

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 59 (1961)

Heft: 9

Artikel: Die Behandlungen der Beckenendlagen

Autor: Roth, F.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951375>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZ. HEBAMMENVERBANDES

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. NEUWEILER, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern
für den allgemeinen Teil: Fr. MARTHA LEHMANN, Hebamme, Zollikofen / Bern, Tel. 65 12 80

Abonnements:

Jahres-Abonnement für die Schweiz Fr. 4.—
für das Ausland Fr. 4.— plus Porto

Druck und Expedition:

Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Bern
Mattenenge 2, Tel. 2 21 87

wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind

Inserate:

im Inseratenteil: pro 1spaltige Petitzeile . . . 48 Cts.
im Textteil: pro 1spaltige Petitzeile 72 Cts.

Die Behandlung der Beckenendlagen

Von F. Roth, Bern

Die meisten Schwangeren beginnen sich heute noch zu ängstigen, wenn ihnen die Hebamme oder der Arzt eröffnet, daß sich ihr Kind in Beckenendlage (BEL) befindet. Diese Angst war bis vor zwei Jahrzehnten mehr als begründet, gerät doch jedes Kind in BEL nach Geburt des Nabels unweigerlich in Lebensgefahr, wenn es nicht innert einer kurzen Zeitspanne geboren wird. Als Entwicklungsmethode stand dem Geburtshelfer die sogenannte Manualhilfe (MH) zur Verfügung, die sich jahrhundertalter Handgriffe bedient. Dieses Vorgehen bedeutet sowohl für die Mütter als auch für die Kinder einen recht gefährlichen Eingriff, wird doch sogar in neuesten Lehrbüchern die kindliche Sterblichkeit bei BEL als hoch bezeichnet. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß sich gerade unter den BEL relativ viele unreife oder mißgebildete Kinder befinden, die an und für sich nicht lebensfähig sind. Aber auch bei den reifen und normalen Kindern ist die Mortalität infolge der althergebrachten Entwicklungsmethoden viel höher als bei den Schädel-lagen, sterben doch viele Kinder an Asphyxie (zu lange dauernde Kompression der Nabelschnur) oder an den Folgen der gesetzten Schädel-verletzungen. Sogar in Amerika wird noch heute darauf hingewiesen, daß die BEL eine gefährliche Situation darstellen, trotz moderner Abwandlung der alten Handgriffe in Kombination mit raffiniertesten Anaesthesieverfahren.

In Europa hingegen, wo die Erkenntnisse des Berliner Geburtshelfers Bracht weitgehend in die Praxis umgesetzt werden, haben die BEL seit 1936 ihre Schrecken verloren. Bracht entwickelte, gestützt auf seine geburtsmechanischen Beobachtungen an BEL, eine Methode, die Ihnen wohl nicht mehr vorgestellt zu werden braucht. Die Ueberlegenheit der Spontangeburt gegenüber allen andern Entwicklungsverfahren wurde denn schon bald nach deren Bekanntwerden von einer Reihe namhafter Autoren bestätigt. Neuweiler zeigte schon 1942, daß es mit diesem Vorgehen möglich wird, die kindliche Sterblichkeit auf die Höhe der Hinterhauptslagen zu senken. Seit den letzten Berichten von Neuweiler sind an der Berner Klinik über 1000 Kinder nach den Bracht'schen Prinzipien in BEL geboren worden. Dieses große Zahlenmaterial soll nun dazu dienen, die Geburten in BEL einer kritischen Sicht zu unterziehen, um daraus eventuell wertvolle Hinweise für eine genauere Indikationsstellung und Gründe für das Mißlingen der Spontangeburt zu erhalten.

1. Häufigkeit, Parität und Alter

Von den 24 022 Geburten der Jahre 1948—1960 waren 1025 mit BEL zu verzeichnen. Diese 1025 Frauen haben 1049 Kinder in BEL geboren, so daß die BEL-Kinder 4,31 Prozent aller geborenen Kinder ausmachen, d. h. daß zirka jedes 24. Kind in BEL geboren wird. Die BEL-Geburten verteilen sich wie folgt auf die Parität der Mütter:

I-P.:	487 = 47,52 %
II-P.:	235 = 22,93 %
III-P.:	140 = 13,65 %
IV-P. und Mehr-P.:	163 = 15,90 %
	1025 = 100,00 %

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß fast die Hälfte aller BEL-Geburten auf I-P. entfallen, wobei die alten I-P. (über 35jährig) nur 6,7 Prozent aller Erstgebärenden ausmachen.

Von den 1049 Kindern wurden 876 nach den Bracht'schen Prinzipien entwickelt, was einem Prozentsatz von 83,5 entspricht. Weitere Berechnungen zeigten, daß die Parität der Mütter keinen Einfluß auf das Gelingen der Spontangeburt ausübt, ausgenommen bei den I-P. über vierzig Jahren: Bracht nur bei 63,6 Prozent gelungen. Ebenso spielt das Alter der Gebärenden keine Rolle, außer bei den schon genannten alten I-P.

	Anzahl Fälle	davon Spontangeburt bei	
Reine Steißlage	643 = 61,29 %	565 = 87,9 %	} 86,4 %
Gemischte Steißlagen	175 = 16,68 %	142 = 81,2 %	
Fußlagen	226 = 21,55 %	167 = 73,9 %	} 73,1 %
Knielagen	5 = 0,48 %	2 = 40,0 %	
	1049 = 100,00 %	876 = 83,5 %	

Die reine Steißlage stellt somit die günstigste Situation für eine Spontangeburt dar, während die Knielagen die ungünstigste Haltung bilden.

3. Sterblichkeit der Kinder

Die Gesamtmortalität aller in BEL geborenen Kinder beziffert sich auf 15,6 %, d. h. von 1049 Kindern waren 164 tot:

gestorben vor Klinikeintritt	42 = 25,6 %
» unter Geburt	32 = 19,5 %
» nach Geburt	90 = 54,9 %
	164 = 100,0 %

Dieser Anteil an toten Kindern ist natürlich beachtlich hoch, doch darf er nicht überwertet werden. Bekanntermaßen wird ein sehr hoher Prozentsatz von intrauterin abgestorbenen Kindern, Mißbildungen (besonders Hydrocephalus) und Frühgeburten in BEL geboren.

Ein Viertel aller Kinder (= 262) wurde vor Erreichen eines Geburtsgewichtes von 2500 g ausgestoßen. Diese zu früh geborenen Kinder weisen denn auch eine Sterblichkeit von 48 Prozent (= 126 Kinder) auf, während von den 787 Kindern über 2500 g nur noch 38 (= 4,8 Prozent) starben. Aus untenstehender Tabelle sind die Todesursachen zu ersehen:

	Anzahl Kinder	unter 2500 g	über 2500 g
Allgemeine Lebensschwäche	47	47	—
Mißbildungen	32	15	17
Unbekannte Ursache	30	29	1
Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, Nabelschnurvorfal, vorzeitiger Blasensprung	19	14	5
Toxikose, Lues, Diabetes	14	10	4
Verletzungen durch Manualhilfe	13	5	8
Erythroblastose, Staphylokokkensepsis	4	3	1
Verletzungen bei Spontangeburt	3	1	2
Asphyxie, Atelektase der Lungen	2	2	—
	164	126	38

Von den Kindern über 2500 g sind acht an den Folgen der Manualhilfe und zwei an den Folgen der Spontangeburt gestorben. Die Manualhilfe bei

reifen Kindern wurde 124mal ausgeführt, so daß die acht toten Kinder einem Prozentsatz von 6,45 Prozent entsprechen. Die Spontangeburt bei Kin-

Delegiertenversammlung

Die auf den 20. September angesetzte außerordentliche Delegiertenversammlung wird vorläufig verschoben, um der Krankenkasse-Kommission die Möglichkeit zu geben, die Situation abzuklären und eine für alle Teile annehmbare Lösung zu finden.

Die Krankenkasse-Kommission

2. Arten der BEL

Für das Gelingen der Spontangeburt ist die Haltung der untern Extremitäten für den Verlauf der BEL-Geburten von großer Wichtigkeit, was aus folgender Tabelle hervorgeht:

dern über 2500 g gelang aber 636mal, so daß die zwei toten Kinder nach dieser Entwicklungsart nur 0,31 Prozent ausmachen. Diese Zahlen zeigen nun sehr deutlich den Unterschied in der kindlichen Gefährdung zwischen alter und neuer Entwicklungsart. Die 20mal größere Mortalität nach Manualhilfe ist insofern nicht ganz korrekt, als bei den meisten BEL zuerst die Spontangeburt versucht und erst nach deren Versagen auf die Manualhilfe übergegangen wurde. Hätte man bei allen Frauen von Anbeginn an die Manualhilfe angewendet, also auch bei den unkomplizierten Situationen, wäre die Sterblichkeit der Kinder sicher etwas kleiner ausgefallen. Es wird aber in den neuesten geburtshilflichen Lehrbüchern immer wieder auf die Gefährlichkeit dieser Entwicklungsart hingewiesen, so daß man sie unbedingt vermeiden sollte, d. h. nur auf diejenigen Fälle beschränken, bei denen die Spontangeburt aus irgendeinem Grunde nicht gelingt.

4. Ursachen des Mißlingens der Spontangeburt

	Anzahl Fälle	davon gestorben an den Folgen der Manualhilfe
a) Mangelnde Mitarbeit, Angst, Wehenschwäche usw.	56	6 = 10,7 %
b) Schlechte Herztöne, Nabelschnurvorfälle usw. (indizierte Extraktion)	52	2 = 3,8 %
c) Haltungsanomalien, falsche Drehungen	18	2 = 11,1 %
d) Kindliche Mißbildungen	12	0
e) Krampf des Muttermundes	5	2 = 40,0 %
f) Mißverhältnisse geringen Grades	3	1 = 33,3 %
	146	13 = 8,9 %

Die mangelnde Mitarbeit und die Angst einer Gebärenden, d. h. das unzuverlässige Verhalten unter der Geburt, stehen hier an erster Stelle und sind verantwortlich für einen relativ großen Anteil an toten Kindern. Bei zirka einem Drittel konnte die Spontangeburt wegen schlechten Herztönen, Nabelschnurvorfälle oder andern Gründen nicht abgewartet werden, sondern die Geburt mußte durch die indizierte Extraktion vorzeitig beendet werden. Der relativ kleine Prozentsatz von toten Kindern zeigt, daß die indizierte Extraktion recht Gutes zu leisten imstande und gar nicht so gefährlich ist, wie vielerorts noch angenommen wird. Haltungsanomalien und Krampf des Muttermundes weisen aber wieder eine hohe kindliche Mortalität auf und sind als ernste Zwischenfälle zu werten. Bei den drei unter f) angegebenen Frauen (I-P.) sind die Beckenverhältnisse bei Geburtsbeginn etwas zu optimistisch eingeschätzt worden. Das Mißverhältnis trat dann erst bei der Entwicklung des Kopfes in Erscheinung, so daß dieser jeweils nur unter größten Schwierigkeiten geboren werden konnte.

5. Nabelschnurvorfälle (NSV)

Dieses Ereignis stellte sich bei den beobachteten BEL-Geburten 32mal ein, und ist somit eine der häufigsten Komplikationen der BEL (3 Prozent; bei Hinterhauptslagen wird dieses Ereignis nur bei 0,2 Prozent der Fälle beobachtet). Am häufigsten kommt der NSV bei den Fußlagen (9,9 Prozent), am seltensten bei den reinen Steißlagen (0,4 Prozent) vor. Diese Zahlen zeigen, daß die reine Steißlage auch in dieser Beziehung die günstigste Art der BEL darstellt, kommt es doch bei dieser Haltung zu einer viel besseren Abdichtung des unteren Fruchtpoles als bei den andern Situationen, wo die Nabelschnur leicht durch irgendeine Lücke vorfallen kann.

Von den 32 Kindern mit NSV sind zwölf gestorben (= 37,5 Prozent). Nur 19 von den 32 Kindern waren im Augenblick des NSV noch lebend und über 2500 g schwer. Fünfzehn davon konnten gerettet werden, davon 14 durch indizierte Extraktion und eines durch Kaiserschnitt. Zwei Kinder starben sofort nach der Extraktion und zwei weitere erst einige Tage später an den Folgen des forcierten Eingriffes (Hirnblutung). Bei Kindern über 2500 g ergibt sich somit eine Mor-

Die zwei Todesfälle infolge Bracht waren auf Schädelverletzungen zurückzuführen (zu kräftige Mithilfe vom Bauch her!). Bei fünf von den acht abgestorbenen Kindern nach Manualhilfe war der Tod durch die gleiche Ursache bedingt und bei den restlichen drei durch Verletzungen der Halswirbelsäule (infolge zu starken Zuges von unten: Veit-Smellie).

Während bei den lebenden Kindern nach Bracht keine Verletzungen zu beobachten waren, wiesen neun Kinder (= 6 Prozent) nach Manualhilfe noch Frakturen oder Lähmungen der Extremitäten auf, welche eine lange Heilungszeit benötigten.

Auch treten bei den Müttern nach Manualhilfe viel häufiger Verletzungen auf, insbesondere Dammrisse III°, Vaginal- und Cervixrisse, Uterusruptur usw. (8 Prozent). Von den 1025 Müttern ist keine an den Folgen der BEL gestorben.

alität von 21 Prozent, was als sehr hoch zu bezeichnen ist.

6. Zwillinge in BEL

In der Berichtszeit haben 322 Mütter Zwillinge geboren. Davon wurden bei 112 Zwillingsgeburten (= 34,7 Prozent) ein oder zwei Kinder in BEL ausgestoßen. Von diesen 136 Zwillingskindern wurden 117 (= 86,1 Prozent) spontan nach Bracht geboren, während nur bei 19 die Manualhilfe angewendet werden mußte. Der einzige Todesfall war auf letztere zurückzuführen. Das Vorgehen nach Bracht leistet somit auch bei den Zwillingsgeburten ganz vorzügliche Dienste.

7. Kaiserschnitt

Von den 1025 Müttern mit BEL wurden 27 durch eine Sectio caesarea entbunden (= 2,63 Prozent). Die Gründe, welche zur Schnittentbindung führten, sind in folgender Tabelle angeführt:

a) Hoher Steiß bei alter I-P.	7 Fälle
b) Beckenverengung	6 »
c) Frühere Sectio caesarea	4 »
d) Placenta praevia	4 »
e) Weichteilschwierigkeiten, Uterus myomatosus	3 »
f) Uebertragung	1 »
g) Ueberdehnungserscheinungen bei Zwillingen	1 »
h) Nabelschnurvorfälle	1 »
	27 Fälle

8. Schlußfolgerungen

Die kritische Durchsicht dieses umfangreichen Material zeigt, daß die BEL heutzutage kein besonderes Gefahrenmoment mehr darstellt, wenn die Geburtsleitung frühzeitig auf die Erzielung einer Spontangeburt nach Bracht ausgerichtet wird (äußerst konservatives Vorgehen: Geduld, Verabreichung von tonuserabsetzenden und eventuell krampf lösenden Mitteln, möglichstes Weglassen der Wehenmittel, und nochmals Geduld). Ein solches Vorgehen ermöglichte, daß 83,5 Prozent der BEL-Kinder spontan nach Bracht entwickelt werden konnten, wobei nur 0,31 Prozent an den Folgen des Eingriffes verstorben sind. Das vorliegende Material zeigt aber auch, daß sogar

bei sorgfältigster Geburtsleitung die Methode von Bracht aus verschiedenen Gründen immer in einem gewissen Prozentsatz versagen wird, stellen sich doch stets wieder Komplikationen ein, die nicht voraussehen sind.

In solchen Fällen muß dann auf die altbewährte, wenn auch viel gefährlichere Methode der Manualhilfe zurückgegriffen werden, die bei unserem Material eine kindliche Mortalität von 6,45 Prozent aufweist. Bei entsprechender Geburtsleitung und richtigem Vorgehen bei der Spontangeburt gelangt die Manualhilfe aber nur selten zur Ausführung, so daß sich die Mortalität der Kinder als direkte Folge der BEL insgesamt nur auf 1,5 Prozent (16 Kinder von 1049) beziffert. Diese Zahl darf ohne weiteres mit derjenigen von Hinterhauptslagen verglichen werden.

Das Idealziel bei der Leitung von BEL-Geburten besteht somit darin, die Manualhilfe möglichst ganz auszuschalten, d. h. diejenigen Fälle frühzeitig zu erkennen, bei welchen eine Spontangeburt mit großer Wahrscheinlichkeit nicht gelingen wird. Die Manualhilfe darf punkto Gefährlichkeit ohne weiteres mit den hohen Zangen bei Schädelagen verglichen werden. Durch die erweiterte Indikation zur Schnittentbindung ist es gelungen, die kindliche Mortalität bei Schädelagen infolge Vermeidung dieser gefährlichen Operation ganz wesentlich zu senken. Leider wird das vollständige Umgehen der Manualhilfe nie möglich sein, außer man gerate in ein wildes, in den meisten Fällen unnötiges Entbinden durch Kaiserschnitt. Im Gegensatz zu den Schädelagen ist die Voraussage über die Möglichkeit einer Spontangeburt bei BEL trotz den heutigen technischen Hilfsmitteln immer noch sehr schwierig. Läßt sich bei Schädelagen z. B. ein fragliches Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken mit einfachen Mitteln (Palpation, Röntgen) leicht abklären, ist bei BEL gerade das Abschätzen dieser Verhältnisse viel schwieriger, weil sich der umfangreichste Teil des kindlichen Körpers im Fundus uteri befindet und somit nicht direkt mit der Beckeneingangsebene verglichen werden kann.

Immerhin sind aber die Risiken bei den BEL infolge der Möglichkeit der Spontangeburt nach Bracht so klein geworden, daß sie sich ohne weiteres verantworten lassen. Auf Grund der gesammelten Erfahrungen an dem großen Material darf darauf hingewiesen werden, daß die Indikation zu einer Schnittentbindung auch bei den BEL in einem gewissen Grade erweitert werden darf. Wir denken hierbei vor allen Dingen an die über vierzigjährige I-P., an auch nur geringgradige Beckenverengungen und an sehr große Kinder (über 4500 g). Die Beobachtungen haben gezeigt, daß gerade bei diesen Fällen die Manualhilfe nach Versagen der Spontangeburt zu einem für die Kinder recht gefährlichen Eingriff wird.

Ebenfalls sollte danach getrachtet werden, daß bei dem relativ häufigen NSV die Geburt je nach Situation möglichst rasch beendet wird (Sectio bei noch hochstehendem Steiß und nicht vollständig eröffnetem Muttermund oder durch eine sofortige indizierte Extraktion bei erfüllten Vorbedingungen). Der NSV stellt auch bei den BEL eine sehr gefährliche Komplikation dar, trotz anscheinend nicht behinderter Nabelschnur-zirkulation. Nach unseren Erfahrungen sollte nicht bis zur Geburt des Nabels gewartet werden, auch wenn die Zirkulation noch gut ist, sondern es muß vorher eingegriffen werden, wenn man ein unbeschädigtes Kind erhalten will.

Aus all dem Gesagten geht weiter hervor, daß eine Gebärende mit BEL unbedingt in eine Klinik gehört. Es läßt sich eben nie mit genügender Sicherheit voraussagen, ob eine Spontangeburt wirklich gelingen wird. Bei Mißlingen derselben sollte die Manualhilfe unter den günstigsten Voraussetzungen ausgeführt werden können (gute Lagerungsmöglichkeit, gute Narkose usw.). Nur auf diese Weise lassen sich die mit diesem Verfahren verbundenen erhöhten Gefahren für das Kind auf ein absolutes Minimum herabsetzen!