

# Warten auf Wehen in der vertrauten Umgebung

Martina Gisin MScM, Catherine Rapp BScM, Cornelia Bläuer PhD RN, Basel/Schweiz

Das ambulante Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung (VBS) am Termin hat den Vorteil, dass die Frauen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können, der physiologische Verlauf der Geburt gefördert und der Klinikaufenthalt verkürzt wird. Seit 2012 bietet die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel schwangeren Frauen unter strengen Einschlusskriterien diese Möglichkeit an. Unsere Autorinnen beschreiben die praktische Umsetzung und die Erfahrungen der Frauen und des Behandlungsteams.

## Einleitung

Der **vorzeitige Blasensprung (VBS) am Termin** wird definiert als Fruchtwasserabgang aufgrund einer Fruchtblasenruptur nach der 37. SSW vor Beginn der Geburtswehen. Dieser tritt in 5 bis 10% aller Schwangerschaften auf, davon finden 60% am Termin statt [3, 10]. Bei 85% der Schwangeren mit VBS am Termin kommt es innerhalb von 24 Stunden zum Einsetzen spontaner Wehentätigkeit [2, 8].

Beim VBS am Termin gibt es zwei Behandlungsmethoden. Eine Möglichkeit ist die **stationäre Aufnahme** der schwangeren Frauen bis zur Geburt, unabhängig von der Klinik, dem Wunsch der Frau und ihrer Verfassung. Die Alternative dazu bildet das **ambulante Management**, bei dem die Schwangere nach Ausschluss von Risikofaktoren bis zum Einsetzen einer adäquaten Wehentätigkeit wieder nach Hause entlassen wird.

## Erfahrungen im Universitätsspital Basel

In der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel mit jährlich rund 2500 Geburten wurde bis 2012 ausschließlich das stationäre Management bei VBS praktiziert. Alle Schwangeren mit VBS wurden direkt stationär aufgenommen, bis zum

## Aktuelle Studienlage

Die Literaturlage bezüglich des expektativen Vorgehens bei VBS am Termin ist kontrovers.

- Die Forschungsgruppe von Hagskog et al. führte bereits 1994 eine prospektive Studie mit 176 Teilnehmerinnen durch und verglich das ambulante mit dem stationären Management bei Schwangeren mit geringem Risiko (low-risk) [4]. Die Schwangerschaftskontrollen in der Klinik wurden alle zwei Tage durchgeführt. Zusätzlich erhoben die Frauen ihre Temperatur zu Hause eigenständig in regelmäßigen Intervallen. Innerhalb von 85 Stunden gebaren 90% der Frauen im ambulanten Management. Die genannte Forschungsgruppe fand keine statistischen Unterschiede beim Vergleich des stationären und des ambulanten Managements bezüglich der mütterlichen Infektionsrate, des kindlichen Outcomes und der instrumentierten Geburtsbeendigungen.
- In weiteren Studien wurden die klinischen Outcomes, Infektionsrate und Antibiotikaverbrauch im Vergleich zwischen dem stationären und ambulanten Management untersucht [5, 6]. Die Resultate zeigten, dass Frauen in häuslicher Umgebung signifikant weniger Kontrollen hatten, jedoch häufiger Antibiotika bei mehr kindlichen Infektionen erhielten und vermehrt Sectio caesarea durchgeführt wurden.
- Jomeen und Martin (2002) zeigten in einer randomisiert kontrollierten Studie auf, dass in der stationären Gruppe die Temperatur der Schwangeren nach 18 Stunden deutlich erhöht war [7]. Bei den weiteren Outcomes, wie Apgar des Kindes, Zahl der mütterlichen und kindlichen Infektionen und Geburtsmodus konnten sie keine Unterschiede nachweisen.
- In einer Übersichtsarbeit zeigte Rath (2012) auf, dass beim ambulanten Management signifikant weniger medikamentöse Geburtseinleitungen und ein geringerer Schmerzmittelbedarf erforderlich waren [2, 5, 8].

Obwohl die Literatur in Bezug auf die medizinischen Outcomes keine klaren Vorteile für das ambulante Vorgehen aufzeigt, sprechen einige Aspekte dafür. Die Schwangeren können länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und der Klinikaufenthalt ist kürzer. Dieses ist bei dem heutigen Kostendruck als weiteres wichtiges Outcomekriterium zu werten.

## Kriterien für das ambulante Management

- Wunsch der Frau
- Keine relevante Wehentätigkeit
- Klares Fruchtwasser
- Patientin am Termin (>37+0 SSW)
- Gruppe B-Streptokokken-Abstriche negativ
- Kind in Schädellage und fest im Becken
- Keine geburtshilflichen Risikofaktoren
- Keine relevante internistische maternale Grunderkrankung
- Afebrilität (<37.6° C Ohrthermometer)
- Unauffälliges Infektlabor (CRP < 10 mg/l, Leukozyten < 12 000 × 10<sup>9</sup>/l)
- Unauffälliges CTG bei Eintritt
- Erreichbarkeit des Spitals innerhalb von 30 Minuten gewährleistet
- Compliance der Patientin und gute Kommunikationsfähigkeit mit dem Paar
- Bishop-Score < 6

Zeitpunkt der Geburt überwacht und bei ausbleibender spontaner Wehentätigkeit innerhalb von 24 Stunden eingeleitet. Im November 2012 wurde zusätzlich das ambulante Management eingeführt. Schwangere, die sich mit VBS vorstellen, werden primär durch eine Hebamme und anschließend durch Ärztinnen bzw. Ärzte untersucht. Bestätigt sich die Diagnose des VBS, wird der Frau bzw. dem Paar **unter bestimmten Kriterien (s. Box) das ambulante Management angeboten**. Hebammen und Ärztinnen/Ärzte besprechen mit ihnen die Vor- und Nachteile der beiden Vorgehensweisen.

## Praktische Umsetzung

- Entscheidet sich ein Paar für das ambulante Management, erhalten die Partner Informationen für das

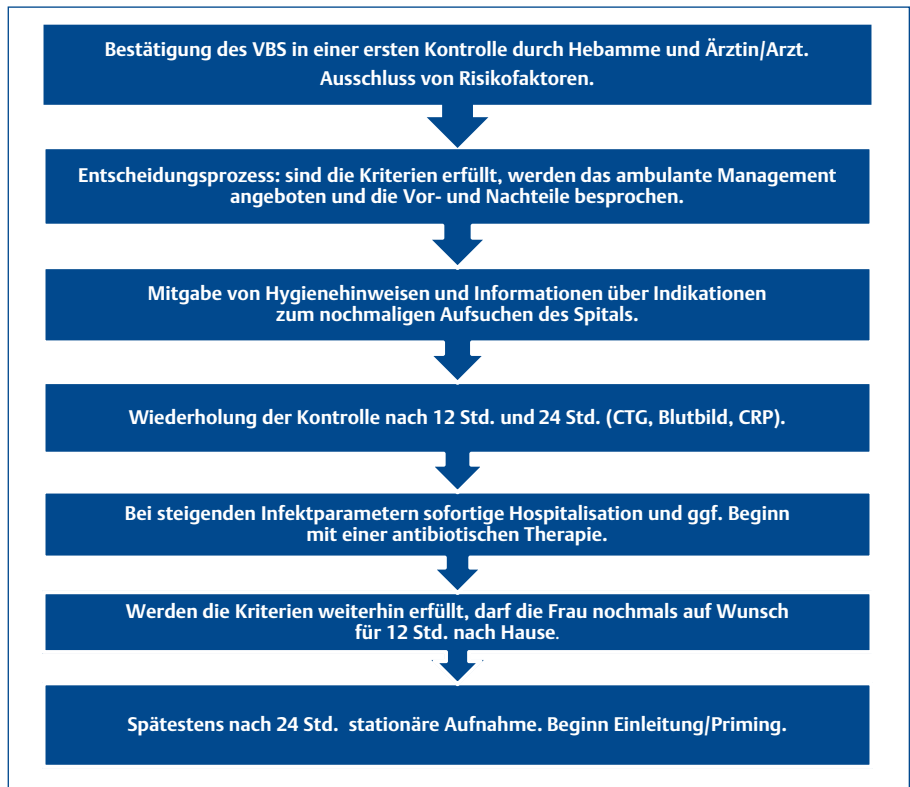


Abb. 1 Patientenpfad: Die Schwangere stellt sich mit Verdacht auf VBS in der Klinik vor.

### Verhalten in der häuslichen Umgebung:

Hygienehinweise, wie zum Beispiel das Wechseln der Binden nach jedem Toilettengang, Erlaubnis zum Duschen, keinen Geschlechtsverkehr zu haben und die Intimhygiene, werden erklärt.

- Des Weiteren werden die Frauen auf **auffällige Symptome** hingewiesen, die eine Vorstellung in der Klinik erforderlich machen (z.B. erhöhte Temperatur, Abgang von grünem Fruchtwasser).
- Kommt es innerhalb von 12 Stunden nicht zur Wehentätigkeit, wird eine **ambulante Kontrolle** im Spital durchgeführt. Spätestens 24 Stunden nach VBS werden die Schwangeren **stationär aufgenommen** (Abb. 1).

## Evaluation

Im Dezember 2013 wurde eine Evaluation des Managements bei VBS durchgeführt (Forschungsvorgehen s. Box).

## Erleben der Frauen, Hebammen und Ärzte

Im Analyseprozess ergaben sich vier Hauptthemen: **Informationsqualität, Entscheidungsprozess, Zuhause sowie Sicherheit und Wohlbefinden**.

### Informationsqualität

Die Schwangeren wurden nach der **Qualität der Aufklärung** und den erhaltenen Informationen befragt.

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen riefen nach dem VBS aufgrund von **Unsicherheit** in der Klinik an. Sie wurden von den Hebammen aufgefordert, zur Kontrolle in die Klinik zu kommen, um den **VBS zu bestätigen**. Sie wurden während der Kontrolle informiert, dass bis zur eigentlichen Geburt noch Zeit vergehen würde, sie keine oder kaum Wehentätigkeit hätten und **wieder nach Hause gehen könnten**.

Forschungsvorgehen	
<b>Methodik</b>	Durch eine retrospektive Dokumentenanalyse [9] wurden die klinischen Outcomes (z. B. Wehenbeginn, Infektparameter, Geburtsmodus, mütterliches und kindliches Outcome) untersucht. Datenerhebung in zwei Teilen: 1. Qualitative Erhebung der subjektiven Sichtweise der Schwangeren durch telefonische leitfadengestützte Interviews ein bis zwei Wochen nach Klinikentlassung (Informationsqualität, Unterstützung im Entscheidungsprozess, Zufriedenheit der Frauen). 2. Fragebogenerhebung zum Erleben und der Zufriedenheit der Hebammen und des Ärzteteams mit dem ambulanten Vorgehen. Der Fragebogen mit vorwiegend offenen Fragen konnte anonym ausgefüllt werden und wurde an alle Hebammen bzw. Ärztinnen/Ärzte abgegeben, die ins ambulante Management involviert waren.
<b>Datenauswertung</b>	Thematische Analyse nach Aronson [1].
<b>Teilnehmerinnen</b>	15 Frauen im Alter von 23 bis 43 Jahren (Median 33 Jahre), davon 10 Erstgebärende, 3 Zweitgebärende, 2 Drittgebärende. Der VBS fand bei Schwangeren zwischen der 38. und 41. SSW statt (Median 39. SSW). Vom Behandlungsteam nahmen n = 25 Hebammen (Rücklaufquote 73,5%) ab 2 Jahren Berufserfahrung teil und n = 12 Ärztinnen/Ärzte (Rücklaufquote 28%) ab 3 Jahren Berufserfahrung.
<b>Resultate</b>	Bis zum Wehenbeginn gingen 12 Frauen nach Hause. 3 Frauen entschieden sich, trotz Angebots des ambulanten Managements, im Spital zu bleiben. Zwei Frauen gingen primär nach Hause, wollten aber nach der ersten Kontrolle doch in der Klinik bleiben, obwohl sie die Kriterien für den Aufenthalt zuhause erfüllten. Der Zeitpunkt des Wehenbeginns zu Hause erfolgte nach 0,5 bis 23 Stunden (Median 13). Geburtsmodi waren 12-mal spontaner Wehenbeginn, 3-mal Einleitung/Priming nach 24 Stunden, 10-mal Spontangeburt, 3-mal Vakuumgeburt, 2-mal Sectio caesarea.

Für die Frauen war es wichtig, ausreichende medizinische **Informationen zur Risikoeinschätzung** zu erhalten und sich zu vergewissern, **dass es dem Kind gut geht**. Bei der Befragung war es für die Frauen schwierig, die Informationen und Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen zu erinnern. Am ehesten erinnerten sie sich, dass sie sich bei Unsicherheit, Veränderungen des Fruchtwassers, Wehentätigkeit und Kindsbewegungen jederzeit telefonisch bei den Hebammen melden sollten.

Das Behandlungsteam beschrieb, dass die Frauen unsicher waren, wenn sie unterschiedliche Informationen erhiel-

ten. Den Hebammen bzw. Ärztinnen/Ärzte war es wichtig, den Frauen mitzuteilen, dass sie sich jederzeit in der Klinik melden konnten. Ansonsten zeigten die Resultate, dass die **Informationsabgabe an die Paare heterogen** war.

### Entscheidungsprozess

Die Frauen wurden nach der Unterstützung im Entscheidungsprozess durch das Behandlungsteam gefragt, was für sie in dieser Situation hilfreich war. Wenigen Frauen war das ambulante Vorgehen bekannt. Die **Hauptmotivation, nach Hause zu gehen**, war die vertraute Umgebung,

die Verkürzung des Klinikaufenthaltes und dass es ihnen im Spital langweilig gewesen wäre. Für eine Frau war die Anwesenheit der älteren Kinder ein Grund, weshalb sie gerne nach Hause wollte.

Als **Begründung für das Verbleiben in der Klinik** gaben die Frauen an, dass sie das „Hin und Her“ nicht wollten, weil sie die älteren Kinder bereits für den Klinikaufenthalt abgegeben hatten oder sie einen längeren Anfahrtsweg hatten. Die interviewten Frauen schätzten die Wahlmöglichkeit und einige bewerteten positiv, dass sie die Möglichkeit hatten, selbst zu entscheiden.

Die **Unterstützung zur Entscheidung** erfolgte durch das Behandlungsteam vor dem Hintergrund ausführlicher Informationen über die Möglichkeiten des ambulanten Managements oder der stationären Aufnahme, den medizinischen Verlauf und die Bestärkung, dass der VBS einem normalen Geburtsverlauf entspricht. Beide Berufsgruppen gaben an, dass es ihnen wichtig wäre, neutral zu informieren. Die Frauen sollten selbst entscheiden und dabei auch auf ihr eigenes Gefühl vertrauen. Als Gründe für

Tab. 1 Beispielhafte Aussagen zum Thema: Informationsqualität.

Aussagen Frauen	Sichtweise Behandlungsteam
„Ich habe ausreichende Informationen erhalten.“	„Die Frauen werden verunsichert, wenn sie unterschiedliche Informationen erhalten.“
„Ich wusste, bei welchen Veränderungen und Zeichen ich mich melden sollte.“	„Wir informieren die Frauen über Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen und dass sie sich jederzeit melden können.“
„Ich wusste, wie ich mich zu Hause verhalten sollte.“	

Tab. 2 Beispielhafte Aussagen zum Thema: Entscheidungsprozess.

Aussagen Frauen	Sichtweise Behandlungsteam
„Ich wollte in meiner gewohnten Umgebung sein, um besser zu entspannen.“	„Das Wissen um einen normalen Geburtsverlauf bestärkt die Frauen.“
„Ich hätte mich im Spital gelangweilt.“	„Es wird neutral informiert, damit die Paare die Wahlmöglichkeit haben.“
„Es ist gut, die Wahlmöglichkeit zu haben.“	

Tab. 3 Beispielhafte Aussagen zum Thema: Zuhause.

Aussagen Frauen	Sichtweise Behandlungsteam
„Ich konnte Energie tanken, schlafen, entspannen und mich in Ruhe frisch machen.“	„Die Frauen sind in der häuslichen Umgebung mit ihrem Partner und der Familie.“
„So konnte ich zuhause nochmals nach meinen zwei Kindern sehen.“	„Sie können ihren Tagesablauf selbst bestimmen.“
„Ich war zu nervös, um zu schlafen ... und dann kamen die Wehen.“	

eine Ablehnung nannte das Behandlungsteam Angst vor Komplikationen, Unsicherheit des Partners und Bedenken, das Spital nicht rechtzeitig zu erreichen. Die Entscheidung schien für Frauen mit leichten Kontraktionen erschwert zu sein.

### Zuhause

Von der Zeit im häuslichen Umfeld hatten einige Teilnehmerinnen falsche Vorstellungen. Sie dachten zu Hause schlafen zu können. Dies gelang jedoch nicht in allen Fällen aufgrund leichter Kontraktionen. Trotzdem konnte die Zeit zu Hause genutzt werden, um gemeinsam mit dem Partner und älteren Kindern zu

entspannen, zu kochen, zu lesen, fernzusehen, Energie zu tanken, den Betreuungsdienst für die älteren Kinder zu organisieren.

Die Frauen berichteten auch, dass sie zu Hause Maßnahmen zur Wehenanregung angewendet haben wie Treppensteigen und warme Wickel mit ätherischen Ölen. Psychischer Druck entstand, wenn sich keine Wehen einstellten, im Wissen, dass nach 24 Stunden die Geburt eingeleitet werden muss. Grundsätzlich **schätzten sie den Aufenthalt zu Hause**, um noch einmal Zeit für sich zu haben, sich frisch und bereit zu machen, sich abzulenken und sich auf die Geburt einzustellen.

Vom Behandlungsteam wurden keine kritischen Rückmeldungen seitens der Frauen beobachtet. Die Frauen hätten es positiv bewertet, nicht nur in der Klinik warten zu müssen, sondern die Zeit zu Hause selbst gestalten zu können. Hebammen bzw. Ärztinnen/Ärzte berichteten, dass sich auch Frauen positiv äußerten, die schon mit stärkeren Wehen bei fortgeschrittenem Geburtsverlauf in der Eröffnungsphase wieder kamen. Sie gaben an, dass sie den **Aufenthalt im häuslichen Umfeld als angenehm und kurzweilig** empfanden und froh waren, die Wartezeit nicht in der Klinik verbringen zu müssen.

Die liebevollste  
Art zu tragen

**Hoppediz**  
Baby-Tragetücher

- ✓ Optimale Körperanpassung
- ✓ Natürliche Materialien, nach Öko-Standards produziert
- ✓ Ab dem 1. Lebenstag einsetzbar
- ✓ Familienfreundliche Preise

**ATTRAKTIVE SONDERKONDITIONEN FÜR HEBAMMEN!**



[www.hoppediz.de](http://www.hoppediz.de)



Tab. 4 Beispielhafte Aussagen zum Thema: Sicherheit und Wohlbefinden.

Aussagen Frauen	Sichtweise Behandlungsteam
„Es gab mir Sicherheit zu wissen, dass ich jederzeit anrufen und ins Spital gehen kann.“	„Die Kriterienliste ist eng gehalten und ermöglicht keinen Spielraum.“
„Zu Hause fühlte ich mich sicher und geborgen.“	„Mehrgebärende fühlen sich sicherer als Erstgebärende.“
	„Die Frauen werden weniger ‚krank‘ gemacht.“

## Sicherheit und Wohlbefinden

Sicherheit vermittelte den Frauen das Wissen, sich jederzeit in der Klinik melden zu können, und die Erfahrung, beim Anrufen eine kompetente Auskunft durch eine Hebamme zu erhalten. Beschrieben wurde auch ein **beruhigendes Gefühl** durch die Möglichkeit jederzeit in die Klinik zurückkehren zu können.

Zwei Erstgebärende hatten Bedenken, das Spital nicht rechtzeitig zu erreichen. **Unsicherheiten, Druck und Nervosität** entstanden durch die Vorstellung, einem möglichen Infekt ausgesetzt zu sein, sollten die Wehen nicht einsetzen.

Von Seiten des Behandlungsteams führte die Umsetzung der Kriterienliste zu den größten Schwierigkeiten. **Unsicherheiten bestanden in der klinischen Beurteilung**, beispielsweise das feste kindliche Köpfchen im Becken oder die Wehentätigkeit. Bei den Ärztinnen/Ärzten wurden mehrfach allgemeine Unsicherheiten bezüglich des Auftretens von Infekten und Komplikationen genannt. Die Kriterienliste lässt hier jedoch keinen Entscheidungsspielraum zu und wurde ausnahmslos angewendet.

Die Ärztinnen/Ärzte beschrieben, dass einzelne Hebammen die Frauen zu früh, wenn noch nicht alle Resultate vorlagen, über die Möglichkeit des ambulanten Vorgehens informierten. Dies führte zu Enttäuschungen bei den Schwangeren, wenn sie aufgrund der Kriterien nicht nach Hause durften. Die Unterstützung durch die klaren Kriterien wurde geschätzt, andererseits wurden diese aber

auch als einengend empfunden. Ein wichtiger Aspekt war zudem die Angst der Ärztinnen/Ärzte, eine Zweit- oder Drittgebärende zu spät aufzunehmen oder etwas Wesentliches zu verpassen.

Demgegenüber stand ihr Eindruck, dass die **Frauen erleichtert waren, in der häuslichen Umgebung zu warten** und dieses ihnen gut tat. Auch beobachteten sie weniger Angst bei den Paaren, dass etwas nicht in Ordnung sein könnte.

Das ambulante Management hat auch **Auswirkungen auf den Klinikablauf** und die Zusammenarbeit im Behandlungsteam. Räume werden weniger durch Frauen belegt, die auf Wehen warten. Die Aufenthaltsdauer verkürzt sich und Personal- und Raumressourcen werden eingespart.

Das Behandlungsteam beobachtet außerdem, dass das ambulante Management einer Überbetreuung der Frauen entgegenwirkt. Die Schwangeren wurden weniger „krank“ gemacht, es stellte sich eher eine spontane Wehentätigkeit ein und die physiologische Geburt wurde gefördert. Die **Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten wurde als positiv beschrieben** und die Mehrheit fühlt sich sicher in der Umsetzung.

## Diskussion

Die Resultate zeigen, dass das ambulante Management durch einen möglichst langen Aufenthalt in der vertrauten Umgebung positive Auswirkungen sowohl für die Frauen als auch das Behandlungsteam hat.

Die Frauen schätzen, wenn sie sich in der vertrauten Umgebung ablenken, entspannen, Energie tanken und sich auf die Geburt einstimmen können. Druck kann sich zu Hause aufbauen, wenn sich die Wehentätigkeit nicht einstellt. Um solchen Situationen entgegenzuwirken, könnte man überlegen, ob die Frauen gezielt über Möglichkeiten zur Wehenanregung informiert werden sollten.

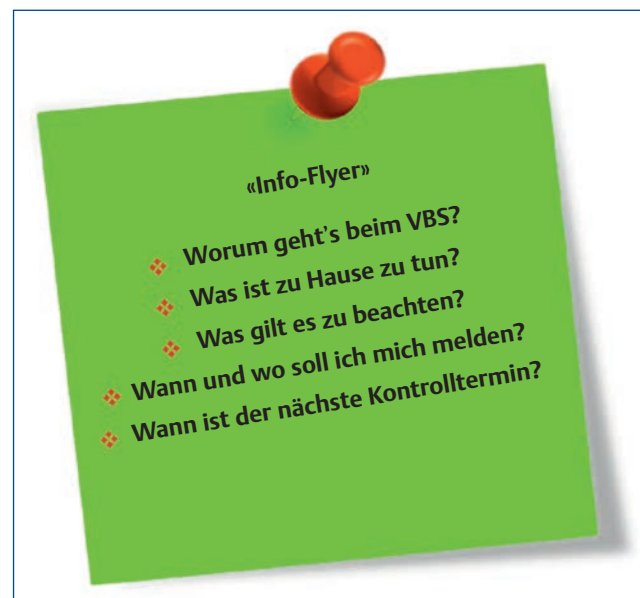


Abb. 2 Der Vorschlag der Hebammen, zur Unterstützung der Paare einen „Info-Ratgeber“ zu erstellen und dadurch auch die Informationsabgabe besser zu standardisieren, wurde mittlerweile umgesetzt.

# BiGaia®

Lactobacillus reuteri Protectis



## Der natürliche Weg gegen Blähungen und Koliken.

- ✓ Säuglinge schreien signifikant weniger wegen Verdauungsstörungen/Koliken\*
- ✓ In wissenschaftlichen Studien gut dokumentiert
- ✓ Mit lebenden Probiotika aus der Muttermilch



\*Savino F et al. (2010). Lactobacillus reuteri DSM 17938 in the treatment of infantile colic: a clinical and microbiological, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.

Zutaten: ölsäurereiches Sonnenblumenöl, MCT-Öl (aus Palmkernöl), *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 (*L. reuteri* Protectis®) (2 %)

pädia

Für Erstgebärende ist die Einschätzung der Symptome schwieriger. Das Angebot, sich jederzeit melden zu können, und die kompetente Auskunft am Telefon konnten die Frauen in diesen Situationen unterstützen. Dies sollte durch das Behandlungsteam in der Entscheidungsfindung und Informationsvermittlung berücksichtigt werden.

Die häufigsten Gründe, wieder nach Hause zu gehen, waren die vertraute Umgebung und die kürzere Aufenthaltszeit im Spital. Die Aussagen des Behandlungsteams zur „Ablenkung zu Hause“ zeigten, dass man sich dort mehr Entspannungsmöglichkeiten und Abwechslung für die Frauen erhoffte. Den Hebammen war besonders wichtig, den physiologischen Verlauf der Geburt zu unterstützen und das Wohlbefinden der Schwangeren zu fördern. Obwohl das Wohlergehen der Frau auch aus ärztlicher Sicht wichtig war, lag ihr Fokus noch mehr auf dem Einsparen von Ressourcen [5].

In den Interviews zeigte sich, dass sich die Frauen nicht immer an das Entscheidungsgespräch erinnerten. Wichtig war für sie, medizinische Informationen zu erhalten und sich zu vergewissern, dass es dem Kind gut geht. Der Inhalt war häufig nicht präsent. Die einzigen Informationen, an die sich alle erinnern konnten, waren der nächste Kontrolltermin und das Wissen, sich bei Unsicherheiten oder Veränderungen jederzeit melden zu können. Die Wichtigkeit der Informationsabgabe zur Überwachung von Zeichen einer Verschlechterung belegen auch Studien [5, 6, 7].

Aus der fehlenden Erinnerung kann nicht geschlossen werden, dass die Frauen diese Informationen nicht erhalten haben. Bis zur Befragung ist viel Zeit mit einschneidenden Veränderungen vergangen, sodass die Informationen vermutlich kaum mehr eine Bedeutung haben. Die Antworten des Behandlungsteams zur Informationsabgabe sind jedoch ebenfalls sehr heterogen und weisen darauf hin, dass eine **bessere Standardisierung** nützlich sein könnte.

Die Unterstützung zur Entscheidungsfindung wurde von der Mehrheit der Frauen positiv wahrgenommen. Um Enttäuschungen und Verunsicherung zu vermeiden, soll zukünftig das ambulante Management erst angeboten werden, wenn sich Ärztin/Arzt und Hebamme abgesprochen haben.

Bei der Informationsabgabe und Entscheidungsfindung sollte berücksichtigt werden, dass es für Erstgebärende schwieriger ist, die Situation einzuschätzen. Auch darf nicht vergessen werden, dass sie sich leichter durch den Verlauf und die Symptome verunsichern lassen als Zweit- oder Drittgebärende.

Das Behandlungsteam fühlte sich in der Umsetzung größtenteils sicher. Zur Unterstützung bei Unsicherheiten gerade auch in der Einschätzung von einzelnen Kriterien, wie das feste Köpfchen im Becken, sollte das **Coaching** durch die Hebammenexpertin und durch die Oberärztinnen/-ärzte noch intensiviert werden. Denkbar ist

### die Einführung von regelmäßigen Nachbesprechungen.

Die Rückmeldungen zur Kriterienliste müssen weiterverfolgt werden, sobald die Resultate aus dem ärztlichen Studienteil zu den medizinischen Outcomes vorliegen. Vor dem Hintergrund der Sicherheit für Frau und Kind wurde die Kriterienliste bisher bewusst streng formuliert, sodass die Kriterien etwas gelockert wurden und die Grenze der Leukozyten auf  $< 15.000 \times 109/l$  angehoben werden konnte.

Die Hebammen haben eine zentrale Rolle im Management des Blasensprunges. Sie sind erste Ansprechpersonen bei telefonischen Anfragen, müssen entscheiden, welche Frauen zur Kontrolle in die Klinik kommen sollen und sind erste Kontaktpersonen vor Ort, die schon vor dem ärztlichen Kontakt erste Diagnostik durchführen. Sie unterstützen die Diskussion zur Entscheidung wesentlich. Die Frauen erhalten von ihnen detaillierte Informationen, wie sie sich zu Hause zu verhalten haben. Bei Unsicherheiten unterstützen die Hebammen und vermitteln Sicherheit.

### Fazit

Sowohl die Frauen als auch beide befragten Berufsgruppen schätzen das Vorgehen mit dem ambulanten Management und möchten es als Variante nicht mehr missen. Das ambulante Management bei VBS am Termin fördert den physiologischen Verlauf der Geburt durch weni-

ger initiierte Interventionen. Aus diesem Vorgehen resultieren kürzere Klinikaufenthalte, weniger Wartezeiten für die Frauen sowie personelle, räumliche und finanzielle Einsparungen.

Die Resultate geben Hinweise auf Nutzen sowie Vorteile und zeigen Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung auf. Da die Risiken wenig untersucht sind und die Sicherheit der Schwangeren und ihrer Kinder absolut gewährleistet sein müssen, gibt die Kriterienliste bewusst strenge Maßgaben vor. Sollte sich dieses Vorgehen als risikoarm herausstellen, können die Kriterien zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden.

Das ambulante Management nach vorzeitigem Blasensprung entspricht einem Bedürfnis der Frauen, Hebammen und Ärztinnen/Ärzte und sollte in der Versorgung von Frauen ohne Geburtsrisiko unbedingt angeboten werden.

### Literatur

- 1 Aronson JA. Pragmatic view of thematic analysis. The qualitative Report 1994; 2 (1): 1–4
- 2 Dare MR, Middleton P, Crowther CA et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database Systematic Reviews 2007; Issue 1; Art. No.: CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub2
- 3 Duff P. Premature rupture of the membranes in term patients. Seminars in Perinatology 1996; 20: 401–408

- 4 Hagskog K, Nisell H, Sarman I et al. Conservative ambulatory management of prelabor rupture of the membranes at term in nulliparous women. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1994; 73 (10): 765–769
- 5 Hannah ME, Hodnett ED, Willan A et al. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? The TermPROM Study Group. Obstetrics & Gynecology 2000; 96 (4): 533–538
- 6 Hannah ME, Ohlsson A, Farine D et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. The New England Journal of Medicine 1996; 334 (16): 1005–1010
- 7 Jomeen J, Martin CR. The impact of clinical management type on maternal and neo-natal outcome following pre-labour rupture of membranes at term. Clinical Effectiveness in Nursing 2002; 6 (1): 3–9
- 8 Rath AM. Das abwartende Management beim vorzeitigem Blasensprung am Termin. Die Hebamme 2012; 29–33
- 9 Vetter G, Hösli I. Ambulantes Management bei vorzeitigem Blasensprung am Termin. Ein Outcome- und Kostenanalysestudie bei ambulanten versus stationärem Management. 2013, unveröffentlicht.
- 10 Weekes CR, Mahomed K. Management of pre-labour rupture of membranes at term – A survey of current practice in Australia. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2010; 50: 428–431



**Martina Gisin**

MScM, Hebammenexpertin  
 Universitätsspital Basel  
 Frauenklinik, Geburtsabteilung  
 Spitalstrasse 21  
 4031 Basel  
 Schweiz  
 E-Mail: martina.gisin@usb.ch

### Erratum

In „Die Hebamme“ Heft 3, 2016 (Print-Ausgabe):

Im Artikel „Ein kleiner Piks für den Einzelnen – ein gigantischer Erfolg für die Menschheit“ von Dr. med. Ernst Tabori wurden in der Bildlegende der Infografik (Abb. 1) die Farben der Kurven falsch beschriftet. Die grüne Kurve zeigte die Sterblichkeit an Kindbettfieber bei den von Ärzten und Studenten behandelten Müttern, während die blaue Kurve jene der von Hebammen betreuten Mütter zeigte. In der Online-Version haben wir den Fehler bereits korrigiert: [www.thieme-connect.de/products](http://www.thieme-connect.de/products).