

Neue Wege im Umgang mit vorzeitigen Wehen in der geburtshilflichen Praxis

Christine Schulz-Züllich

Hamburg, Deutschland

Keywords: Premature labour; Prematurity; Conflictpregnancy; Selfresponsible therapy; Patient and doctor as partners

Abstract: *A New Approach in Treating Premature Labour in a Gynaecological Practice.* The therapeutic approach described here regards the mother-to-be and her gynaecologist as partners. Increasingly pregnant women find themselves between their aspirations to be a good mother and the demands and pressures of their career. This collision of interests often results in premature labour and premature babies. The treatment consists of detailed informations on the various symptoms linked to premature contractions, confronting the pregnant woman in an open and frank discussion with her own stress and actively encouraging her to find help. Thanks to this ego-boosting element the rate of compliance of the whole treatment is very high. The medication which elsewhere often proves to be ineffective turns out to be nearly unnecessary. Thus over the past ten years the rate of premature babies could be reduced to a minimum.

Zusammenfassung: Es wird ein partnerschaftliches Therapiekonzept zwischen werdender Mutter und Ärztin vorgestellt. Die heutige Schwangere befindet sich zunehmend im Zielkonflikt zwischen der fürsorglichen guten Mutter und dem leistungs- und karriereorientierten Berufsleben. Durch Konflikte entstehen häufig vorzeitige Wehen und Frühgeburten. Die Therapie besteht in ausführlicher Information über die variablen Symptome der vorzeitigen Wehen, in offensiver Aufnahme und Konfrontation mit dem eigenen Streß und in mutmachender Suche nach Entlastung. Durch diese Ichstärkung wird eine gute Compliance der gemeinsamen Therapie erreicht. Die anderenorts uneffektive medikamentöse Therapie erübrigt sich weitgehend. So konnte in den letzten zehn Jahren die Frühgeborenenrate auf ein Minimum reduziert werden.

* * *

Korrespondenzanschrift: Dr. Christine Schulz-Züllich, Eppendorfer Landstr. 96, D-20258 Hamburg

Vortrag gehalten auf der 7. Heidelberger Arbeitstagung der ISPPM „Psychotherapie und Frühgeburt“ vom 3. bis 5. November 1995 in Heidelberg

Als ich mit 26 Jahren in einer Großklinik mit 2000 Geburten pro Jahr meine gynäkologische Assistenzzeit begann, kam ich mit dem Phänomen Frühgeburtlichkeit sofort und täglich in Berührung, da die Behandlung von vorzeitigen Wehen zu einem der Hauptgebiete der Klinik gehörte. Der prozentuale Anteil der Frühgeborenen im Sinne der WHO-Definition unter 2500 g und vor der 37. Schwangerschaftswoche betrug damals sieben bis zehn Prozent. Daraus folgte eine hohe Morbiditäts- und Mortalitätsrate, die unsere Arbeit sehr belastete. Damals hatte wir in der BRD eine acht- bis zehnfach höhere Frühgeburtlichkeit im Vergleich zu den genetisch und ökonomisch ähnlichen Ländern Niederlande und Schweden.

Frühgeburtsstendenzen werden definiert als sicht- und fühlbare Wehen vor der 37. Schwangerschaftswoche, die die Bestrebungen haben, die Schwangerschaft vorzeitig zu beenden. Bevor die Lungenreife nicht abgeschlossen ist, ist der Sauerstoffaustausch beim ersten Schrei des Neugeborenen erschwert. Zur Lungenreife ist die Ausscheidung eines Proteins, des Antiatelektasiefaktors, notwendig, um die Alveolenwände sich entfalten zu lassen. Dieser Prozeß ist am Ende der 37. Woche abgeschlossen. Ein Kind, das ab dieser Woche geboren wird, hat meist gute Fähigkeiten, ohne Hilfe – Beatmung: Maske oder Tubus – zu atmen, zu trinken und zuzunehmen. Meist ist es dann über 2500 g.

Die Schwangere, besonders die Erstgebärende, hat oft die Schwierigkeit, diese vorzeitigen Wehen zu erkennen, da sie bei dem Begriff Wehe schmerzhaft Zustände erwartet und nur ein Zeichen als Warnung nicht ernst nimmt.

Sichtbar werden die Wehen bei der Aufzeichnung des CTGs, des Cardioto-kographen, einer Apparatur, die gleichzeitig die Herztöne des Kindes und die Wehentätigkeit der Gebärmutter dokumentiert. Dieses CTG wird im Zuge der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung automatisch ab der 30. Woche alle 2 Wochen geschrieben.

Eine Folge dieser Wehentätigkeit wird bei der vaginalen Untersuchung fühlbar, dabei können wir den Zustand des Muttermundes und Cervikalkanals beurteilen, und dabei feststellen, ob sich seit der letzten Untersuchung etwas verändert hat. Es geht dabei um mehrere Kriterien: Die Konsistenz des Muttermundes sollte gemäß dem biologischen Programm bis zur 40. Woche fest, geschlossen, der Cervikalkanal lang, erhalten und die Tendenz des Gebärmutterausganges noch nicht zum Scheidenausgang gerichtet sein.

Nun gibt es jede Übergangsform der Verkürzung, Öffnung und Zentrierung, die am besten beurteilbar ist, wenn die Untersuchung regelmäßig und durch die gleiche Person geschieht, darüber hinaus gibt es natürlich auch Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Soweit diese Beschreibungen.

Aus der ambulanten Betreuung kamen die Schwangeren in die Klinik, deren niedergelassener Arzt sich in der Praxis mit dem Handling der Wehentätigkeit überfordert fühlte. Der Gynäkologe hatte die Krise erkannt und wollte das drohende Unheil abwenden. Hierarchisch, wie wir Medizinerinnen und Mediziner strukturiert werden, wenden wir uns an die nächst höhere Instanz, d.h. in diesem Falle Klinik: denn kommt es in der Klinik zur Frühgeburt, ist es zwar tragisch, aber uns trifft keine Schuld, da die höchste Instanz auch erfolglos blieb. Das ist dann schicksalhaft. Diese Schuldgedanken haben durch die rechtsanwaltsbegleitete Medizin, besonders aus den USA, diese traurigen Blüten getrieben.

Die Schwangere in die Klinikverantwortlichkeit zu entlassen ruft die männlich strukturierten geburtshilflichen Bemühungen auf den Plan: Es muß gehandelt werden. Die Frau braucht Bettruhe und wirksame Medikamente.

In meine Assistentenzeit fiel die Entwicklung eines potenten wehenhemmenden Mittels, des Partusistens. Die deutsche Geburtshilfe stand unter massivem Druck, da sie eine extrem schlechte perinatale Mortalität zu verzeichnen hatte. Partusisten wurde als Lösung dieses Problems geradezu gefeiert. Perinatale Mortalität bedeutet Totgeburten, unter der Geburt und 7 Tage post partum verstorbene Neugeborene. Die BRD befand sich mit 1,4% im Bereich eines Entwicklungslandes. Im Vergleich dazu lagen die Niederlande bei 0,9%. Die internationale Kritik ließ uns die Hoffnung auf dieses Betamimetika setzen und wir stürzten uns in die Umsetzung dieser therapeutischen Maßnahme. Das Partusisten hat zwei Wirkungen, es hemmt objektiv die Kontraktionen der Gebärmutter, die Aktivität der glatten Muskulatur, gleichzeitig hat es starke Effekte auf die Herzmuskulatur, es kommt zum Auftreten von Herzrasen, Tachykardien und massivem Tremor. Dieses Medikament wird per os oder per Infusion gegeben, d.h. zur Bettruhe der Schwangeren kommt ein Angebundensein an den Infusionsständer.

Trotz der massenhaften Anwendung des Partusistens, dieses Medikaments der Extraklasse, sank überraschenderweise die Frühgeborenenrate in der BRD nicht, wie spätere Studien bewiesen. Das ist ein eklatanter Widerspruch. Dazu kamen in den 80er Jahren kritische Studien, die zeigten, daß das Partusisten das Kind in Motilität und geistiger Entwicklung schädigen: Minimal Brain Damage wurde auch Partusisten zu Lasten gelegt und damit wurde eine Anwendung in bisheriger Weise ausgesprochen problematisch. Gleichzeitig war die Compliance sehr schlecht wegen der stark spürbaren Nebenwirkungen.

Mein diffuses Mißbehagen bei der vorzeitigen Wehentherapie mit Klinikeinweisung, Bettruhe und 24-Stunden-Tropf bearbeitete ich auf verschiedenen Ebenen: Ich begann mich um das Schwangerenbetreuungssystem der Niederlande zu kümmern und wurde fündig. Hier sehe ich zwei positive Momente, zum einen ist der Umgang zwischen den Generationen dichter, freundlicher und tabuloser, so daß die Erfahrungen der älteren Generation und die der jüngeren untereinander abends um 11 Uhr bei Kaffee und Kuchen ausgetauscht werden, eine Situation, in der sich die Schwangeren nach meiner Beobachtung gut aufgehoben fühlen. Zum anderen scheint mir wichtig zu sein, daß die Schwangerenbetreuung in Holland überwiegend durch Hebammen erfolgt, also kompetenten Frauen, die systematisch die Chance geben, weibliche Identität und Wissen um Schwangerschaft und Geburt unhierarchisch zu vermitteln.

Außerdem nehme ich seit 17 Jahren an einer berufsbegleitenden Balintgruppe teil, eine Arbeit, die meine Sensibilität für Konflikte, Ängste und Bedürfnisse wacherüttelt hat und das therapeutische Umgehen unterstützt.

So wird verständlich, daß ich damals vor allem das *Gespräch* mit den von vorzeitigen Wehen betroffenen Schwangeren suchte. In den Nachtdiensten bot sich die Gelegenheit, näher an die Ursachen für die Wehen, für die sich bis dahin niemand zu interessieren schien, zu kommen. Die Maßnahme Ruhe, um die Dauer bis zur Entbindung zu verlängern, nahm ich gemeinsam mit den Patientinnen unter die Lupe. So fanden wir heraus, daß im Durchschnitt 63 mal in 24 Stunden jemand ins Zimmer kam, um Essen, Medikamente zu bringen, Putzdienste zu verrich-

ten, Visiten zu absolvieren, zum CTG abzuholen, Besuche etc. Von Ruhegefühl sprachen diese Frauen nicht. Dazu kam der extrem verschobene Kliniktagesablauf (wecken 5.30 Uhr), der einen normal lebenden und arbeitenden Menschen schon allein völlig aus dem Rhythmus bringen kann. Das Ruhegefühl nach dem Abendbrot um 17.00 Uhr setzte auch nicht unbedingt ein.

Die Bettruhe erwies sich im Empfinden der Frauen, die aus einer arbeitsintensiven Zeit plötzlich herausgerissen wurden, nicht nur als angenehm, entlastend oder beruhigend, viele waren ausgesprochen unruhig, Zuhause war nicht immer alles beruhigend geregelt und zurückgelassen, oft wurde die Sorge geäußert: was da wohl los ist?! Besonders wenn schon Kinder im Haushalt waren, konnten die Mütter diese Entfernung von der Belastung weder zulassen noch genießen, sie fühlten sich kribbelig, verstärkt von der Partusistenwirkung, die die Klinik mit großzügiger Valiumgabe beantwortete. Beim Aussprechen dieser Gefühle konnten sie häufig zum ersten Mal beginnen, sich über die Gründe der Wehenbereitschaft in dieser Schwangerschaft klarer zu werden, sie einmal zu äußern als Frage, als Möglichkeit, als Sorge, als Ärger oder Wut. Das Empfinden ZUVIEL war das Überwiegende. Mal war es ein Zuviel an Arbeit, sei es Zuhause oder im Beruf, mal ein Zuviel an Streß, zu wenig an Entlastung und Rücksichtnahme auf ihren Zustand als Schwangere, mal war es das Kleinkind, das seinerseits das Unwohlsein der Mutter durch die Wehen mit Quengeligkeit und Unausstehlichkeit beantwortete, mal waren es Ängste vor der Geburt, die Sorge, es nicht so zu schaffen, wie erwartet wurde, mal die Angst vor den partnerschaftlichen Konflikten, die sich manchmal schon in der Schwangerschaft abzeichnen, daß aus der eher stabilen Zweierbeziehung die instabilste, die Dreierbeziehung werden wird, mal war es der bevorstehende Umzug in eine renovierungsbedürftige Wohnung.

Auf jeden Fall wurde häufig das Gefühl geäußert: Ich schaff' es nicht! Die Immobilität, angebunden an den wehenhemmenden Tropf, wurde immer deutlicher und eine Katastrophenstimmung machte sich breit, denn mit dem ins Bett legen wurde keines dieser Probleme adäquat beantwortet, geschweige denn gelöst.

Den wichtigsten Faktor, den ich als ungut oder gar falsch empfand, war die Zunahme, nicht Abnahme der Angst. Das ohnmächtige Gefühl des Ausgeliefertseins und völligen Handlungsunfähigseins wurde durch die Tatsache der Wehen druckvoll deutlich gemacht. Wir Medizinerinnen und Mediziner sind in der Ausbildung selten aufgefordert worden, eine mutmachende Haltung einzunehmen. Eine wichtige sorgenvoll hochgezogene Augenbraue beim Ultraschall oder ein Seitenblick zum Kollegen bei der Visite eröffnet ganze Abgründe von Angstmöglichkeiten: Ist das Kind zu klein? Was ist, wenn es jetzt kommt? Überlebt es? Ist es behindert? Warum kann ich nichts tun?

Das ist die Frage, an der ich ansetzte. Natürlich will jede Mutter das Beste für ihr Kind. Dazu muß sie aber auch wissen, was das sein könnte. Sie braucht Informationen, Hinweise, Antworten auf IHRE Fragen, Erklärungen der Befunde, Besprechungen von Möglichem. Das alles sollte die Visite leisten. Die hierarchische Struktur der Klinik einerseits und die Konzentration auf somatische Befunde andererseits verhindert hier geradezu systemimmanent die adäquate Therapie. Die Erfolglosigkeit nahm die Klinik auch wahr. Konsequenterweise wurde eine Vielzahl von medikamentösen und auch operativen Therapieansätzen ausprobiert: Progesteron, Alkohol, Valiumabkömmlinge, Hydratation, Prostaglandinin-

hibitoren, Magnesiumsulphat, Diazoxide, Kalziumantagonisten, Betamimetika, Antibiotika und zu 10% Cerclagen, meines Erachtens alles Therapien, die die Frau unmündig belassen. Gleichzeitig entsteht ein Unwohlsein bei der Frau, weil ihr nicht nur Mediziner sagen, daß sie in der Schwangerschaft keine Medikamente nehmen soll. Im Endeffekt wird also der Frau eine weitere Verunsicherung zuge-
mutet.

Tatsächlich haben kritische Studien immer wieder feststellen müssen, daß die Therapie mit wehenhemmenden Substanzen die Häufigkeit und Intensität von vorzeitigen Wehen nicht verringern konnte. Aus meiner Sicht ist das logisch, die Frau mit ihren Sorgen, Ängsten und Nöten wird immer noch nicht beteiligt.

Die Visiten blieben eine Inszenierung des „Tagesablaufs der Angst“, von Visite zu Visite.

Bei der Entlassung stürzte die Patientin dann unweigerlich von dieser Angst in die alten Belastungen, zusätzlich durch Muskelschwund im Bett adynam geworden, völlig fertig, durch den verquerten Tagesablauf übermüdet, überfordert, weil nichts gelöst ist: leider wurde die Schwangerschaft zum Drama.

Als ich die Arbeit in der Praxis begann, hatte ich selbst inzwischen meine eigenen Erfahrungen mit meinen beiden Schwangerschaften und Geburten gemacht, und konnte mich als Medizinerin und Schwangerschaftsbetreuerin mit anderen Augen sehen und anders handeln. Ich hatte den Mut, die Schwangere mit ihrem eigenen Streß zu konfrontieren, in dem ich die wahrgenommenen Beobachtungen bei der Frau und meine Befunde offensiv mit ihr besprach. Heute weise ich schon am Anfang der Schwangerschaft auf Wehenzeichen, z. B. Ziehen, hin, ab abdominal fühlbarer Gebärmutter bringe ich der Schwangeren regelrecht bei, die mögliche Wehe zu fühlen, manuell zu registrieren und nicht einen Schmerz zu erwarten. Die vorzeitige Wehe heißt zwar auch Wehe, aber sie tut erst *weh*, wenn der Muttermund etwa 3 cm offen ist. Ich bitte die Frau, falls sie Wehen spürt, sie zu zählen und bei mehr als 15 pro Tag zu kommen. Damit lernt sie, mit den Wehen umzugehen als ein Zeichen des Körpers für ein ZUVIEL. Dieser Wahrnehmungshinweis erweist sich dann als gut, wenn ich bei der Untersuchung eine Befundänderung bemerkte und diese Information eher eine Erleichterung hervorruft, da die Schwangere richtig gefühlt hat und sie somit nichts Unerwartetes trifft. Wenn diese Situation stattfindet, kann ich auf Grund der Veränderung offensiv nach der Überbelastung fragen, und vielleicht schon diesmal, wenn wir noch nicht so vertraut sind, eher nächstes Mal besprechen, welche Entlastung auf welche Art zu erzielen sein könnte. Einweisung ist fast nie die Folge. Oft genüge schon ich als Mitwisslerin des Problems und allein das Aussprechen ist eine Erleichterung. Manchmal ist eine Aussprache mit den Beteiligten, zu der ich Mut mache, erfolgreich. Mal rufe ich auch den Partner an mit der Aufforderung, an einer Entlastung mitzuwirken. Mal ist eine Woche Pause gut, mal eine neue Babysitterregelung, mal ein Besuch bei einer Freundin, mal das Wegschicken der helfenden wollenden Mutter. Jedenfalls habe ich den Eindruck, daß die *Mitverantwortlichkeit* und vor allem die *Veränderbarkeit* eines einmal gefaßten Konzepts das wichtigste Mittel war, die Ruhe herzustellen. Die reale Entlastung, daß die Kollegen auf Grund eines Gesprächs rücksichtsvoller sind, daß der Chef die Mehrbelastung wahrnimmt, weil sie ihm gesagt wurde oder die Mutter womöglich verständig reagiert, wenn sie weggeschickt wird, ist die beste der Handlungserfahrungen.

Mit einer mutmachenden Grundhaltung, die Situation in den Griff zu bekommen und mit dem Angebot engmaschiger Kontrollen, z. B. vor dem Wochenende, vor wichtigen Terminen, habe ich den Eindruck, daß die Frau wahrnehmen kann, daß ich ihre Lage ernst nehme und natürlich auch, wenn nötig, gezielt therapiere. Ich beteilige sie allerdings so, daß sie die Veränderungen ihres Muttermundsbefundes erklärt und aufgezeichnet bekommt bis zum Verstehen, damit wir zusammen besprechen und entscheiden können:

- das will ich nicht
- das kann ich noch
- das kann ich nicht mehr.

Die Ichstärkung statt sich sagen zu lassen, was für sie gut ist, führt sie wieder zu sich selbst. Sie kann nach der Irritation durch die Diagnose vorzeitiger Wehenbeginn, selber oder mit Hilfe herausbekommen, in welche Konfliktlage sie sich befindet und statt das Kind „auszustoßen“ den Konflikt rauslassen, dann können die Wehen – der Schmerz – deutlich nachlassen.

Dazu einiges über die Medikation. Mit mir abgestimmt nimmt die Frau die Dosierung des Medikaments in die eigenen Hände. Ich schlage ihr zum Beispiel vor, bei dem augenblicklichen Muttermundsbe fund alle vier Stunden 8 bis 15 Tropfen Bryophyllum zu nehmen. Um zu sehen, ob das ausreicht, möchte ich sie gerne in 5 Tagen wiedersehen. Falls in dieser Zeit viel los ist, ein Kindergeburts tag, ein wichtiges Treffen, kann sie bis zu 3stündlich bis zu 15 Tropfen hochdosieren. Mit solch einer Verabredung kann die Frau sich vergewissern, ob ihre Eigeneinschätzung stimmt; wenn sie aus Aversion weniger oder nichts einnimmt, wird sie nach dem Muttermundsbe fund von mir hören, ob das möglich ist. Partusisten dosiere ich schulmedizinisch gesehen inadäquat – dreistündlich eine viertel Tablette –, trotzdem erziele ich mit diesen „homöopatischen Dosen“ eine gute Wirkung. Problematisch wird das, wenn über Feiertage mit dieser Dosisangabe womöglich in der Uniklinik landet. Die abfälligen Bemerkungen der Jungassistenten können Sie sich vorstellen.

Das oft verschüttete weggedrückte Körpergefühl hat eine gute Chance, in den Prozeß zwischen Mutter, Uterus und Kind wieder erlebt und wieder belebt zu werden. So wie die Müdigkeit in der Frühschwangerschaft ein stimmiges und notwendiges Zeichen ist, daß der Körper zur Differenzierung des Kindes Ruhe braucht, die wir ihm sonst nicht geben würden, so ist die Wehe das Zeichen für die Überbelastung.

Wehen = labores parturientium kommen vor nach körperlichen Anstrengungen, Erregungen positiver und Aufregungen negativer Genese, ungewohntem Krach, Schreck, Berührung am Muttermund. Sie hören unter Ruhe wieder auf. Sie verändern der Cervikal- und Muttermundsbe fund nach längerer Dauer. Eine Phase von vorzeitigen Wehen um den Zeitraum des Senkens des Uterus nennen wir Senkwehen. Sie sind physiologisch und normal. Unter der Geburt gibt es die Begriffe Eröffnungswehen, Austreibungswehen, im Wochenbett die Nachwehen. Diese Begriffe bezeichnen jeweils die Schmerzhaftigkeit, den Zeitpunkt und die Dauer der Wehen.

Natürlich gibt es auch vorzeitige Wehen, die durch eine Anomalie in der Schwangerschaft hervorgerufen werden und sich dem angesprochenen Thera-

pieansatz entziehen. Erwähnen möchte ich hier die Mehrlingsschwangerschaft, die auf Grund der Raumforderung durch 2 oder mehr heranwachsende Kinder häufiger das Bild der vorzeitigen Wehen zeigt. Interessant ist hier das Selbstheilungskonzept der Natur, meist ist die Lungenreife der Gemini früher abgeschlossen.

Das geradezu notwendige Entstehen von vorzeitigen Wehen zeigt sich bei der Placentainsuffizienz. Die Funktion der Placenta ist vom biologischen Programm auf 40 Wochen angelegt. Bei diesem Krankheitsbild ist die Ernährungsfunktion der Placenta nicht ausreichend gewährleistet. Äußerlich ist die Mangelsituation sichtbar am kleinen Bauch, spätestens beim Ultraschall wird sie verifiziert. Hier ist die vorzeitige Wehe eine adäquate Antwort der Natur, diesen Mangelernährungszustand zu beenden. Eine Wehenhemmung wäre geradezu kontraindiziert. Interessanterweise haben auch solche Kinder eine frühere Lungenreife, so daß ihre Überlebenschancen auch am Beginn des 3. Trimenons günstig ist. Dabei handelt es sich um die berühmten Siebenmonats-Kinder, die zu früh und mangelernährt zur Welt kommen, jedoch bessere Chancen haben als die Achtmonats-Kinder, die durch plötzlich einsetzende Wehen, z. B. Placentalösung, zu früh kommen.

Auch mißgebildete Kinder melden sich häufiger mit vorzeitigen Wehen. Weiterhin bei Myomen, das sind gutartige Muskelgeschwulste in der Gebärmutter von Erbsen- bis Kindskopfgröße, nach Uterusoperationen, bei Septen gibt es organisch bedingte Wehen, die meist nicht psychisch einflußbar sind. Infektionen im Geburtskanal können Wehen auslösen, verschiedenste Keime können Aufweichungen und Ruptur der Fruchtblase verursachen, um einige Beispiele zu nennen.

Der wichtigste Punkt ist das Erkennen der Wehe. Nicht selten weiß keiner der Beteiligten, wovon sie reden. Dies ist mir seit meiner ersten eigenen Geburt erst klar geworden. Die Erstgebärende trifft auf einen Arzt und eine Hebamme, die gerade aus der Ausbildung kommen, und alle drei sind in der gleichen Lage. Sie wissen nicht, wie sich Wehen anfühlen. Aus dem eigenen Erleben ziehe ich den Schluß, der Frau klare Kriterien für das Erkennen beizubringen und auch abzufragen.

Eine wichtige Voraussetzung für ein Gelingen der Zusammenarbeit ist ein Vermeiden von unnötigen Beunruhigungen. Normalität statt Pathologie zu betonen erscheint mir sinnvoll. Kein Lob ist überflüssig. Beim Anblick des Bauches äußere ich, wie gut er gewachsen ist. Beim Ultraschall, wie toll sich das Kind bewegt, bei der Untersuchung, wie richtig sich die Mutter verhalten hat. Alles Aufbauende tut gut. Wie schön, daß keine Striae, keine Varikosis und keine Ödeme bestehen. Um die Wertigkeit der vorzeitigen Wehen nicht allzu sehr zu betonen, frage ich auch nach den Vorbereitungen: Ist das Kinderzimmer schon fertig, die Wiege gestrichen, die Wäsche zusammengesucht, die Spieluhr schon benutzt, die Hebamme für die Wochenbettbetreuung schon angerufen, die Klinik angesehen, hat die gedankliche Umstellung von der berufstätigen Frau ohne Kind auf die Mutterrolle schon Raum bekommen, vielleicht durch einen Geburtsvorbereitungskurs im neuen Stadtteil, durch ein Abschiedsfest bei der Arbeitsstelle, durch Kontaktaufnahme zu Nachbarschwangeren? Kommt schon ein wenig Vormilch, ist der Damm schon elastisch, reagiert das Kind auf Handkontakt, Stimme, Singen? Träumen Sie manchmal von dem Kind, von der Geburt, erkennen Sie Ihr Kind? Haben Sie sich's so vorgestellt? Können Sie mit jemandem über die Träume spre-

chen? Schreiben Sie Tagebuch? Sind die Geschwisterkinder schon vertraut mit der Situation, die bald eintritt? Mögen sie vielleicht auf dem Bauch kuschelnd mit dem Baby telefonieren? Vielleicht können Sie eine Pflanze beim Wachsen beobachten, sie kann anzeigen, was auch Ihnen guttun könnte.

Ich möchte vermeiden, daß die Vorfreude auf diese Lebenssituation, die nicht selten einmalig im Leben vorkommt: ein Kind entsteht und wird kommen, aus medizinischen Gründen durch Angst verdorben wird. Ich mache immer wieder Mut zu normalen, d.h. nicht übertriebenen Aktivitäten, lieber Radfahren mit umgestelltem Lenker als anstrengendes Laufen, alles einen Gang langsamer, schwimmen, Ausflüge und Unternehmungen, die mit Säugling vielleicht nicht möglich sind. Ich rate allerdings von Kontakten zu Angstmachern und Verunsicherern ab, Erzählungen von Katastrophen, denen man gerade noch entging, sind für Schwangere ausgesprochen schlecht.

Ich habe in der eigenen Praxis seit 1987 etwa 650 Schwangerschaften betreut und erlebte einen enormen Rückgang und heute nahezu keine Frühgeburten vor der 37. Woche. Ich habe den Eindruck, daß die Vorgehensweise richtig ist: Zeit zu haben für die emotionale Konfliktlage der Patientin, an welcher Stelle auch immer, sie ernst zu nehmen, sie lassen zu können und sie zu beteiligen an Entscheidungen, die notwendig sind. Nur zusammen finden wir eine Lösung und erhalten die schönen Seiten dieses wunderbaren Lebensabschnitts, nämlich ein Kind zu bekommen – oder auch guter Hoffnung zu sein!