

Mehr Wissen: Wenn die Geburt des Babys auf sich warten lässt

Die letzten Tage einer Schwangerschaft sind eine aufregende Zeit. Wenn der errechnete Geburtstermin überschritten ist, kann das Warten auf die Geburt aber auch belastend werden. Viele werdende Eltern fangen dann an, sich Sorgen zu machen. Solange keine besonderen Probleme auftreten, geht es dem Kind aber sehr wahrscheinlich gut.

Wenn eine Schwangerschaft normal lange gedauert hat, spricht man von einer termingerechten Geburt. Damit ist gemeint, dass das Baby nach ungefähr 40 Schwangerschaftswochen zur Welt kommt. Wird das Kind vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren, handelt es sich um eine Frühgeburt. Eine zu frühe Geburt ist für das Baby mit verschiedenen Risiken verbunden. Wenn die Geburt etwas länger auf sich warten lässt, spricht man in Deutschland zunächst von einer Terminüberschreitung, ab Ende der 42. Woche dann von einer Übertragung. Diese wird international zum Teil anders definiert.

Etwa 60 von 100 Frauen bekommen ihr Kind vor oder bis zum errechneten Geburtstermin. Bei weiteren 35 von 100 setzen die Wehen innerhalb von zwei Wochen nach dem errechneten Termin von selbst ein. Bei etwa 5 von 100 Frauen dauert es jedoch länger.

Die Ursachen für eine Übertragung sind meist unbekannt. Manchmal ist es familiäre Veranlagung. Bei Frauen, die schon einmal ein Kind deutlich nach dem errechneten Termin bekommen haben, ist eine erneute Übertragung wahrscheinlicher.

Eine Geburt nach der 40. Woche schadet dem Kind nur selten. Dennoch wird der Arzt, die Ärztin oder Hebamme nach dem Überschreiten des Termins zur Sicherheit häufiger überprüfen, ob es dem Ungeborenen gut geht.

Ist eine längere Schwangerschaft ein Problem?

Solange es der werdenden Mutter und dem Kind gut geht, besteht in der ersten Woche nach dem errechneten Geburtstermin kein erhöhtes Risiko für Komplikationen. Auch danach steigt das Risiko, dass dem Kind etwas passiert, nicht stark an. Gewisse Risiken nehmen aber leicht zu. Die Hauptrisiken einer Übertragung für das Ungeborene sind,

- dass der Mutterkuchen (Plazenta) seine Aufgaben allmählich nicht mehr richtig erfüllen kann,
- dass sich innerhalb der Gebärmutter eine Infektion bildet oder
- dass bei der Geburt unerwartete Probleme auftreten.

Für die Schwangere bestehen weniger Risiken. Wird das Kind zu groß, kann jedoch die Geburt erschwert sein.

Drei oder vier Wochen nach dem errechneten Geburtstermin sind fast alle Kinder geboren. Wenn ein Baby dann immer noch nicht auf die Welt gekommen ist, erhöht sich das Risiko einer Totgeburt. So späte Geburten sind jedoch selten, da sie spätestens zwei Wochen nach dem Termin bei fast allen Frauen eingeleitet wird.

Bei einer Geburtseinleitung werden die Wehen mit Hormonen oder anderen Methoden künstlich herbeigeführt.

Wie wird der Geburtstermin geschätzt?

Es ist wichtig, den ungefähren Geburtstermin zu kennen, denn davon hängen viele Entscheidungen ab. Das fängt an mit der Frage, wann der Mutterschutz beginnt. Das Datum ist auch zur Entscheidung wichtig, ob man sich über eine Geburtseinleitung Gedanken machen muss oder ob zusätzliche Untersuchungen nötig werden. Allerdings lässt sich der Geburtstermin nie sicher vorhersagen.

Um einzuschätzen, wie weit eine Schwangerschaft fortgeschritten ist, werden vor allem zwei Verfahren eingesetzt: Bei dem einen wird der Geburtstermin anhand des Datums der letzten Periode errechnet. Bei dem anderen wird die Größe des Ungeborenen mit einer Ultraschalluntersuchung gemessen.

Abschätzen des Geburtstermins anhand der letzten Periode

Die Dauer einer Schwangerschaft wird immer auf 40 Wochen oder 280 Tage geschätzt – auch wenn kaum eine Schwangerschaft genau 280 Tage dauert. Das Ausgangsdatum für diese 40 Wochen ist der erste Tag der letzten Periode. Die Schätzung ist aber nicht sehr zuverlässig: Nicht jede Frau kann sich an den genauen Tag erinnern. Zudem haben manche Frauen am Anfang ihrer Schwangerschaft noch eine leichte Blutung zu dem Zeitpunkt, an dem ihre Periode normalerweise fällig gewesen wäre. Daher kann es vorkommen, dass Frauen bereits einige Wochen länger schwanger sind, als ihnen bewusst ist.

Hinzu kommt, dass der Abstand zwischen zwei Menstruationsblutungen nicht immer genau vier Wochen beträgt. Auch wenn es einige Tage später zur Empfängnis kam als bei der Berechnung des Geburtstermins angenommen wird, ist die Vorhersage nicht ganz genau.

Wegen der häufigen Fehler bei der Schätzung des Empfängnisterrmins korrigieren Ärztinnen, Ärzte und Hebammen den so errechneten Geburtstermin. Dazu nutzen sie zum Beispiel die Größe des Kindes bei einer Ultraschalluntersuchung in der frühen Schwangerschaft.

Schätzung des Geburtstermins mittels Ultraschall

Beim Ultraschall (Fachbegriff: Sonografie) werden Schallwellen verwendet, die vom Körper des Ungeborenen zurückgeworfen und in ein Bild umgewandelt werden. So kann man sehen, was in der Gebärmutter passiert und wie groß das Kind ist. Von der Größe des Ungeborenen lässt sich auf das Schwangerschaftsalter schließen. Das Schwangerschafts- oder Gestationsalter besagt, wie lange die Schwangerschaft schon besteht.

In den ersten Wochen einer Schwangerschaft sind die Größenunterschiede zwischen Ungeborenen nur gering. Deshalb kann man mit einer Ultraschalluntersuchung innerhalb des ersten Trimesters (den ersten zwölf Wochen) der Schwangerschaft den Geburtstermin relativ gut einschätzen. Ganz genau ist aber auch die Ultraschalluntersuchung nicht.

In Deutschland wird normalerweise jeder Frau zwischen der neunten und zwölften Woche ihrer Schwangerschaft eine Ultraschalluntersuchung angeboten. Wenn die Schätzung des Geburtstermins anhand der Ultraschalluntersuchung stark vom Datum der letzten Periode abweicht, kann der Arzt, die Ärztin oder die Hebamme den Geburtstermin anpassen.

Wie wird untersucht, ob es dem Ungeborenen gut geht?

Bestimmte Untersuchungen können Hebammen und Ärzten helfen, mögliche Probleme für Mutter oder Kind festzustellen. Wenn der Geburtstermin überschritten ist, werden oft zusätzliche Beratungsgespräche und Untersuchungen angeboten. Bei einer Terminüberschreitung sind zwei Kontrolltermine pro Woche üblich.

Zu den Untersuchungen gehören ein sogenanntes Ruhe-Kardiotokogramm (Ruhe-CTG oder Non-Stress-Test) und ein Ultraschall. Mithilfe eines Ruhe-CTGs kann der Herzschlag des Ungeborenen überwacht werden. Die Ultraschalluntersuchung dient dazu, die Größe des Kindes und die Fruchtwassermenge zu bestimmen. Möglicherweise wird auch auf Anzeichen für eine Infektion untersucht, besonders wenn Fruchtwasser ausgetreten ist. Außerdem werden manchmal Tests eingesetzt, die als „biophysikalisches Profil“ bezeichnet werden. Dabei werden unter anderem die Bewegungen des Kindes gezählt.

Auch bei einer Terminüberschreitung verlaufen die meisten Geburten ohne Komplikationen. Um Risiken zu begrenzen, besteht die übliche Vorgehensweise darin, ab einem bestimmten Zeitpunkt jeder Schwangeren eine Einleitung der Geburt vorzuschlagen, auch wenn es der werdenden Mutter und dem Kind gut geht.

Wann ist der beste Zeitpunkt für eine Geburtseinleitung?

Ob und wenn ja, wann eine Geburt eingeleitet wird, ist eine persönliche Entscheidung, die werdende Eltern gemeinsam mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten treffen können. Sie hängt vor allem davon ab, ob das Risiko für Komplikationen bei der Geburt erhöht ist. Entscheidend ist unter anderem,

- wie weit der Termin überschritten ist,
- wie alt eine Frau ist,
- ob sie bereits ein Kind geboren hat,
- ob sie raucht,
- wie viel sie wiegt,
- wie groß das Kind ist und
- ob es Hinweise auf eine Gefährdung des Kindes gibt.

Eine Geburtseinleitung wird in der Regel dann angeboten, wenn sich bei einer Schwangeren oder dem Kind ein Problem zeigt, das eine Geburt erforderlich macht – aber nicht so dringlich ist, dass ein Kaiserschnitt nötig wird.

Doch auch wenn es keine Anzeichen für Komplikationen gibt, wird wahrscheinlich nach einer gewissen Zeit eine Geburtseinleitung vorgeschlagen.

Wenn der errechnete Geburtstermin bereits eine Woche überschritten ist, kann eine Einleitung das Risiko senken, dass das Kind stirbt. Dieses Risiko ist aber generell sehr gering: ohne Einleitung liegt es bei etwa 3 von 1000. Die Geburtseinleitung kann auch das Risiko für einen Kaiserschnitt und schwere Atemprobleme senken.

Was kann man selbst versuchen, um die Geburt in Gang zu bringen?

Es gibt viele traditionelle Methoden, mit denen Frauen versuchen, die Geburt auszulösen. Dazu gehören zum Beispiel lange Spaziergänge. Manche Frauen versuchen es auch mit Sex oder stimulieren ihre Brustwarzen. Dem liegt die Theorie zugrunde, dass durch Hormone in der Samenflüssigkeit des Mannes oder die Hormone, die eine Frau bei sexueller Erregung freisetzt, der Muttermund weicher wird und sich leichter öffnet.

Diese Methoden sind sogar in Studien untersucht worden, die allerdings nur Hinweise geben konnten. Demnach kann es helfen, die Brustwarzen etwa ein bis drei Stunden pro Tag zu stimulieren. Die Ergebnisse zeigten:

• Ohne Stimulation: Bei etwa 8 von 100 Frauen, die ihre Brust nicht stimuliert hatten, setzte innerhalb von 72 Stunden die Geburt ein.

• Mit Stimulation: Bei etwa 39 von 100 Frauen, die ihre Brust stimuliert hatten, war dies der Fall.

Da an den Studien nur etwa 400 Frauen teilnahmen, handelt es sich bei den Zahlen nur um eine ungefähre Schätzung.

Durch die Bruststimulation sank auch das Risiko für Blutungen nach der Geburt. Der Nutzen der Bruststimulation zeigte sich aber nur bei Schwangerschaften, die ohne größere Probleme verlaufen sind. Dass Sex eine zeitigere Geburt fördert, konnten Studien bisher nicht belegen.

Es wird auch eine Reihe von weiteren Mitteln eingesetzt, um eine Geburt in Gang zu bringen: Manche Frauen trinken Himbeerblätter-Tee, um den Muttermund weicher zu machen, andere setzen homöopathische Mittel, Nachtkerzenöl oder Akupunktur ein. Andere versuchen es mit Hypnose. Es gibt aber keine wissenschaftlichen Belege, dass diese Maßnahmen eine Wirkung haben.

Als weiteres traditionelles Mittel zur Einleitung von Wehen gilt Rhizinusöl, zum Beispiel als Saftmischung, Einlauf oder als Kapsel zur Einnahme. Belege für eine positive Wirkung des Öls gibt es nicht. Studien zeigen aber, dass seine Einnahme bei den meisten Frauen Übelkeit auslöst. Weder die Sicherheit noch die Wirksamkeit von Rhizinusöl sind ausreichend untersucht.

Wie wird eine Geburt medizinisch eingeleitet?

Ärztinnen und Ärzte setzen viele unterschiedliche Verfahren ein, um eine Geburt einzuleiten. Einer der ersten Schritte besteht häufig darin, den Muttermund auf die Geburt vorzubereiten. Der Muttermund (Portio) ist die Öffnung der Gebärmutter. Während der Schwangerschaft ist er fest verschlossen. Sobald sich der Körper auf die Geburt vorbereitet, sorgen Hormone dafür, dass der Muttermund sich entspannt und weich wird. Wenn er für die Geburt bereit ist, spricht man von einem „reifen“ Muttermund. Hormone, besonders die Prostaglandine, können zum Beispiel als Gel auf den Muttermund aufgetragen werden, um ihn reif werden zu lassen. Sie können auch verwendet werden, um die Wehen herbeizuführen. Um den Muttermund zu dehnen, kann auch ein Ballonkatheter angewendet werden.

Manchmal reichen diese Maßnahmen aus, um die Geburt in Gang zu bringen. Wenn nicht, werden weitere Hormone eingesetzt. Dabei handelt es sich entweder um Prostaglandine oder Oxytocin. Diese Mittel können eingenommen, als Tabletten oder Zäpfchen in die Scheide gegeben oder als Infusion über einen Tropf in die Armvene (sogenannter „Wehentropf“) zugeführt werden.

Unterstützend kann bei einsetzenden Wehen auch die Fruchtblase eröffnet werden. Das geschieht mit einem schmerzlosen kleinen Schnitt, der auch als Amniotomie bezeichnet wird. Manchmal kann die Geburt auch in Gang gesetzt werden, indem eine Ärztin oder ein Arzt die Fruchtwasserhülle um das Baby vorsichtig mit einem Finger von der Gebärmutterwand löst. Dies nennt man „Lösung des unteren Eipols“. Beide Verfahren sind zwar meist nicht schmerzhaft, die meisten Frauen empfinden sie aber als unangenehm.

Die Eröffnung der Fruchtblase kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. Daher ist es wichtig, dass die Geburt danach relativ bald beginnt, da das Kind nicht mehr durch das Fruchtwasser geschützt ist.

Bei den meisten Frauen verursacht eine Geburtseinleitung keine ernsthaften Beschwerden. Dennoch können Nebenwirkungen auftreten: Bei Prostaglandin sind dies vor allem Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Oxytocin kann dazu führen, dass sich im Körper Wasser sammelt und andere Probleme im Flüssigkeitshaushalt entstehen, wie zum Beispiel ein niedriger Natriumspiegel.

Die Menge an Hormonen im Wehentropf wird so angepasst, dass die Wehen so normal wie möglich ausfallen – also nicht in zu kurzen Abständen auftreten oder zu stark werden. Die eingeleitete Geburt soll nicht erzwungen werden, sondern möglichst wie eine spontane Geburt verlaufen.

Wie fühlt sich eine Geburtseinleitung an?

Eine Geburtseinleitung macht mehr Untersuchungen nötig als üblich. Dies kann unangenehm sein, aber alles in allem empfinden die meisten Frauen die zusätzlichen Behandlungs- und Untersuchungsschritte nicht als besonders belastend. Das Wichtigste im Zusammenhang mit einer Geburtseinleitung ist für die meisten Frauen wahrscheinlich die Erleichterung, endlich ihr Kind zur Welt bringen zu können.

Manche Frauen befürchten, dass die Schmerzen einer eingeleiteten Geburt stärker sein könnten als bei einer von selbst einsetzenden Geburt. Die meisten Frauen, bei denen die Geburt eingeleitet wurde, berichten aber nicht über mehr Schmerzen als Frauen, die eine Spontangeburt hatten. In einigen Studien wurden Frauen gefragt, wie sie über ihre Geburtseinleitung denken. Die meisten antworteten, dass sie sich wieder dafür entscheiden würden. Die Einleitung einer Geburt bedeutet auch nicht, dass danach alles ganz schnell geht. Viele Frauen sind überrascht, wie lange es von der Einleitung der Wehen bis zur eigentlichen Geburt dauert.

Es kann hilfreich sein, mit der Hebamme, der Ärztin oder dem Arzt darüber zu sprechen, welche Möglichkeiten einer Geburtseinleitung im Krankenhaus angeboten werden und welche Vor- und Nachteile sie haben. Eine Geburtseinleitung ist kein Notfall – meist ist ausreichend Zeit, sich mit dem Gedanken daran vertraut zu machen und Antworten auf alle Fragen zu erhalten.

Quellen

Abele H, Bartz C, Franz M, Fischer T, Gembruch U, Gonser M et al. S1-Leitlinie: Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. AWMF-Registernr.: 015-065. 02.2014.

Afirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2014; (6): CD001338.

Afirevic Z, Keeney E, Dowswell T, Welton NJ, Medley N, Dias S et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess 2016; 20(65): 1-584.

Chen W, Xue J, Gaudet L, Walker M, Wen SW. Meta-analysis of Foley catheter plus misoprostol versus misoprostol alone for cervical ripening. Int J Gynaecol Obstet 2015; 129(3): 193-198.

Chen W, Xue J, Peparah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. BJOG 2016; 123(3): 346-354.

Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2012; (6): CD004945.

Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J, Mattsson LA, Salvesen KA. Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(8): 950-956.

- Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2005; (3): CD003392.
- Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; (7): CD003099.
- Nishi D, Shirakawa MN, Ota E, Hanada N, Mori R. Hypnosis for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2014; (8): CD010852.
- Nuutila M, Halmesmaki E, Hiilesmaa V, Ylikorkala O. Women's anticipations of and experiences with induction of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78(8): 704-709.
- Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour - a questionnaire-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 123(1): 56-61.
- Smith CA, Armour M, Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2017; (10): CD002962.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011; (7): CD009215.
- Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. Cochrane Database Syst Rev 2014; (6): CD003101.

IQWiG-Gesundheitsinformationen sollen helfen, Vor- und Nachteile wichtiger Behandlungsmöglichkeiten und Angebote der Gesundheitsversorgung zu verstehen.

Ob eine der von uns beschriebenen Möglichkeiten im Einzelfall tatsächlich sinnvoll ist, kann im Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt geklärt werden. Wir bieten keine individuelle Beratung.

Unsere Informationen beruhen auf den Ergebnissen hochwertiger Studien. Sie sind von einem Team aus Medizin, Wissenschaft und Redaktion erstellt und von Expertinnen und Experten außerhalb des IQWiG begutachtet. Wie wir unsere Texte erarbeiten und aktuell halten, beschreiben wir ausführlich in unseren Methoden.

BIG direkt gesund 2020 - 0800 54565456 Kostenloser 24h-Direktservice