnen dann schwer, ihre Frauen an diesem Punkt so zu unterstützen, wie sie und wir uns das wünschen würden. Es kann wichtig sein, diesen Punkt geklärt zu bekommen, damit die Frauen wieder den Zugang zu ihrem eigenen, hoffentlich guten inneren Gespür finden.

Oder Freundinnen, oder die ganze Dorfgemeinschaft. So kann der Gang zum Bäcker acht Tage nach dem ET zu einer echten Herausforderung werden.

Manchmal empfehle ich den Eltern, ihrer ganzen Verwandtschaft zu erklären, dass der Termin noch einmal neu berechnet worden wäre, 'in Wirklichkeit 14 Tage später sei'.

Bleibt die Frage: wie kann die Geburt möglichst von selber in Gang kommen, denn wir wissen, dass spontan begonnene Geburten in der Regel besser, glatter verlaufen.

Zunächst: warum tut sie es denn nicht? Vor einem Referat über dieses Thema fragte ich einmal eine befreundete, im Organisations- und Supervisionsbereich sehr erfahrene Frau: warum gingen denn Deine Schwangerschaften immer 14 Tage über die Zeit? - Die Antwort war: „Ich fühlte mich so wohl, und wollte mich von der Schwangerschaft einfach nicht trennen.“

Manchmal ist der Impuls an uns Betreuende so groß: „Machen Sie doch etwas...“ Ich erkläre dann immer gern etwas von Steuerung der Geburt, dass es Prozesse sind, die von unseren älteren Hirnbereichen beeinflusst werden. Die wir gemeinsam mit allen Säugetieren haben. Dass es nicht durch unseren Willen (unsere grauen Hirnzellen) steuerbar ist. Es steht uns gut an, Respekt vor diesen Dingen zu haben, denn es ist ja eine erhebliche Leistung der Frauen, sich auf diese Reise ins Ungewisse einzulassen, die sie ganz sicher an ihre Grenzen bringen wird, und in der die Dinge vom Bewußtsein ganz bestimmt nicht kontrolliert werden können.

Die die pränatale und perinatale Geschichte berücksichtigenden Fragen, die ich bei den Partnern erwähnte, betrifft natürlich zentral auch die Frauen. Wir kommen jetzt zur dritten Ebene: der der Empathie. Bei allen Schwangerschaftsproblemen, aber auch bei Terminüberschreitung kann es Sinn machen, sich einmal mit den folgenden Fragen zu beschäftigen:

1. Besonderheiten während der Schwangerschaft (ihrer Mutter mit Ihnen)?
2. Wie verlief Ihre Geburt?
3. Und die Monate danach?
4. Was wissen Sie über die Beziehung Ihrer Eltern zu dieser Zeit?

Manchmal finden sich in diesen Bereichen doch Punkte, in denen Verletzungen der Frau vorhanden sind. Dabei ist es oft nicht unbedingt das **Wissen** um diese Dinge, viele können schon erzählen, was sich damals abgespielt hat: das Entscheidende ist, dass sie jetzt **über ihre Gefühlswelt mit jemandem reden können**, der darüber nicht selbst in Schock gerät und den richtigen Abstand zwischen Empathie und Respekt vor der Autonomie der Frau findet. So kann ein innerer Heilungsprozess in Gang kommen.

Natürlich wär es gut, wenn die Bearbeitung solcher Punkte nicht erst nach dem rechnerischen Termin beginnen würde, sondern für diesen Prozess mehr Zeit vorhanden wäre. Für die Hebammen und Ärzte wünsche ich mir, dass sie für diese Fragen offen sind und Gelegenheit bekommen, im Falle eigener Verletzungen empathische Zuhörer und Unterstützung zur inneren Verarbeitung und Heilung zu bekommen.

Zusammenfassung

Die Frage der Terminüberschreitung und Übertragung umfasst komplexe körperliche und seelische Aspekte. Für die medizinische Seite gibt es eine Reihe Vorgaben, deren Beachtung die Betreuenden entlastet. Interessanter Weise gehen neuere Empfehlungen in die Richtung, dass in der 42. Schwangerschaftswoche in Übereinstimmung mit der Gebärenden entschieden werden kann. Zwar nehmen in dieser Zeit gegenüber der 41. Woche Probleme um etwa 80% zu, bleiben allerdings immer noch auf niedrigem Niveau

(s. Wolff 2010). Dieses bietet Gelegenheit, differenzierter auf die innere Situation von der Mutter und ihrer Umgebung einzugehen, und so ihre eigene Befindlichkeit und innere Geschichte miteinzuschließen. Die Geburtshilfe könnte sich auf diese Weise entscheidend weiterentwickeln. Die bisher gewonnene äußere Sicherheit ist ein großer Gewinn. Niemand wünscht sich Zeiten höherer Mütter- oder Säuglingssterblichkeit zurück. Durch Hereinnahme und Unterstützung der inneren Entwicklungslinien und des Überwindens früherer Verletzungen würde die Geburtshilfe auch zu Heilung, Wachstum von innerer Stärke und Sicherheit bei Frauen und Familien beitragen.

Literatur:

Jens Möller, *Terminüberschreitung aus pädiatrischer Sicht: Risiko für Mekoniumaspiration steigt* in Gynäkologie + Geburtshilfe, offizielles Organ der Arbeitsgemeinschaft Naturheilkunde, Akupunktur und Umweltmedizin e. V. (NATUM) 1 – 2010, S. 18 – 19

Friedrich Wolff, Management der Terminüberschreitung: Genaue Kontrolle – gezielte Einleitung in ebenda, S. 20 – 24

<http://de.wikipedia.org/wiki/Geburtstermin> (siehe auch Abb.1)

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rupert Linder
Facharzt für Frauenheilkunde, Psychosomatik und Psychotherapie
Goethestr. 9
75217 Birkenfeld
Tel. +497231-482223
Fax +497231-472240
www.dr-linder.de
e-Mail: post@dr-linder.de