



Elisabeth Rakos

# Die vaginale Untersuchung während der Geburt. Ein Eingriff zwischen Routinemaßnahme und Intimitätsverletzung

103 – Die Stimme der PatientInnen in der Gesundheitsversorgung

## Abstract

Die Arbeit widmet sich der Fragestellung, wie die vaginale Untersuchung während der Geburt durch Evidenzen in der aktuellen Forschungsliteratur begründet ist, wie Frauen diese Maßnahme erleben und wie deren Geburtserlebnis dadurch geprägt wird.

## Keywords:

Vaginale Untersuchung, Geburtsfortschritt, Geburtsstillstand, Geburtserlebnis

## Hintergrund

Sobald eine Gebärende zur Geburt ins Krankenhaus kommt und dort stationär aufgenommen ist, wird von der Hebamme in regelmäßigen Abständen mittels vaginaler Untersuchung der Geburtsfortschritt ermittelt. Dieses Diagnoseinstrument ist eine wichtige Hebammenkompetenz und dient der Vermeidung von Risiken für Mutter und Kind wie beispielsweise einer protrahierten Geburt oder eines Geburtsstillstands. Die erhobenen Vaginalbefunde beeinflussen maßgeblich das geburtshilfliche Management und bilden die Entscheidungsgrundlage für geburtshilfliche Interventionen wie die Gabe von Wehenmittel, die Anwendung einer Saugglocke oder die Durchführung eines Kaiserschnitts.

Insbesondere durch die im Krankenhaus eingeführte Überwachung und Kontrolle des Geburtsfortschritts mittels Partogramm, eines Diagramms, welches die Zeit und die Muttermundweite miteinander in Relation setzt, ist die regelmäßige vaginale Untersuchung zur geburtshilflichen Routinemaßnahme geworden. In Österreichischen Kliniken liegt die Untersuchungs-Frequenz bei etwa zwei Stunden, bei Verdacht auf Regelwidrigkeiten kann sich diese deutlich steigern. Auch in der außerklinischen Geburtshilfe ist die vaginale Untersuchung die Standardmethode zur Erfassung des Geburtsfortschritts, die Untersuchungsintervalle unterliegen dort weniger strikten Zeitvorgaben.

Gleichzeitig ist jede vaginale Untersuchung ein Eingriff in die Intimsphäre einer Frau, der unangenehm sein, Schmerzen auslösen oder sogar traumatisieren kann. Sind Vulva und Vagina normalerweise intime Körperregionen, ist dieser Bereich im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt einer Kontrolle durch das medizinische Fachpersonal unterworfen. Es wird wenig darüber reflektiert, ob, wie, wie oft und von wem dieser Eingriff durchgeführt werden soll. Selten wird eine Wehende über die Gründe zur Durchführung einer vaginalen Untersuchung informiert und vor die Wahl gestellt, diese abzulehnen oder ihr zuzustimmen.

Die Schwierigkeit dieser Untersuchungsmethode liegt somit darin begründet, dass sie für Hebammen und GeburtshelferInnen eine routinemäßig angewendete Diagnosemaßnahme ist, für die Gebärende eine Berührung ihrer Intimzone darstellt, die auch unerwünschte Wirkungen haben kann.

### Zielsetzung und Fragestellung

Ein Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es, herauszufinden, ob die vaginale Untersuchung während der Geburt ein geeignetes Diagnoseinstrument zur Feststellung des Geburtsfortschritts ist und welche Evidenzen es dafür in der Forschungsliteratur gibt.

In Hinblick auf die Praxisrelevanz sollte die Abhandlung der vaginalen Untersuchung in Hebammenlehrbüchern näher untersucht werden, da diese eine wichtige Rolle beim Erwerb von Hebammenkompetenzen spielen und über die Ausbildung hinaus eine große Relevanz für die praktische Hebammenarbeit aufweisen.

Empirisch sollte erhoben werden, wie Frauen die vaginalen Untersuchungen unter der Geburt erleben und in welcher Weise sich diese auf das Geburtserlebnis auswirken.

### Methode

Zur Erhebung aktueller Evidenzen zur Validität der vaginalen Untersuchung als Diagnoseinstrument für den Geburtsfortschritt wurde im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche in den Datenbanken *Academic Search Elite*, *CINAHL*, *Cochrane*, *Maternity and Infant Care Database (MIDIRS)*, *Medline*, *Medpilot*, *Pubmed*, *Science Direct* und *Springer Link* mit den Suchwörtern *vaginal/pelvic/internal examination* in Kombination mit *birth* oder *labour*, *birth progress* und *birth experience* nach Studien gesucht. Weitere Suchbegriffe, ebenfalls in Kombination mit *labour* oder *birth*, waren *diagnosis*, *distress*, *pain* und *satisfaction*. Diese Suchwörter wurden auch direkt in die Suchmaschinen der Fachzeitschriften *American College of Obstetricians and Gynecologists*, *Birth*, *British Journal of Midwifery*, *Die Hebamme*, *Journal of Advanced Nursing* und *Midwifery* eingegeben. Über die für das Thema der vorliegenden Arbeit relevante Dissertation von Stewart (2008) wurde darüber hinaus weitere Literatur gefunden.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden auch die Darstellungen der vaginalen Untersuchung in den gängigen deutschen und englischsprachigen Hebammenlehrbüchern miteinander verglichen und die gefundenen Beschreibungen einander kritisch gegenübergestellt.

Um die „Stimme der Patientin“ zu hören, also die Perspektive der gebärenden Frau mit einzubeziehen wurde das Verfahren des Interviews gewählt, weil diese Methode „*differenzierte Einblicke in die subjektive Weltsicht der untersuchten Personen*“ (Bortz, Döring 2006: 307) ermöglicht. Der Interviewphase ging eine inhaltliche Vorbereitung voraus, in der – basierend auf der bereits gelesenen Fachliteratur und geleitet vom Forschungsinteresse – die Fragen festgelegt und formuliert wurden. Als Befragungstechnik wurden leitfadengestützte Interviews eingesetzt. Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte in

mehreren Schritten. Insgesamt wurden zehn Frauen nach der Geburt zu ihren Erfahrungen mit der vaginalen Untersuchung während der Geburt befragt. Sowohl in Bezug auf die Berufe der Frauen, als auch auf den Entbindungsort und die Parität wurde auf Heterogenität geachtet. Durch die Multiparität einiger Interviewteilernehmerinnen konnten Informationen über insgesamt 17 Geburtsverläufe generiert werden.

Alle Interviews wurden auf Tonträger gespeichert, das Ausgangsmaterial transkribiert und für die Datenanalyse anonymisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse die lt. Mayring (2010) definiert ist als „Auswertungsmethode, d.h. sie hat es mit bereits fertigem sprachlichem Material zu tun. Um zu entscheiden, was überhaupt aus dem Material heraus interpretierbar ist, muss am Anfang eine genaue Analyse des Ausgangsmaterials stattfinden.“ (Mayring 2010: 52). Diese „Quellenkritik“ (ebd.) leitete eine erste Auseinandersetzung mit dem gewonnenen Datenmaterial ein. Anschließend wurden thematisch zusammenhängende Aspekte zu Kategorien zusammengefasst und anhand konkreter Textstellen belegt.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde die Dissertation einer Hebammenforscherin, Stewart gefunden, die sich darin der Frage gewidmet hat, wie es Hebammen damit geht, Frauen vaginal zu untersuchen (Stewart 2008). Aus Erkenntnisinteresse wurde Stewart kontaktiert und konnte für ein Expertinneninterview gewonnen werden, welches im Sommer 2012 am King’s College in London stattfand. Ihre Expertise als Hebamme, Lehrende und Forscherin fließt in alle Teile der Arbeit mit ein.

Für die Durchführung des Forschungsprojektes war die Zustimmung einer Ethikkommission erforderlich. Ein entsprechender Antrag wurde an die für Forschungsarbeiten an der *Fachhochschule Gesundheit Tirol* zuständige Ethikkommission RCSEQ (Research Committee for Scientific and Ethic Questions) gestellt.

Das Forschungsvorhaben wurde im April 2012 von der RCSEQ in der vorliegenden Form genehmigt.

## **Ergebnisse**

Unter Bezugnahme auf die einzelnen Forschungsschritte werden in den folgenden Unterkapiteln deren Ergebnisse zusammengefasst.

### Hebammenlehrbücher im Vergleich

In den durchgesehenen Lehrbüchern (Baston/Hall, 2009; Fraser/Cooper, 2009; Geist et al. 2007; Johnson/Taylor, 2005; Mändle/Opitz-Kreuter, 2007; Martius/Heidenreich, 1995; Martius, 1990; Pairman et al., 2006) gilt die vaginale Untersuchung unbestritten als wesentliche Hebammenfertigkeit. Die routinemäßige Durchführung derselben, auch bei normal verlaufenden Geburten, steht außer Zweifel. Die Beschreibung der vaginalen Untersuchung ist allerdings besonders in deutschen Hebammenlehrbüchern (Geist et al., 2007; Mändle/Opitz-Kreuter, 2007; Martius/Heidenreich, 1995; Martius, 1990) verkürzt. Das betrifft die Begründung der vaginalen Untersuchung ebenso wie deren Positionierung im Prozess der Begleitung einer Geburt. Da nicht zwischen Latenzphase und aktiver Eröffnungsphase differenziert und pauschal für die Eröffnungsphase ein Abstand von etwa zwei Stunden empfohlen wird, ergibt sich eine hohe Untersuchungsfrequenz im Vergleich zur englischen Literatur. In England hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007 eine Richtlinie herausgegeben, die für die aktive Eröffnungsphase ein vierstündliches Untersuchungsintervall vorschlägt, aber nicht verbindlich vorgibt (NICE 2007).

Auch was den Intimitätscharakter der vaginalen Untersuchung betrifft, sind die deutschsprachigen Fachbücher undifferenzierter als die englischen. Die konkrete Durchführung von vaginalen Untersuchungen und die kommunikativen und psychosozialen Fähigkeiten, die es dafür braucht, sind knapp abgehandelt. Ein Aspekt, der in keinem Lehrbuch erwähnt wird, ist die von Stewart (2005, 2008) wahrgenommene innere Barriere von Hebammen bei einem so intimen Eingriff. Im Interview bestätigte Stewart, dass sich die von ihr befragten Hebammen für die Kommunikation mit der Frau im Rahmen einer vaginalen Untersuchung als schlecht ausgebildet erlebten.

#### Evidenzlage

Unter dem Paradigma des Geburtsfortschritts zur Routinemaßnahme geworden hat die wiederholte vaginale Untersuchung, ohne laut Enkin et al. (2006) über ausreichend Evidenzen zu verfügen, Einzug in unsere Kreißzimmer gehalten. Durch die Einführung des Partogramms und die damit verbundenen zeitlichen Limits für jede Phase der Geburt ist man von der Beobachtung des Geburtsverlaufs zu dessen Kontrolle übergegangen. Damit konnten laut Lavender et al. (2008) jedoch weder die Sectiorate noch andere geburtshilflich relevante Parameter wie Geburtsdauer, Oxytocingabe, Apgar-Score etc. beeinflusst werden. Die Zeit ist zum wichtigsten Indikator für das geburtshilfliche Handeln geworden, so Walsh (2000, 2010). Sheperd und Cheyne (2012) haben herausgefunden, dass Frauen häufig mehr vaginale Untersuchungen erhalten als die Leitlinien vorsehen. Auch wird in der Praxis öfter untersucht als dokumentiert ist. Die Angst vor der protrahierten Geburt hat den ganzheitlichen Blick auf die Individualität des Gebärens und Geboren-Werdens nachhaltig verstellt und, so Schwarz und Schücking (2004), zu einer Geburtshilfe geführt, die interventionsreicher ist denn je.

Der Review von Hodnett et al. (2011) zeigt jedoch, dass die wesentliche Voraussetzung für die unkomplizierte Geburt nicht deren engmaschige Überwachung ist. Vielmehr ist dies die Kontinuität in der Betreuung einer Gebärenden (Hofmeyr, 2005), die physische und psychische Anwesenheit der Hebamme der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme (Dixon 2005), und eine offene Kommunikation (Dixon/Foureur 2010). Das relativiert die Notwendigkeit regelmäßiger vaginaler Untersuchungen und stellt insbesondere das Untersuchen nach zeitlichen Kriterien in Frage.

Vaginalbefunde sind weiters nicht immer eindeutig. Es gibt laut Burville (2002) andere, nicht invasive Möglichkeiten, eine Geburt beobachtend zu begleiten. Diese vorwiegend beobachtenden Methoden hat auch Duff (2004) ausführlich dargelegt. Das Verhalten der Gebärenden, ihr Kontakt zu ihrem Umfeld, die Art wie sie atmet, tönt und auf Stimuli von außen reagiert, ihr Hunger- oder Durstgefühl, ihr Rhythmus, ihre Bewegungsmuster, die Form und Frequenz ihrer Wehen - alles das lässt drauf schließen, in welchem Stadium der Geburt sich eine Wehende befindet.

Vaginale Untersuchungen können laut Bergström et al. (1992) und Lewin et al. (2004) eine empfindliche Verletzung der Intimsphäre bedeuten und Stress und Schmerzen erzeugen. Die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen wurde in den Studien von Menage (1993) und Coles (2009) besonders in Fällen von gewaltbetroffenen Frauen wiederholt beobachtet. Laut Bericht des Deutschen Bundesministeriums (2004) erleidet in Deutschland „jede zweite bis dritte Frau körperliche Übergriffe in ihrem Erwachsenenleben und etwa jede siebte Frau sexuelle Gewalt“. So ist die potentielle Gefahr, durch eine vaginale Untersuchung eine Re-Traumatisierung zu setzen, nicht zu unterschätzen. Swahnberg et al. (2011) stellten fest, dass eine solche auch ohne vorherige Gewalterfahrungen als gewaltvoll und traumatisch erlebt werden kann.

Ihre Aufgabe erfüllt die vaginale Untersuchung dort, wo es gilt, ein konkretes geburtshilfliches Problem zu diagnostizieren, um entsprechend darauf reagieren zu können. Wird eine vaginale Untersuchung als Intervention betrachtet, die nur nach Indikation und nach Einholung des Einverständnisses der Frau

durchgeführt wird, spielt diese als geburtshilfliches Diagnoseinstrument insbesondere bei der Vermeidung von Komplikationen eine wichtige Rolle (Sheperd/Cheyne, 2012). Hebammen setzen laut einer Umfrage von Davies (2011) vaginale Untersuchungen zur routinemäßigen Kontrolle des Geburtsfortschritts ohnehin nur ungern ein und bevorzugen es, diese nur mit einer klinischen Indikation durchzuführen.

Abseits der Lehrbücher und weit entfernt von Evidenzen

In der Praxis durchaus geläufig, in den Interviews mehrfach erwähnt, in der Literatur aber nicht zu finden, sind zusätzliche zumindest in Österreich weit verbreitete Manipulationen, die im Zuge einer vaginalen Untersuchung ausgeführt werden. Es sind dies Maßnahmen, die der Geburtserleichterung oder der Beschleunigung des Geburtsfortschritts dienen sollen und die auf Basis des lernenden Beobachtens im Kreißaal übernommen werden. Da in den Interviews gerade diese Eingriffe immer wieder zur Sprache kamen, ist es angebracht, diese näher auszuführen:

- **Die Eipolablösung:** In keinem Lehrbuch als solche beschrieben, kommt die manuelle Eipolablösung als geburtseinleitende Maßnahme in der Praxis immer wieder vor und ist oft mit erheblichen Schmerzen verbunden. Mitunter wird eine Eipolablösung ohne vorherige Information im Rahmen einer routinemäßigen Muttermund-Untersuchung durchgeführt. Die Frauen berichten dann, dass diese besonders unangenehm war und es danach geblutet hat. Evidenzen zur Wirksamkeit dieser Maßnahme gibt es keine.
- **Das Dehnen des Muttermunds:** In der Eröffnungsperiode werden manchmal im Rahmen diagnostischer Tastbefunde Manipulationen zur Muttermunds-Erweiterung durchgeführt. Verbreitet sind das Dehnen des Muttermunds mit den Fingern und das Einmassieren von schmerzlindernden oder weichmachenden Ölen oder Zäpfchen. Diese Maßnahme wird oft in der Wehe, mitunter auch über mehrere Wehen hinweg ausgeführt und ebenfalls häufig als schmerzhaft erlebt. Auch das Massieren, Dehnen und wiederholte Einölen von Damm und Labien in der Austreibungsphase ist verbreitet, für die Gebärende unangenehm und nicht evidenzbasiert.
- **Der „Quickie“:** Im Gespräch mit Stewart ist noch eine Maßnahme aufgetaucht, die in England wie in Österreich gleichermaßen üblich zu sein scheint, ohne dass jemals darüber gesprochen wird. Im Deutschen gibt es keinen Namen dafür, im Englischen nennt man sie „quickie“. Es handelt sich dabei um eine kurze vaginale Untersuchung meist in der Austreibungsperiode, die weder mit der Frau besprochen noch dokumentiert wird und die von der Hebamme *nur schnell mal zwischendurch* zur Orientierung gemacht wird. Das Problematische daran ist, dass die Gebärende keine Möglichkeit hat, sich darauf einzustellen und dem damit verbundenen plötzlich auftretenden Schmerz unvorbereitet ausgesetzt ist. Weil sie nicht dokumentiert wird, scheint sie auch in der offiziellen Version des Geburtsprozesses nicht auf und kann somit weder reflektiert noch diskutiert werden.

Erkenntnisse aus den Interviews

Im Rahmen der qualitativen Analyse des Datenmaterials wurden acht Kategorien „in einem Wechselverhältnis zwischen Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt (...) und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft.“ (Mayring 2010: 59) Vorab angestellte Überlegungen, basierend auf der Forschungsliteratur, wurden ebenso in das Kategoriensystem aufgenommen wie die wichtigsten sich aus den Interviewtexten neu ergebenden Aspekte. Die Kategorien wurden somit deduktiv, also theoriegeleitet, und induktiv, also sich aus dem Textmaterial ergebend, gewonnen. (Vgl. Bortz, Döring 2006: 330)

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die acht definierten Kategorien:

Nr.	Kategorie
1	Die unbestrittene Notwendigkeit der vaginalen Untersuchung als Routinemaßnahme während der Geburt.
2	Die körperliche Wahrnehmung von vaginalen Untersuchungen und ähnlichen Maßnahmen unter der Geburt.
3	Die Kommunikation rund um die vaginale Untersuchung und ähnliche Maßnahmen unter der Geburt.
4	Die Beziehungsebene und ihr Einfluss auf die Wahrnehmung von vaginalen Untersuchungen und anderen Maßnahmen unter der Geburt.
5	Der Faktor Zeit im Kontext von Schwangerschaft und Geburt und seine Dominanz über das geburtshilfliche Handeln.
6	Psychische Konstitution und Grundbedürfnisse von Gebärenden und ihr Einfluss auf die Wahrnehmung geburtshilflicher Maßnahmen.
7	Die Intimsphäre unter der Geburt und die Einflussfaktoren, die auf diese wirken.
8	Das Geburtserlebnis als Ergebnis des multifaktoriell beeinflussten Prozesses des Gebärens und der Zeit rund um die Geburt.

Die Kategorien, welche die wesentlichen Aussagen aus den Interviews in Sinnzusammenhänge bündeln, sind als Überbegriffe zu sehen, die sich weiter differenzieren lassen. Die gefundenen Hauptaspekte stehen miteinander in Wechselwirkung und sind nicht klar voneinander abzugrenzen. Beispielsweise korrelieren die Kategorien *Kommunikation*, *Beziehung* und *Intimsphäre* sehr deutlich miteinander. Die Summe der in den einzelnen Kategorien beschriebenen Teilaspekte wirkt sich wiederum auf das *Geburtserlebnis* in seiner Gesamtheit aus.

Alle interviewten Frauen akzeptierten die vaginalen Untersuchungen als notwendige Maßnahmen unter der Geburt. Gleichzeitig wurden diese als körperlich unangenehm, manchmal als störend und in einzelnen Fällen sogar als traumatisch empfunden. Manipulationen wie das Lösen des Eipols oder das Muttermund-Dehnen wurden überwiegend als schmerzhaft erlebt

Maßgeblich beeinflusste auch die Kommunikation rund um den Eingriff die Art, wie dieser erlebt wurde: In keinem Interview wurde die Frau vor die Wahl gestellt, einer vaginalen Untersuchung zuzustimmen oder diese abzulehnen. In manchen Fällen wurde ohne vorherige Information eine vaginale Untersuchung durchgeführt.

Die Beziehung zur Hebamme beeinflusste die Toleranz vaginalen Untersuchungen gegenüber ebenso wie die psychische Konstitution der Gebärenden. Fühlte sich die Frau innerlich stabil und sicher – was häufiger bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden der Fall war - oder hatte sich ein Vertrauensverhältnis zur betreuenden Hebamme entwickelt, wurden vaginale Untersuchungen und auch andere Maßnahmen leichter toleriert, als wenn das nicht der Fall war.

Durch die Orientierung an einem zweistündlichen Untersuchungsschema entstand besonders bei Erstgebärenden ein Zeitdruck, bzw. das Gefühl, nicht schnell genug zu sein.

Prägend für das gesamte Geburtserlebnis waren vaginale Untersuchungen besonders dann, wenn schmerzten, sehr häufig oder unangekündigt durchgeführt wurden oder wenn andere Manipulationen wie das Öffnen der Fruchtblase, das Dehnen des Muttermunds damit einhergingen.

Auch über die ihr häufig folgenden geburtshilflichen Interventionen hatte die vaginale Untersuchung nachhaltigen Einfluss auf das Geburts-Erleben. Sie war Entscheidungsgrundlage für geburtsbeschleunigende Maßnahmen ebenso wie für Schmerzmedikation und operative Geburtsbeendigungen; Interventionen, die ihrerseits oft unangenehme Erinnerungen an die Geburt erzeugten. Die Interventionsrate bei den 17 beschriebenen Geburten verdeutlicht dies: Von den zehn interviewten Frauen wurde bei fünf Erstgebärenden ein protrahierter Geburtsverlauf diagnostiziert. Ebenfalls fünf hatten bei ihrem ersten Kind eine Periduralanästhesie, bei vier Frauen wurde die Geburt mittels Oxytocin beschleunigt. Zwei Primiparae hatten eine sekundäre Sectio, zwei eine Vakuumextraktion. Bei einer wurde die Spontangeburt in Sectiobereitschaft und bei einer weiteren in Vakuumbereitschaft durchgeführt.

### Zusammenfassung

Die Darstellung der vaginalen Untersuchung in den betrachteten Hebammenlehrbüchern ist verkürzt. Der Intimitätscharakter der Untersuchung und die psychosozialen Fähigkeiten, die dieser Eingriff erfordert, werden nur unzureichend thematisiert.

In der Forschungsliteratur mehren sich Arbeiten, die dem Paradigma des Geburtsfortschritts und seinen Auswirkungen auf das geburtshilfliche Handeln kritisch gegenüberstehen. Auch, dass vaginale Untersuchungen intimitätsverletzenden Charakter haben und den Geburtsprozess stören können, ist klar herauszulesen.

Die Interviews ergeben, dass die befragten Frauen routinemäßige vaginale Untersuchungen als notwendige Maßnahmen akzeptieren, diese jedoch häufig als unangenehm, manchmal als schmerzhaft, mitunter sogar als traumatisierend empfinden. Vaginale Untersuchungen vermitteln häufig ein Gefühl von Zeitdruck, sind Grundlage für geburtshilfliche Entscheidungen und prägen auch insofern das Geburtserlebnis entscheidend. Aufklärung im Sinne eines *shared decision making* erfolgte in den vorliegenden Interviews nicht.

### Diskussion

Die vaginale Untersuchung unter der Geburt ist nicht als Routinemaßnahme, sondern als Intervention zu verstehen, die als solche einer Indikationsstellung bedarf, also Indikationen und Kontraindikationen hat und ein achtsames Vorgehen erfordert. Das macht einen differenzierteren und sensibleren Umgang mit derselben erforderlich. Die Tatsache, dass insbesondere die kontinuierliche Betreuung einer Gebärenden protrahierte Geburtsverläufe verhindern kann und der Geburtsfortschritt auch durch Beobachtung der Gebärenden eingeschätzt werden kann relativiert die Notwendigkeit regelmäßiger vaginaler Untersuchungen.

Eine differenziertere Darstellung der vaginalen Untersuchung in deutschen Hebammenlehrbüchern wäre anzustreben. Routinemäßige vaginale Untersuchungen ohne Indikation und in zeitlich festgelegten Intervallen sind in Frage zu stellen. Der Modus der Kommunikation und Durchführung vaginaler Untersuchungen in der Praxis ist überarbeitungswürdig.

Weiteren Forschungsbedarf gibt es insbesondere im Themenfeld der potentiellen Traumatisierung oder Re-Traumatisierung von Gebärenden durch routinemäßig zur Anwendung kommende Maßnahmen des Gesundheitspersonals im klinischen Setting.

Die vaginale Untersuchung hat, wie auch Stewart im Interview anmerkt, einen wichtigen Platz in der Hebammenarbeit. Dort, wo sie dazu beiträgt, ein geburtshilfliches Problem zu diagnostizieren und zu lösen, ist sie angezeigt. Dort, wo sie wiederholt und ohne medizinische Indikation zur routinemäßigen Kontrolle des Geburtsfortschritts eingesetzt wird wirkt sie störend und sollte daher vermieden werden.

### Literaturverzeichnis

Baston, H.; Hall J. (2009): *Midwifery Essentials. Labour. Volume 3.* Edinburgh. Churchill Livingstone, Elsevier

Bergstrom, L.; Roberts, J.; Skillman, L.; Seidel, J. (1992): „You´ll Feel Me Touching You, Sweetie“: Vaginal Examinations during the Second Stage of Labour. *Birth, 19(1)* S. 10-18

Bortz, J.; Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg. Springer

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Publikationsversand der Bundesregierung.* Rostock, S.10

Burvill, S. (2002): Midwifery diagnosis of the labour onset. *British Journal of Midwifery 10(10)*, S. 600-605

Coles, J.; Jones K. (2009): „Universal Precautions“: Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual Abuse. *Birth 36(3,)* S. 230-236

Davies, L. (2011): Sitting next to Nellie: Vaginal examinations in normal labour. *Essentially MIDIRS 2 (4)*, S. 38-42

Dixon, L. (2005): Building a picture of labour: how midwives use vaginal examination during labour. *New Zealand College of Midwives Journal 33*, S. 24-28

Dixon, L.; Foureur BA. M. (2010): The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives Journal 42*, S. 21-26

Duff, M. (2005): A Study of Labour. <http://epress.lib.uts.edu.au/dspace/bitstream/handle/2100/348/01front.pdf?sequence=1> (letzter Zugriff am 24.08.2012)

Fraser, D.; Cooper, M.A. (Hrsg.)(2009): *Myles Textbook for Midwives.* Edinburgh. Churchill Livingstone, Elsevier

Enkin, M.; Keirse, M.J.N.C.; Neilson, J.; Crowther, C.; Duley, L.; Hodnett, E.; Hofmeyr, J. (2006): *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen.* Bern. Huber

Geist, Ch.; Harder, U.; Stiefel, A. (Hrsg.)(2007): *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf.* Stuttgart. Hippokrates

Hildebrandt, S. (2012): Vision einer beziehungsgeleiteten Geburtskultur. *Die Hebamme 25(2)*, S.109-114

- Hildebrandt, S. (Hrg.)(2010): Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe. Jahrbuch der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung 2010. Frankfurt am Main. Mabuse
- Hodnett, E.D., Gates, S.; Hofmeyr, G.J.; Sakala, C.; Weston, J. (2011): Continuous support for women during childbirth (Review): The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library* 2.
- Hofmeyr, G. S. (2005): Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 19(1), S.103 -115
- Johnson, R.; Taylor,W. (2005): Skills for midwifery Practice. Edinburgh. Churchill Livingstone
- Lavender, T.; Hart, A.; Smyth, R.M. (2008): Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4
- Lewin, D.; Fearon B.; Hemmings V.; Johnson G. (2004): Women´s experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, 21(3), S. 267-277
- Lewin, D.; Fearon B.; Hemmings V. (2005): Informing women during vaginal examinations. *British Journal of Midwifery*, 13(1), S. 26-29
- Mändle, Ch.; Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.)(2007): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart. Schattauer
- Martius, G.; Heidenreich, W. (Hrsg.)(1995): Hebammenlehrbuch. Stuttgart. Thieme
- Martius, G. (Hrsg.)(1990): Hebammenlehrbuch. Stuttgart. Thieme
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim. Beltz
- Menage, J. (1993): Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive Infants Psychology* 11, S. 221-228
- National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2007): Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 55. National Collaborating Centre for Women´s and Children´s Health. London
- Pairman, S.; Pincombe, J.; Thorogood, C.; Tracy, S. (Hrsg.)(2006): Midwifery. Preparation for Practice. Sydney. Churchill Livingstone, Elsevier Australia
- Schwarz, C.M.; Schücking, B.A. (2004): Adieu normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. *Dr. Med. Mabuse* 148, S. 22-25
- Sheperd, A.; Cheyne, H. (2012): The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2012.02.001> (letzterZugriff am 06.05.2012)
- Stewart, M. (2005): „I´m just going to wash you down“: Sanitizing the vaginal examination. *Journal of advanced nursing*, 51(6), S. 587-594
- Stewart, M. (2008): Midwives´ discourse on vaginal examination in labour. Unveröffentlichte Dissertation, von der Autorin persönlich zur Verfügung gestellt.

Stewart, M. (Hrsg.) (2004): *Pregnancy, Birth and Maternity Care: Feminist Perspectives*. Books for Midwives, Edinburgh, London: Elsevier

Swahnberg, K.; Wijma, B. Siwe, K. (2011): Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 157, S. 200-205

Walsh, D. (2000): Assessing women's progress in labour. *British Journal of Midwifery*, 8 (7), S. 449-457

Walsh, D. (2010): Labour rhythms vs labour progress: one final update. *British Journal of Midwifery*, 18(8), S. 482

Warren, C. (1999): Why should I do vaginal examinations? *Practising Midwife*, 2(6), S. 12-1