

Terminüberschreitung – abwarten oder einleiten?

Etwa 40 Prozent aller Schwangeren in Deutschland überschreiten den errechneten Termin. Für die Schweiz liegen dazu keine Angaben vor. Viele Studien geben Hinweise darauf, dass die Schwangerschaftsdauer beim Menschen individuelle Unterschiede aufweist^[1]. Über die möglichen Folgen einer Einleitung oder eines Zuwartens wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Die aktuell überarbeitete ärztliche Leitlinie «Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung» wird auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als wegweisend angesehen.

Christine Loytved, Christina Roth, Katja Hoffmann

Der Deutsche Hebammenverband hat 2012 folgende Empfehlungen zum Vorgehen bei Terminüberschreitung herausgegeben^[2]: Bei sieben Tagen über dem errechneten Termin (ET+7) sollte eine Vorsorgeuntersuchung inklusive 30 Minuten Kardiotokografie (CTG) durchgeführt werden. Dabei sollte über Einleitungsmöglichkeiten und Kontrolle der Fruchtwassermenge mittels Ultraschall informiert werden. Für ET+10 Tage sind wiederum eine Vorsorgeuntersuchung und eine Beratung anzubieten. Zu einer weiteren Kontrolle der Fruchtwassermenge mittels Ultraschall sollte beraten werden. Dieses Vorgehen kann bei ET+12, ET+14, ET+16 Tage usw. wiederholt werden.

Empfehlungen des Deutschen Hebammenverbandes zum Vorgehen bei Terminüberschreitung

ET+7

Vorsorgeuntersuchung inklusive 30 Minuten CTG, über Einleitungsmöglichkeiten und Kontrolle der Fruchtwassermenge mittels Ultraschall informieren

ET+10

Vorsorgeuntersuchung und Beratung, auch zu einer weiteren Kontrolle der Fruchtwassermenge mittels Ultraschall

ET+12, ET+14, ET+16

Weitere intensive Vorsorgeuntersuchungen und Beratung

Quelle: Deutscher Hebammenverband^[2]

Die aktualisierte ärztliche Leitlinie «Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung»^[3] schlägt eine andere Vorgehensweise vor. Sie wurde im Februar 2014 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland veröffentlicht. Inwiefern sie auch in der Schweiz übernommen wurde, ist etwas unklar, da ein Link auf der Seite der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu «Überwachung und Management bei Überschreitung des Geburtstermins» auf die Leitlinie von 2010^[4] führt, die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe jedoch auf Anfrage auf die aktuelle Leitlinie verwies.

Bei moderaten Risiken einleiten

In der aktuellen Leitlinie wird empfohlen, dass alle Schwangeren am Tag des errechneten Geburtstermins mittels Ultraschallkontrolle daraufhin untersucht werden sollten, ob weiterhin eine risikoarme Schwangerschaft besteht. Ist diese Kontrolle unauffällig, kann der Schwangeren bis 40+6 Schwangerschaftswochen (SSW) Zeit gelassen werden. Auch wenn sich die 15 Autoren und zwei Autorinnen der Leitlinie «Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung» darüber bewusst sind, dass die evidenzbasierte Leitlinie von 2013 «Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt»^[5], ebenfalls von der AWMF veröffentlicht, die CTG-Kontrollen erst ab 41+0 SSW vorsieht, plädieren sie dafür, CTGs bereits ab ET zu schreiben. Dies wird lediglich mit «good clinical practice» begründet. Ab 41+0 SSW wird angeraten, eine Geburtseinleitung anzubieten und sie spätestens ab 41+3 SSW zu empfehlen.

Dieser Schritt wird mit den Ergebnissen der aktuellen Metaanalyse von Gülmezoglu (2012)^[6] begründet. Bleibt die Schwangere bei ihrem Wunsch, dass Kind nach 41+3 SSW weiter zu tragen, sollte eine Einleitung dringend empfohlen werden, wenn moderate Risiken vorliegen wie BMI ab 25 kg/m², Nikotinkonsum, Alter über 35 Jahre oder Erstgeburtlichkeit. Bei «fehlenden Risiken» hingegen kann unter zweitägiger Kontrolle bis 41+6 SSW zugewartet werden. Die Schwangere soll darüber aufge-

klärt werden, dass ab 42+0 SSW die Einleitung beziehungsweise die primäre Sectio «indiziert» sind, da die Risiken für eine Totgeburt, aber auch für eine kindliche Morbidität, für eine Schulterdystokie bei der Geburt und für eine Mekoniumaspiration nach der Geburt – und damit auch für die Sterblichkeit des Kindes nach der Geburt – erhöht sind^[3].

Ärztliche Leitlinie «Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung»

37+0 bis 39+6 SSW

Bei komplikationslosen Schwangerschaften kein Anlass zur Empfehlung einer Geburtseinleitung. Bei einem mütterlichen Alter von über 40 Jahren kann ab 39+0 SSW eine Geburtseinleitung angeboten werden

40+0 bis 40+6 SSW

Vorsorgeuntersuchung (Anzahl wird nicht angegeben) inklusive CTG-Kontrolle, Kontrolle der Fruchtwassermenge sowie des fetalen Gewichts mittels Ultraschall

41+0 SSW

Geburtseinleitung anbieten, wenn keine Risiken vorliegen. Geburtseinleitung empfehlen, vor allem wenn moderate Risiken vorliegen

Spätestens bei 41+3 SSW

Geburtseinleitung empfehlen. Falls die Schwangere trotzdem zuwarten möchte und keine Risiken vorliegen, alle zwei Tage Fruchtwassermenge messen und CTG

Ab 42+0 SSW

Einleitung beziehungsweise die primäre Sectio. In den Tagen zuvor informieren, dass die Schwangerschaftsbeendigung zu diesem Zeitpunkt indiziert ist

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften^[3]

Zahlen und Fakten aus Deutschland

Für die Schweiz liegen keine aktuellen Zahlen zur Einleitung bei Terminüberschreitung vor. Die allgemeine Einleitungsrate liegt laut Bundesamt für Statistik bei 20%. Eine Betrachtung der für Deutschland verfügbaren Daten gibt Aufschluss darüber, dass nur noch wenige Geburten der echten zeitlichen Übertragung (ab ET+14 Tage) zuzuordnen sind. Von 641 723 Einlingsschwangerschaften ohne Terminunklarheit im Jahr 2013 wurde bei 238 558 (37,2%) eine Terminüberschreitung festgestellt. Diese Rate verteilt sich wie folgt auf den Überschreitungszeitraum: 34,3% bis zu 10 Tagen, nur noch 2% von 11 bis zu 12 Tagen, ein kleiner Anteil von 0,59% von 13 bis zu 14 Tagen und nur 0,28% über 14 Tage^[7]. Der letztgenannte Anteil an allen Einlingsschwangerschaften ohne Terminunklarheit lag sechs Jahre zuvor, im Jahr 2007, mit 0,6% noch doppelt so hoch^[8].



Catia Nunno Paillard

Hebamme, Dozentin an der Haute école de santé
Genf

Liebe Leserin, lieber Leser

Heute werden für die Geburt eines Kindes vom Zeitpunkt der Feststellung einer Schwangerschaft bis zum Wochenbett eine Menge technischer Hilfsmittel eingesetzt. Als Folge dieser technologischen Entwicklungen konnten in zahlreichen Ländern die Mortalität und Krankheitsanfälligkeit während der Schwangerschaft und der Geburt vermindert werden. Parallel dazu gewinnt die Qualitätssicherung an Bedeutung, was die Betreuung der Frau optimieren hilft. Die genaue Vorhersage des Geburtstermins erlaubt die bestmögliche Begleitung der Frau. Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass bei einer Geburt zum errechneten Termin das Lungenwachstum und die Lungenreifung des Neugeborenen optimal sind.

Es fehlt nicht an Empfehlungen zu diesem Thema. Jene des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) wurden kürzlich überarbeitet. Aus den Empfehlungen, die von Woche zu Woche ändern, gehen nun vier neue «Termine» hervor, wobei der «ideale» Termin zwischen 39 und 40 6/7 Schwangerschaftswochen liegen soll. Die Empfehlungen stehen in einem Kontext, in dem beispielsweise in den USA der Griff zur medikamentösen Geburtseinleitung so oft erfolgt, dass sich dies negativ auf die Gesundheit des Neugeborenen auswirken dürfte, insbesondere was seine Lunge betrifft. Das geht so weit, dass gewisse Versicherer die Kosten für eine Geburt vor der 39. Woche nicht mehr übernehmen, wenn keine medizinische Indikation vorliegt.

Die Hebammen, die ausgewählten Begleiterinnen der Frauen während der Geburt und des Wochenbetts und die Promotorinnen der öffentlichen Gesundheit, sind wichtige Ansprechpersonen zur Gewährleistung der Sicherheit und des Wohlbefindens des ungeborenen Kindes. Wie sollen wir nun diese neuen Aspekte in unser Pflegekonzept integrieren? Und vor allem: Wie können die Frauen während der Schwangerschaft möglichst gut aufgeklärt werden, damit sie eine informierte Wahl für eine physiologische Geburt treffen können?

Herzlich, Catia Nunno Paillard

 Autorinnen


Christine Loytved ist Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin und wohnt in Winterthur. Sie arbeitet als Dozentin am Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur und an weiteren Hebammenstudiengängen in der Schweiz, in Österreich und Deutschland.
christine.loytved@uos.de



Christina Roth ist Hebamme MSc Midwifery und Dozentin im Bachelorstudiengang am Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur und seit 13 Jahren freiberufliche Hebamme im Geburtshaus Delphys in Zürich.
rona@zhaw.ch



Katja Hoffmann ist Hebamme MSc Midwifery und Dozentin im Bachelorstudiengang am Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur.
hoka@zhaw.ch

Von allen 81 152 Einleitungen bei Schwangeren mit Terminüberschreitung im Jahr 2013 in Deutschland ereigneten sich 69 283 und damit 85% bereits in den ersten 10 Tagen nach dem errechneten Termin, wobei unklar bleibt, ob die Terminüberschreitung alleiniger Anlass für die Einleitung war. Von den 238 558 Einlingsschwangerschaften mit Terminüberschreitung wurden etwa 20% mit der Indikation Terminüberschreitung eingeleitet^[7]. In Anbetracht der Tatsache, dass die echte Übertragung erst mit zwei Wochen nach ET beginnt und in dieser Zeitspanne nur noch 1808 Schwangere zu finden sind, die gerade einmal 0,8% der 238 558 Frauen mit Terminüberschreitung ausmachen, sollte die Indikation «Terminüberschreitung» überdacht werden. Sollte es diese überhaupt geben oder sollte nur die Indikation «Übertragung» anzukreuzen sein? Dann müsste folglich darüber nachgedacht werden, warum einer Schwangeren eine Einleitung in den ersten 14 Tagen nach Verstreichen des Termins angeboten wird.

Empfehlungen zur CTG-Kontrolle sind widersprüchlich

Bei der AWMF sind zwei Leitlinien veröffentlicht, die sich mit dem Thema CTG-Kontrolle bei Terminüberschreitung beschäftigen und jeweils konträre Empfehlungen abgeben. Das Vorgehen wurde in der Leitlinie «Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt» von 2013 evidenzbasiert dargelegt und das abweichende Vorgehen in der aktuellen Leitlinie «Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung» lediglich mit der guten klinischen Praxis begründet. Dieser Widerspruch sollte allen, welche die neue Leitlinie nutzen, klar sein. Die Leitlinie «Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt» empfiehlt – wie bereits erwähnt – CTG-Kontrollen erst ab 41+0 SSW.

Steigt die Rate kindlicher Mortalität ohne Einleitung?

Die neueste Version der Cochrane-Metaanalyse zum Thema Einleitung von Gülmezoglu et al. (2012) ist das wichtigste Argument der aktuellen Leitlinie zum Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. Diese Metaanalyse hat eine leicht veränderte Studienauswahl, und auch ihre Schlussfolgerungen sind etwas abgewandelt zur Version von 2009^[9]. War das Autorenteam 2009 noch überzeugt, dass sieben Tage nach ET ein guter Zeitpunkt zur Einleitung sei, wird diese Empfehlung nicht mehr gegeben. Vielmehr wird vage formuliert: «Women should be offered the option of labour induction, probably at 41 to 42 completed weeks»^[9]. Die Einleitung sollte demnach evtl. nach 41 bis 42 abgeschlossenen SSW (d.h. ab ET+7 bis ET+14) angeboten werden. Diese Vorgehensweise soll mit weniger Fällen von perinataler Mortalität verbunden sein als das Abwarten mit Überwachung. Die Raten an Todesfällen, die hier zum Vergleich stehen, liegen auf sehr niedrigem Niveau.

Die Autoren und Autorinnen geben zu bedenken, dass es für spezielle Gruppen wie zum Beispiel Frauen mit hohem Body Mass Index andere Präferenzen geben könnte. Folgende Hauptkritikpunkte an dieser Cochrane-Metaanalyse wurden von Christine Loytved im März vergangenen Jahres im Vortrag «In 280 Tagen zur Geburtseinleitung?» formuliert: Das Problem der Übertragbarkeit auf Europa wird nicht diskutiert, sondern es werden Studien aus ganz verschiedenen Ländern und aus unterschiedlichen Epochen zusammen ausgewertet. Es gibt keine Studie aus der Schweiz, aus Österreich oder Deutschland, die in diese Metaanalyse einfließt. Das Outcome aus Ländern mit anderer Schwangerenvorsorge und hoher allgemeiner kindlicher Mortalität ist nicht einfach auf die Schweiz zu übertragen.

Wie verteilen sich die zehn Todesfälle, die in der Cochrane-Metaanalyse bei Übertragung dokumentiert sind und zur Einleitungsempfehlung geführt haben? Vier Studien verzeichnen keinen Todesfall. Insgesamt zehn Todesfälle

werden in sechs Studien gelistet, davon ist eine sehr alt, nämlich von 1969 (Grossbritannien), und die übrigen Todesfälle sind in drei Studien aus nicht europäischen Ländern aufgeführt (China 1989, Thailand 1992, Tunesien 2005). In manchen Studien werden Kinder mit Fehlbildungen eingeschlossen, in anderen wie bei Hannah^[10] aus dem Jahr 1992 werden sie ausgeschlossen. Hannah rechnete für die Zeit Mitte der 1980er-Jahre einen Bedarf an 7200 Frauen pro Gruppe aus, um einen Unterschied in der perinatalen Mortalität feststellen zu können. Die Metaanalyse von 2012 hat nur 2814 Frauen in der Einleitungsgruppe und 2785 in der Gruppe, die abwartet, zur Verfügung.

Was die schwangeren Frauen wünschen

Welche Wünsche haben Schwangere mit Terminüberschreitung? In einer recht kleinen Studie aus Österreich vor etwa 15 Jahren wollten 74% von 593 Schwangeren (7 bis 14 Tage nach ET) die abwartende Beobachtung^[11], während in Norwegen sieben Jahre später 74% der Einleitungsgruppe einer ähnlich grossen Stichprobe (508 Schwangere 7 bis 14 Tage nach ET) mit dem Vorgehen zufrieden waren^[12]. Näheres zur letztgenannten Studie: Über 500 Schwangere wurden eine Woche nach dem errechneten Geburtstermin gebeten, an der Studie teilzunehmen und stimmten einer Verteilung nach Zufall zu (Einleiten versus Abwarten mit Überwachung).

Mehr als 70% aus der Einleitungsgruppe fanden das ihnen vorgegebene Vorgehen positiv, gegenüber nur 40% derjenigen, die in der Abwartungsgruppe waren. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass 15% der Frauen in der Einleitungsgruppe gar keine Einleitung erhalten haben, da ihr Kind überraschend spontan kam, und dass 32% der Frauen in der Vergleichsgruppe nicht das verabredete Abwarten mit Überwachung erlebten, sondern eine Einleitung oder primäre Sectio wegen plötzlich auftretender Probleme. Die Daten wurden nach «intention to treat» und damit gemäss der anfänglichen Gruppeneinteilung ausgewertet. Durch die hohe Rate an Wechseln sind die Ergebnisse wenig aussagekräftig. Bedenkt man zudem, dass Schwangere in einer Umgebung leben, die sie eher auf den errechneten Geburtstermin fixiert, ist eine Entscheidung für die Einleitung nachvollziehbar.

Wenige Entscheidungsgrundlagen

Aussagekräftige Ergebnisse für die Praxis sind noch nicht in greifbarer Nähe. Allen Metaanalysen und Studien ist zudem grundsätzlich entgegenzuhalten, dass sie keine Beweise für die exakte Berechnung des jeweiligen Schwangerschaftsalters vorlegen. Daher können auch die Ergebnisse nicht überzeugen. Für Schwangere gibt es kaum eine Entscheidungsgrundlage, wie auch Christiane Schwarz aus der Arbeitsgruppe an der Universität Witten/Herdecke in Deutschland im Rahmen der Erstellung einer Entscheidungshilfe «Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung» für schwangere Frauen herausarbeitet.

Schwangere in Zürich finden nach der Erfahrung freiberuflicher Hebammen kaum ein Spital, das ein weiteres Abwarten bei ET+14 unterstützt. In diesem Themenbereich, der sehr stark in das Lebensgefüge der Schwangeren sowie in das Arbeitsfeld der Hebamme eingreift, sind dringend eine berufsübergreifende Klärung der Evidenzlage und weitere Forschung erforderlich.

Literatur

- 1 Loytved C, Stiefel A, Røben S, Hellmers C: In 280 Tagen zur Geburt? Hebammenforum; 2009, 10 (9): 708–713.
- 2 Empfehlungen des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) zum Vorgehen bei Terminüberschreitung; 2012.
- 3 AWMF-Leitlinie: Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung; 2014, AWMF 015/065.
- 4 AWMF-Leitlinie: Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung; 2010, AWMF 015/065.
- 5 AWMF-Leitlinie: Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt; 2013, AWMF 015/036.
- 6 Gülmezoglu M et al.: 2012 Induction of labour improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11.
- 7 AQUA-Institut: Bundesauswertung 2013 16/1 – Geburtshilfe Deutschland; 2014.
- 8 Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS): BQS-Bundesauswertung 2007 – Geburtshilfe; 2008, Düsseldorf.
- 9 Gülmezoglu M et al.: Induction of labour improving birth outcomes for women at or beyond term; 2009, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.
- 10 Hannah ME et al.: Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy: a randomized controlled trial. The New England Journal of Medicine; 1992, 326 (24): 1587–1592.
- 11 Hasenöhr G et al.: Zum Management der Terminüberschreitung, Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2004, 22 (1): 9–13.
- 12 Heimstad R et al.: Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica; 2007, 86 (8): 950–956.



Kontakt

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Departement Gesundheit
Institut für Hebammen
Technikumstrasse 71, CH-8401 Winterthur
www.gesundheit.zhaw.ch