

# Betreuung einer schwangeren Frau in der Grundversorgung

Felix Haberthür, Urs Lauper

In der heutigen Zeit wird viel über Qualitätssicherung geschrieben. Zunehmend wird diese auch im Gesundheitswesen eingeführt. Die Begriffe wie Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich bei der Schwangerschaftskontrolle und der Geburt, bzw. Kindersterblichkeit gut anwenden. Die heute tiefe Säuglingsmortalität entspricht einer guten Ergebnisqualität. Damit diese so hervorragend ist, bedarf es einer adäquaten Prozessqualität – sprich Schwangerschaftskontrolle. Eine verbesserte Effektivität kann nur durch eine optimale Betreuung in der Praxis erreicht werden. Dazu ist aber eine Standardisierung der Beratung und Betreuung unumgänglich.

Eine gut ausgebildete Hebamme ist im Stande, eine einfache Schwangerschaftskontrolle durchzuführen und auch eine Risiko-Schwangerschaft zu erkennen [1]. Sie muss aber auch bereit sein, eine Risikopatientin weiterzugeben. Wir sind der Meinung, dass Schwangerschaftskontrollen und die Beratung in die Hände des Arztes gehören. In Regionen, wo es wenig Spezialisten gibt, können solche Kontrollen durchaus von einem Grundversorger mit entsprechender Ausbildung durchgeführt werden. Er betreut die Patientin und ihre Familie vermutlich ohnehin und ist deshalb über sämtliche Krankheitsbilder informiert. Es muss in solchen Fällen zum Wohle der Patientin aber eine interkollegiale Zusammenarbeit bestehen. Übersteigt das vermutete oder erkannte Risiko das Fachwissen des betreuenden Arztes, so sollte er die Frau an einen kompetenten Kollegen/Kollegin weiterweisen.

Wie kann dies in praxi aussehen:

- Kooperation: gemeinsame Behandlung der Patientin (z.B. Mitbehandlung einer Diabetikerin durch einen Internisten);
- Konsultation: Einbau der von anderen Spezialistenkollegen oder Untersuchungsstellen erhobenen Befunde und ihrer Empfehlungen in den Behandlungsplan;
- Überweisung an den Spezialisten bei Überschreiten der eigenen fachlichen, technischen oder personellen Kapazität.

Ein solches Programm dürfte heute realistisch sein [2].

## Feststellung der Schwangerschaft und Terminbestimmung

Normalerweise sucht eine jüngere Frau nach längerem Ausbleiben ihrer Menstruation den Arzt auf mit der Frage nach einer möglichen Schwangerschaft. In vielen Fällen hat sie zwischenzeitlich selbst einen Schwangerschaftstest durchgeführt. Ist dieser positiv ausgefallen, möchte sie jetzt die intrauterine Schwangerschaft bestätigt haben. Zudem möchte sie wissen, ob diese normal und richtig angelegt ist. Die subjektiven Schwangerschaftszeichen wie Brustspannen, Nausea und Erbrechen müssen nicht obligat vorhanden sein. Es gibt auch Fälle, in denen bewusst oder unbewusst nie von einer Schwangerschaft gesprochen wird und eine solche erst im Verlaufe der Anamnese oder bei der differentialdiagnostischen Abklärung entdeckt wird.

Die folgenden Fragen sind zur Erhebung einer Schwangerschaftsanamnese stets zu beantworten [2]:

- Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?
- War die Regelblutung normal stark?
- Ist der Zyklus regelmässig und somit die Blutung zum erwarteten Zeitpunkt aufgetreten?
- Besteht eine Basaltemperaturkurve mit eventuellem Konzeptionsdatum?
- Einnahme von Folsäure?

## Terminbestimmung

Nimmt man als Ausgangspunkt den ersten Tag der letzten Regel, so errechnet sich bei einem normalen 28tägigen Zyklus eine Schwangerschaftsdauer von 280 Tagen. Gemäss der Nägele-Regel wird der Termin rechnerisch folgendermassen bestimmt:

*1. Tag der letzten Regel minus 3 Monate plus 7 Tage.* Dies trifft bei einem regelmässigen Zyklus von 28 Tagen zu. Bei einem kürzeren Zyklus werden die N-Tage vom Endtermin abgezogen, bei einem längeren Zyklus die N-Tage dazugezählt. Liegt die Basaltemperaturkurve vor mit der Ovulation und der Konzeption, so ergibt sich eine Schwangerschaftsdauer von 267 Tagen. Berechnung: *Konzeptionstermin minus 3 Monate minus 7 Tage.*

Korrespondenz:  
Dr. Felix Haberthür  
Spezialarzt FMH für Gynäkologie  
und Geburtshilfe  
Hauptstrasse 1  
CH-4102 Binningen

[fhaberthuer@swissonline.ch](mailto:fhaberthuer@swissonline.ch)

Heute sicher am gebräuchlichsten ist die Ultraschalluntersuchung zum frühestmöglichen Zeitpunkt [3]. Damit wird erstens festgestellt, ob die Schwangerschaft richtig angelegt ist, das heisst,

- ob sie sich intrauterin befindet und ein Dottersack mit embryonalen Anteilen sichtbar ist;
- ob es sich um eine EUG handelt bei fehlendem intrauterinem Fruchtsack;
- ob es sich um eine Mehrlingsgravidität handelt, wenn ja, Lage des Chorions (Chorionizität);
- ob die Uterusverhältnisse normal sind oder ob Veränderungen (Myome) bzw. Fehlbildung (wie Uterus bicornis, subseptus usw.) vorliegen.

Bereits diese erste Ultraschalluntersuchung kann eine Übereinstimmung oder Differenz zur Amenorrhöedauer aufzeigen.

## Überwachung der normalen Schwangerschaft

Zur Betreuung von Schwangeren existieren zahlreiche Schemata (Tab. 1) und Übersichten. Wir verwenden hier die Tabellen der Schwangerschaftskontrollen am Universitätsspital Zürich, Departement Frauenheilkunde, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe von Prof. A. Huch und Mitarbeitern [4]. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat sich die Anzahl der Schwangerschaftskontrollen auf insgesamt 7 reduziert [5]. Diese Anzahl ist nur für unauffällige Schwangerschaften gedacht. Sobald Komplikationen oder Probleme wie Blutungen, vorzeitige Wehen, Diskrepanzen zwischen Amenorrhöe und Klinik usw. auftreten, müssen mehr Kontrollen durchgeführt werden. Diesem Umstand wird im folgenden Rechnung getragen.

Anlässlich der ersten Schwangerschaftskontrolle steht die Anamnese im Vordergrund. Hier gilt es, die wichtigsten Informationen einzuholen, die für den Verlauf und allfällige spätere Komplikationen von Bedeutung sind. Also sollte ein Risikoprofil erstellt werden:

Besteht ein St. n. pathologischer Geburt?

- Frühgeburt vor vollendeter 37. SSW
- Zwillingsgeburt
- pathologisches CTG
- Beckenendlage
- Schulterdyslokation
- intrauteriner Fruchttod

Liegt in dieser oder in einer vorausgegangenen Schwangerschaft ein Risiko vor wie:

- Alter der Mutter <17 Jahre oder >40 Jahre
- Allgemeinerkrankungen
  - Paraplegie
  - Hypertonie

- endokrinologische Erkrankungen
- Herzviten
- Thalassämie
- anamnestische Risiken
  - Diabetes mellitus
  - Nierenerkrankungen
  - St.n. Sterilität / IVF-Schwangerschaft
  - St.n. >2 Aborten
  - St.n. kindlichen Fehlbildungen
- Drogenabusus
  - Nikotin
  - Alkohol
  - harte Drogen
- Harnwegsinfekte
  - Zystitis
  - Pyelonephritis
- Infektionskrankheiten
  - Chlamydien
  - GO
  - Herpes simplex
  - HIV
  - Röteln
  - Toxoplasmose
  - Varizellen
  - Zytomegalie
- Mehrlingsschwangerschaft
- Placenta praevia

Im weiteren sollte die Schwangere über allgemeines Verhalten während der jetzt folgenden Zeit aufgeklärt werden. Diese Information beinhaltet:

- Lebensführung, körperliche Betätigung, Sport (Extremisportarten inkl. Sauna vermeiden), Reisen (Flugreisen für den Fötus nicht schädlich), Sex (möglich während der ganzen Schwangerschaft, sofern keine Wehen beim Orgasmus auftreten), Abusus von Nikotin und Alkohol. Ebenfalls gehört die Information über die Ultraschalluntersuchung und die eventuelle pränatale Diagnostik (Ersttrimester-Test, AFP-plus-Test, Chorionzottenbiopsie (CVS) oder Amniozentese) dazu.
- Es gilt auch auf eine gute Zahnpflege während der Schwangerschaft zu achten. Paradontale Erkrankungen gelten als potentielles Risiko für Frühgeburten. Es liegen bereits Daten vor, dass eine Parodontitis das Risiko für eine Frühgeburt um das 3fache erhöht, da nach wie vor Infektionen als wichtigster Risikofaktor gelten [6].

Nach der Anamnese erfolgt der Status inkl. Spekulumuntersuchung mit Materialentnahme für ein Nativpräparat, eventuell pH-Bestimmung der Vagina. Sofern die Schwangerschaft noch jünger als 9 Wochen ist und der PAP-Abstrich mehr als 12 Monate zurückliegt, ist dieser auch noch zu entnehmen. Selbstverständlich gehören auch eine Blutdruckmessung und eine Gewichtsbestimmung dazu, ebenfalls ein Urinstatus (inkl. Zucker und Eiweiss).

Die serologischen Untersuchungen umfassen die Bestimmung von Blutgruppe inkl. Untergruppen und Antikörpersuchtest. Weiter werden die IgG und IgM von Röteln und Toxoplasmose sowie das Hepatitis-B/s-Antigen bestimmt. Mit der gleichen Blutuntersuchung sollten noch die Hämoglobin-/Hämatokrit- und Thrombozytenwerte gemessen werden. Über die erste Ultraschalluntersuchung anlässlich der ersten Schwangerschaftskontrolle haben wir oben bereits berichtet.

**Verlauf der weiteren Kontrollen**

Wenn nun eindeutig bestimmt ist, dass die Schwangerschaft intrauterin angelegt ist und die Grösse des Uterus und/oder die Frucht mit der Dauer der ausbleibenden Menstruation übereinstimmt, folgen die weiteren Kontrollen in ca. 4–5wöchigen Abständen. Damit kommt man auf die vom KVG geforderten 7 Kontrollen. In jeder Schwangerschaft sollen nebst den üblichen auch noch zwei Ultraschallkontrollen in der 10.–12. bzw. 20.–23. SSW vorgenommen

**Tabelle 1. Schwangerschaftskontrollen bis zum Termin (Übersicht)**  
(Universitätsspital Zürich, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe, Prof. A. Huch).

Untersuchungen	1. Kontrolle	10.–20. SSW	15.–17. SSW	20.–22. SSW	26.–30. SSW	32. SSW	36. SSW	40. SSW
Anamnese	■	■	■	■	■	■	■	■
Status, Spekulum, PAP	■							
Vag. Kontrolle	■	■	■	■	■	■	■	■
Urin, P, Z, Lc, Nitrit	■	■	■	■	■	■	■	■
Nativpräparat (pH)	■	■	■	■	■	■	■	■
Symphysen-Fundus-Abstand				■	■	■	■	■
BD, Gewicht, Ödeme	■	■	■	■	■	■	■	■
Fetale Herzfrequenz	■	■	■	■	■	■	■	■
Ultraschall	■	■ ♦		■		■		■
Doppler Ultraschall	■ ▲			◀	▼	▼	▼	▼
Kardiotokogramm					▼	▼	▼	▼
PAPP-A	■	● 9.–11. SSW						
AFP (plus)			■					
Chorionzottenbiopsie		◀ ▲	● 12.–14. SSW					
Amniozentese			◀ ▲ (FISH)					
Hb, Hk, Tc	■			■		■		■
Blutgruppe	♦							
Neg. Antikörper	■			◀ ▲	◀ ▲			
Toxoplasmose IgG/IgM	■	(wenn IgG/IgM neg.: alle 4 Wochen kontrollieren)						
Rubeolen IgG	■							
Hepatitis B	◀				■ ● 30.–36. SSW			
Hepatitis C	◀					▼		
Soor-Kultur	■						■	
Strepto. B+ allg. Bakterien							■	
Chlamydien	■							
Gonorrhoe	◀							
Andere Infekte (HIV)	▼	▼	● 11.–13. SSW					
Screening auf GDM			◀ ● 12.–14. SSW			■		

- empfohlen
- ◀ bei Risiko
- ▲ Rh-Prophylaxe bei Rh-Konstellation
- ♦ falls noch nicht durchgeführt oder bei Unklarheiten
- ▼ gezielt oder bei Verdacht auf Pathologie
- optimaler Zeitpunkt

werden. Diese beiden werden gemäss KVG auch vergütet. Zu jeder Untersuchung gehört nebst der Anamnese die Kontrolle von Blutdruck, Gewicht und Ödemen sowie die Bestimmung von Eiweiss und Zucker im Urin nebst den Parametern für einen Harnwegsinfekt. Ab der 20. SSW befürworten wir die klinische Bestimmung des Fundusstandes mittels des 1. Leopold'schen Handgriffes. Damit können gewisse Rückschlüsse auf Pathologie wie Hydramnion oder Wachstumsretardierung in dieser Schwangerschaft gezogen werden. Zu jeder Kontrolle gehört das Messen der kindlichen Herzfrequenz. Eine vaginale Untersuchung drängt sich in der Privatpraxis erst ab etwa der 30. SSW auf. Bei Verdacht auf vorzeitige Wehen mit Portiowirksamkeit bietet die Ultraschallmessung der Zervix mehr Sicherheit als die vaginale Untersuchung.

Bei Rhesus-negativen Müttern wird am Anfang der Schwangerschaft ein Antikörpersuchtest (indirekter Coombs-Test) durchgeführt. Liegen keine Gründe vor, die eine gezielte Prophylaxe mit Anti-D nötig machen, so wird eine erste Dosis (300 mg Rhophylac®) zwischen der 28. und 30. SSW intravenös verabreicht. Dieser Vorgang ist nach 12 Wochen zu wiederholen. Ist der Antikörpersuchtest in der Frühgravidität negativ, so erfolgen diesbezüglich bis zur Geburt keine weiteren Untersuchungen mehr. Liegen aber Gründe für eine erfolgte Transfusion vor wie Abdominaltrauma, vaginale Blutungen, vorzeitige Wehen, nach Eingriffen wie Cerclage oder totalem Muttermundverschluss, CVS, Amniozentese, Cordozentese, so muss innerhalb von 72 Stunden eine Dosis Anti-D als gezielte Prophylaxe verabreicht werden. Die gleiche Dosis muss einer Rhesus-negativen Frau nach einem Abort, Schwangerschaftsabbruch, EUG oder Blasenmole injiziert werden. Immer mehr empfiehlt sich ein Screening auf einen Gestationsdiabetes mellitus. Etwa 1–5% der Schwangeren weisen eine Prävalenz dafür auf. Das Screening erfolgt entweder mittels einer Nüchternblutzuckerbestimmung oder einer Belastung mit 50 g Glukose zwischen der 24. und 28. SSW [6].

Beurteilung: Liegt der Nüchternblutzucker <4,8 mmol/l, so sind keine weiteren Massnahmen erforderlich. Bei Werten zwischen 4,8 und 6,9 mmol/l ist ein Glukosetoleranztest (GTT) mit 75 g Glukose angezeigt. Werte >7 mmol/l lassen bei einer Wiederholung mit gleichem Resultat auf einen vorhandenen Diabetes mellitus schliessen. Hier ist ein GTT kontraindiziert [6]. Belastungstest mit 50 g Glukose: Werte <7 mmol/l sind unauffällig, >7 mmol/l sind pathologisch, d.h. zwischen >7 und <11 mmol/l sollte baldmöglichst ein GTT erfolgen. Werte >11 mmol/l machen eine Nüchternblutzuckerbestimmung notwendig, um eine Dekompensation zu vermeiden.

### Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

Über eine frühe Ultraschalluntersuchung zwischen der 7. und 8. SSW haben wir bereits oben berichtet. Diese dient lediglich dazu, das Gestationsalter korrekt zu bestimmen. Die beiden weiteren Untersuchungen erfolgen – wie ebenfalls erwähnt – in der 10.–12. SSW bzw. 20.–23. SSW. Dass die Untersuchungen in diese Wochenabschnitte der Schwangerschaft fallen, ist einerseits begründet durch die Ziele, die diese Untersuchungen befolgen, andererseits sind dies Empfehlungen der Standardkommission für Schwangerschafts-ultraschall der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) [7]. Gemäss Krankenpflege Leistungsverordnung (KLV) Artikel 13 müssen in jeder normalen Schwangerschaft von der Krankenkasse zwei Ultraschalluntersuchungen übernommen werden. Dazu gehört ein umfassendes Beratungs- und Aufklärungsgespräch, das dokumentiert werden muss. Handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft, dürfen weitere Ultraschalluntersuchungen nach ärztlichem Ermessen durchgeführt werden. Diese müssen aber jeweils der Krankenkasse gegenüber begründet werden. Die Ultraschalluntersuchungen dürfen nur von Medizinalpersonen vorgenommen werden, die über eine Zusatzausbildung und die nötige Erfahrung verfügen. Die Personen, die diese Voraussetzungen erfüllen, erhalten einen befristeten Fähigkeitsausweis, der nach Erfüllen weiterer bestimmter Auflagen erneuert wird. Die Ultraschalluntersuchung in der normalen Schwangerschaft ermöglicht:

- Beurteilung des Ortes der Implantation
- Beurteilung der Vitalität
- Diagnose von Mehrlingen
- Bestimmung des Gestationsalters
- Beurteilung des fetalen Wachstums nach Wachstumskurven
- Beurteilung der fetalen Lage
- Beurteilung der fetalen Morphologie
- Beurteilung der Lage und Morphologie der Plazenta
- Beurteilung der Fruchtwassermenge
- Feststellung von Befunden ausserhalb des Cavum uteri (Myome, Ovarialzysten usw.).

Die Untersuchung in der 10.–12. SSW soll spezifisch Auskunft geben über:

- Eventuelle uterine Fehlbildungen und Genitalumoren
- Ort der Implantation
- Anzahl Feten
- Vitalität der Feten
- Gestationsalter, ermittelt durch die Messung der Scheitel-Steisslänge (SSL)
- Fetale Nackentransparenz >3,5 mm gibt den ersten Hinweis zusammen mit einem fehlenden Nasenbein auf eine Trisomie 21
- Fetaler Körper (Kopf, Rumpf, Extremitäten).

Alle obengenannten Parameter werden mit dem Ultraschall von abdominal her gemessen und festgestellt. In speziellen Aufnahmen ist die transvaginale Sonographie der abdominalen überlegen (Adipositas, schlechte Darstellbarkeit oder Uterus retroversus/retroflexus). Zusammen mit der Messung der Nackentransparenz kann ab einer Scheitel-Steiss-Länge von 45–84 mm der Ersttrimestertest durchgeführt werden. Dieser Test gilt als Screening in Kombination mit dem mütterlichen Alter zur Entdeckung von Chromosomenstörungen [8]. Im ersten Trimester muss vorgängig eine ausführliche Beratung stattfinden. Ebenso wichtig scheint uns die Besprechung der Resultate mit den schwangeren Frauen, damit nicht unnötig Ängste und psychische Belastungen ausgelöst werden. Diese steigen ohnehin an bei einer Verdachtsdiagnose auf fetale Entwicklungsstörungen [9, 10].

Die zweite kassenpflichtige Untersuchung soll zwischen der 20. und 23. SSW durchgeführt werden. Dabei wird folgenden Punkten grosse Beachtung geschenkt:

- Lage des Feten
- Vitalität des Feten
- Fruchtwassermenge

- Lage und Morphologie der Plazenta
- Biometrie des Feten
- Morphologie des Feten.

In diesem Untersuchungsgang wird das Hauptaugenmerk auf die Beurteilung der fetalen Anatomie gelegt. Mit diesen Untersuchungen ist aber keine Garantie in bezug auf Fehlen von fetalen Fehlbildungen gegeben. Im Gegenteil – gewisse Fehlbildungen zeigen sich erst nach der 24. SSW und entgehen so der morphologischen Untersuchung zwischen der 20. und 23. SSW.

## Schwangerschaftskontrollen am Termin und bei Überschreitung

Die letzte normale Schwangerschaftskontrolle erfolgt etwa am Termin. Nebst den üblichen oben erwähnten Untersuchungsparametern soll nochmals das Gestationsalter überprüft werden. Weiter soll zur Klärung der Geburtssituation eine Kardiotokographie durchgeführt werden. Ebenso gibt eine vaginale Untersuchung über die Reifesituation der Zervix Auskunft; bei gesichertem Gestationsalter (Ultraschallmessung im ersten Trimenon) gemäss den Empfehlungen der «Arbeitsgruppe Terminüberschreitung» der Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (STG) [11]. Bei Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Wachstumsretardierung usw. sind die Überwachungen engmaschig zu wählen. Die Geburtseinleitung ist zu erwägen.

Bei Beendigung der 41. SSW ist der schwangeren Frau die Geburtseinleitung anzubieten. Wenn Mutter und Kind in gutem Gesundheitszustand sind, ist kein Grund zur Eile gegeben. Bei unreifer Zervix sollte zuerst ein Softening mittels Prostaglandin vorgenommen werden. Nach Vollendung der 41. SSW und sofern die Schwangere mit der Einleitung noch zuwarten möchte, sind dafür engmaschige Kontrollen mit fetaler Überwachung angezeigt.

## Quintessenz

- Optimale Bestimmung des Geburtstermins am besten durch eine frühe Ultraschalluntersuchung.
- Regelmässige Schwangerschaftskontrollen mit Augenmerk auf eventuell pathologische Veränderungen. Screening auf Gestationsdiabetes mellitus.
- Ultraschalluntersuchungen in der 10.–13. bzw. 20.–23. SSW. Aufklärung über Pränataldiagnostiktest. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, wo angezeigt.
- Bei Überschreitung des Geburtstermins sind bei Risikoschwangeren engmaschige Kontrollen angezeigt. Bei normaler Schwangerschaft kann der Frau nach Ende der 41. SSW die Einleitung angeboten werden.

## Literatur

- 1 Mc Donald CJ. Protocoll-based computer reminders. The quality of care and the non-perfectibility of men. *New Eng J Med* 1976; 295:1351.
- 2 Käser O, Friedberg V. Gynäkologie und Geburtshilfe. Schwangerschaft und Geburt. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- 3 Holzgreve W. Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft – als Instrument so gut wie der Anwender. *Ultraschall in Med* 2002; 23: 9–10.
- 4 Huch A. Pflichtenheft Leitfaden, 4. Auflage. Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe. Universitätsspital Zürich.
- 5 Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Art 13.
- 6 Jeffcoat MK. Parodontale Erkrankung: Risikofaktor für Frühgeburten? *Acta Med Dent Helv* 2000;5:69–73.
- 7 Perucchini D, Fischer U, Spinass GA, Huch R, Huch A, et al. Using fasting plasma glucose concentrations to screen for gestational diabetes mellitus: prospective population based study. *BMJ* 1999;319: 812–815.
- 8 Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft. Ergebnis der Arbeitstagung der Standardkommission für Schwangerschafts-Ultraschall der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM). 1997.
- 9 Tercanli S, Holzgreve W. Nackentransparenzscreening im 1. Trimenon: Ergebnisse einer prospektiven Studie bei 1980 Feten aus einem Zentrum in der Schweiz. *Ultraschall in Med* 2002;23:22–6.
- 10 Götzmann L. Die Ultraschall-Untersuchung bei Verdacht auf fetale Entwicklungsstörungen: Zufriedenheit und Bewertungen aus Sicht der betroffenen Frauen. *Ultraschall in Med* 2002;23:27–32.
- 11 Götzmann L. Die Verdachtsdiagnose einer fetalen Entwicklungsstörung in der Ultraschall-Untersuchung: Auswirkungen auf das psychische Befinden schwangerer Frauen. *Ultraschall in Med* 2002;23: 33–40.
- 12 Arbeitsgruppe «Terminüberschreitung» der Kommission Qualitätssicherung der SGGG. Guideline: Überwachung und Management bei Überschreitung des Geburtstermins. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002;83:717–22.