

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: 94 (1996)

Heft: 11

Artikel: Die spontane Beckenendlagen-Entwicklung : ein Plädoyer für die Natürlichkeit

Autor: Stoll, W.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950624>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

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

Die spontane Beckenendlagen-Entwicklung – ein Plädoyer für die Natürlichkeit

Referat von PD. Dr. W. Stoll, gehalten an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 26.–29. Juni 1996 in Interlaken

Zur Person:

Stoll Willy, geb. 21.4.1932 in Zürich, Bürger von Osterfingen (SH)
wohnhafte Bühlarain 27, CH—5000 Aarau
Chefarzt Frauenklinik Kantonsspital Aarau

Schulen und Studium in Zürich

Medizinisches Staatsexamen mit Promotion 1962

Assistenzarzt, Institut für Anästhesiologie Kantonsspital Zürich (heute Universitätsspital), Prof. G. Hassli, 1962/1963

Allgemeine Chirurgie Kreisspital Oberengadin Samedan, Dr. W. Ryffel, 1963/1964

Assistenzarzt Universitäts-Frauenklinik Zürich, Prof. E. Held, 1964–1968

Oberarzt und Leiter der Hebammenschule Universitäts-Frauenklinik Zürich 1969–1973

Studienaufenthalte bei Prof. E. Saling, Berlin

Privatdozent der Universität Zürich 1974

Titularprofessor der Universität Zürich 1980

Chefarzt der Frauenklinik Kantonsspital Aarau ab 1974

Präsident der Spitalleitung des Kantonsspitals Aarau 1978–1985

102 Publikationen aus dem Gesamtgebiet der Frauenheilkunde

Die Evolution des Menschen mit der Etablierung des aufrechten Ganges führte zur Schrägstellung des Beckens. Damit musste der Geburtskanal einen gebogenen Verlauf nehmen, man spricht vom Knie des Geburtskanals. Wir kennen den natürlichen Geburtsverlauf bei der Schädellage mit der geradezu eleganten Deflexionsbewegung des kindlichen Kopfes um die Symphyse herum, eben zur Überwindung des Knies des Geburtskanals. Seit es eine wissenschaftliche Geburtshilfe gibt, weiss man, dass 3–5% der Kinder aus Beckenendlage geboren werden.

Auch für die Beckenendlage gibt es einen natürlichen, d.h. unbeeinflussten Geburtsablauf. Grundsätzlich ist ein Verständnis für die Geburtsleitung und für die Regeln des operativen Vorgehens nur bei genauer Kenntnis des Geburtsmechanismus zu erwarten. Der Steiss tritt mit seinem grössten Durchmesser, der Hüftbreite, in einem schrägen Durchmesser ins kleine Becken ein und dreht sich beim Vorrücken durch den Geburtskanal so, dass im Beckenausgang die eine Hüfte nach vorne unter die Symphyse und die andere nach hinten über den Damm zu stehen kommt. Die vordere Hüfte wird zuerst sichtbar und bleibt dann stehen, während die hintere Hüfte den Damm vorwölbt und unter starker Lateralflexion der Wirbelsäule durchschneidet. Ist der Damm überwunden, streckt sich die seitlich abgeboogene Wirbelsäule wieder gerade, und dabei

dreht sich der Rücken nach vorne, weil einerseits die Schultern sich quer im Beckeneingang einstellen und weil andererseits sich die Wirbelsäule nach Geburt der Beine leichter nach hinten als zur Seite abbiegen lässt, denn die Schienung des Rumpfes durch die hochgeschlagenen Beine entfällt zu diesem Zeitpunkt. Steiss und schon geborener Rumpfteil sind in der Verlängerung der Führungslinie steil nach oben gerichtet. Der Durchtritt der Schulterbreite erfolgt im geraden Durchmesser, damit dreht der Rücken wieder zur Seite zurück. Der Kopf steht noch schräg. Geht die Geburt spontan weiter, wird die vordere, dann die hintere Schulter geboren. Der nachfolgende Kopf geht in Flexionshaltung durchs Becken. Das Hinterhaupt wendet sich nach vorne und bleibt am Unterrand der Symphyse angedrückt, bis Kinn, Gesicht und Stirne über den Damm hervorgetreten sind. Zweimal dreht der Rücken also ganz zur Seite hin, und zweimal dreht er ganz nach vorne zu.

Faszinierender als bei der Geburt aus Schädellage ist der Geburtsmechanismus bei der Beckenendlage, denn die Drehungen und Verbiegungen, die der Geburtskanal der Fruchtwalze in der Dynamik der Presswehen aufzwingt, laufen vor unseren Augen ab! Allerdings ist die Geburt aus Beckenendlage im Vergleich zur Schädellage mit einer höheren Komplikationsrate für das Kind behaftet. Und deshalb, das sei hier etwas

provokierend gesagt, hat man Massnahmen ersonnen, das Naturgegebene zu verändern, indem man unter forcierter Tokolyse und unter Anwendung manueller Kräfte die Fruchtwalze wendet oder zu wenden versucht, wohl wissend, dass diesem wider-natürlichen Tun auch erhebliche Gefahren innewohnen, denn man soll ja das Manöver nur in Bereitschaft zur notfallmässigen Schnittentbindung durchführen. Manchenorts gilt die Fruchtwalze mit dem Beckenende als vorangehendem Teil schlichtweg als eine Geburtsunmöglichkeit, und man erkennt in dieser Situation eine absolute Indikation zur Schnittentbindung. Gewiss mögen forensische Bedrohungen diese Taktik favorisieren.

All dies führt zur ernüchternden Feststellung, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen am Ende ihrer Ausbildung gar nicht mehr in der Lage sind, eine Beckenendlagegeburt zu leiten. Ganz kürzlich wurde dieser Sachverhalt in der amerikanischen Literatur diskutiert (1). Dabei haben die Autoren aus Atlanta im weiteren festgehalten, dass unsere Nachwuchsleute eigentlich nur noch gut in der Sectiotechnik trainiert seien. Es stellt sich die Frage, ob angesichts dieser Situation redlicherweise nicht auch der seit 1990 gültige Anforderungskatalog unseres Weiterbildungsprogrammes zur Erlangung des Spezialarzttitels FMH für die vaginalen geburtshilflichen Operationen wesentlich gekürzt werden soll, indem Beckenendlage, Extraktion und Wendung zu streichen wären.

Es drohte schon einmal eine solche Verarmung. Als in den 50er Jahren die Vacuumglocke eine weite Verbreitung fand, schien es, als ob die Vacuumextraktion die Zangenentbindung verdrängen würde. Die neue Technik wurde als wesentlich einfacher, leicht erlernbar und schonender für die Mutter gepriesen. Glücklicherweise waren noch genügend selbstbewusste Geburtshelfer im Amte, um darzutun, dass der wohlgekonnte Forcepseinsatz eben doch wesentlich mehr zu leisten vermag als der simple Zug an einer Vacuumglocke.

Wir sind an unserer Klinik der Meinung, es sei das Handwerkliche, das Operative, unseres Fachgebietes in differenzierter Weise zu pflegen und insbesondere auch weiterzugeben. Die Leitung von Beckenendlagegeburten erachten wir als zur Kernsubstanz des fachlichen Könnens eines Geburtshelfers gehörend. Was soll er denn nur machen, wenn er bar jeglicher Erfahrung und in Unkenntnis des physiologischen Geburtsverlaufes bei einer Beckenendlage einer Überraschungssi-

tuation gegenübersteht? Nicht so unrecht hatte Gerhard Martius, als er vor nicht allzu langer Zeit festhielt, wir würden in einer Zeit der geburtsmechanischen Ignoranz leben.

Bei der Beckenendlagegeburt streben wir die sogenannte Entwicklung nach Bracht an, d.h., wir ahmen soweit wie nur möglich den natürlichen Geburtsverlauf, wie wir ihn eben besprochen haben, nach. Es stellt sich allerdings die Frage, was denn eigentlich unter dem Bracht'schen Handgriff zu verstehen sei.

Im Mai 1938 hielt Bracht aus Berlin auf dem Internationalen Kongress in Amsterdam einen Vortrag und zeigte dazu auch einen Film über die Behandlung der Steisslage. Er postulierte, den physiologischen Ablauf der Beckenendlagegeburt nicht zu stören, sondern ihn vielmehr noch zu unterstützen. Bracht empfahl, die physiologische Lordose des Kindes beizubehalten und die, wie er sagte, «einem wunderbaren Mosaik gleich zusammengefügte Walzenform der Frucht einschliesslich aller Extremitäten fest zusammenzuhalten und ihr die ganz zweifellos intendierte Rotation um die Symphyse zu ermöglichen.» Für die zweite Phase des Geburtsablaufes, also nach der Geburt des Nabels, empfahl Bracht besonders für die erstgebärende Frau die Einleitung eines Chloroformrausches, wobei er gleichzeitig Oxytocin verabreichte – und jetzt wird es weniger schön, denn eine dritte Hand schliesslich hätte nun von aussen her, wie er schrieb, «nachzudrängen» (2).

Sein Gegner Thiessen aus Karlsruhe, und hier sei ihm beigepflichtet, sprach dann von der «geballten Faust», die von aussen auf den kindlichen Kopf zu drücken hätte (3). Von aussen einwirkende geballte Fäuste passen schlecht in unser heutiges Konzept der natürlichen Geburtshilfe!

Auch Thiessen hält sich an das Prinzip der möglichst getreuen Nachahmung der Spontangeburt. Und da kritisiert er richtigerweise Bracht, bei dem die Schultern im queren Durchmesser durch den längsovalen Beckenausgang zu treten haben, wo doch beim ungestörten Geburtsablauf der Rücken nach Austritt des Steisses nach vorne dreht, um dann wieder zur Seite zu rotieren zur Geburt der Schultern. Bracht, so Thiessen, würde also wie bei der Manualhilfe vorzeitig aktiv und unphysiologisch ins Geburtsgeschehen eingreifen. Deshalb auch der Faustdruck gegen den kindlichen Kopf von aussen.

Wichtiger als die Diskussion um den Austritt der Schultern scheint uns Thiessens Postulat

zu sein, die Geburt **einzeitig** oder **einphasig**, d.h. in einer einzigen Presswehe ablaufen zu lassen. Thiessen spricht vom «Herausleiten» ohne Narkose, um die volle Wehenkraft zu erhalten. Gerade diese Einzeitigkeit, die vollständige Geburt mit Austritt der Fruchtwalze in einer einzigen Wehe, ist ja auch heute unser Ziel! Sollen wir jetzt von «Bracht» sprechen oder von «Thiessen»? Eigentlich lieber von Thiessen.

Wir sind in unserem Fach weiter gekommen. Bracht und Thiessen durchliefen den Zenit ihres Lebens in den 30er Jahren. Uns steht heute eine recht leistungsfähige Hypoxie-diagnostik zur Verfügung, und das prospektive Denken dominiert unsere Entscheide.

Im Jahre 1984 erschien der umfassende und ausgewogene Bericht der von der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin eingesetzten Standardkommission «Beckenendlage» (4). Dieser Bericht darf auch heute noch als wegweisend betrachtet werden. Die wichtigsten Punkte für eine anvisierte vaginale Geburt sind der Ausschluss eines Missverhältnisses, eine lückenlose kardioto-kographische Überwachung, die grosszügige Indikation zur sekundären Sectio, wenn immer möglich die einzeitige Entwicklung und die Narkosebereitschaft. Nur schon diese wenigen Stichworte zeigen auf, dass heute wohl eher die vaginale Entwicklung als die Schnittentbindung in sorgfältiger Weise zu indizieren ist. Eine Schnittentbindung wird empfohlen bei Frühgeborenen (zwischen der 28.–34. Schwangerschaftswoche), bei Kindern über 3500 g, bei Vorliegen einer reinen Fusslage und bei irgendwelchen Zusatzrisiken.

Selbstverständlich hat eine umfassende Information der werdenden Mutter und ihres Partners möglichst frühzeitig zu erfolgen. Und hier hat es der Arzt in sehr vielen Fällen in der Hand, die Weichen zu stellen. Es wird wohl ein Leichtes sein, eine Frau zu einer Schnittentbindung zu bewegen – aber soll nur immer die Angst unsere Entscheidung bestimmen, und ist es am Ende nur die geburtsmechanische Ignoranz, von der Martius sprach, die in uns Angst aufkommen lässt? Wenn eine Frau durch ihren betreuenden Arzt auf die erheblichen Risiken einer Spontangeburt bei Beckenendlage hingewiesen wurde, haben wir in der Klinik in der Regel kaum mehr eine Chance, die Frau für eine Geburt per vias naturales umzustimmen. Gewiss gibt es seltenerweise auch Frauen, die uns dann sagen, sie hätten gar nicht gewusst, dass eine Geburt auf natürlichem Wege möglich wäre.

Zu dieser Information gehört als wichtiger Punkt, dass allenfalls noch sehr spät, z.B. wenn die Leitstelle schon auf Beckenboden steht, noch zur Sectio gewechselt werden muss, denn im Gegensatz zu früher verfügen wir heute über eine zuverlässige Überwachung des Kindes mittels Kardiotokographie. Hypoxie und Trauma, die beiden Faktoren, die sich unheilvoll in ihrer belastenden Auswirkung auf das Kind potenzieren, dürfen nicht zusammentreffen. Es darf kein falscher Ehrgeiz Platz greifen, bei einer aufziehenden Hypoxie nun doch noch die vaginale Entbindung durchzuziehen. Bei einer Schädel-lage wäre in analoger Situation die Zange gefragt, bei der Beckenendlage wäre das Analoge die Extraktion, und dieser Eingriff ist beim Einling obsolet. Zur späten Sectio wird man sich auch dann entscheiden, wenn die Mutter erschöpft ist und in der Schlussphase nicht mehr aktiv mitmachen kann.

Von grundlegender Bedeutung ist die Narkosebereitschaft. Die Mutter muss darum wissen. Das Anästhesieteam steht in der Schlussphase der Geburt am Kopfende des Gebärbettes bereit.

Unser eigenes Vorgehen (5) besteht darin, dass wir den Damm im Zuge der Presswehen möglichst weit dehnen lassen. Wir legen eine Pudendus- oder ausgedehnte Dammanästhesie an. Spätestens zu diesem Zeitpunkt erhält die gebärende Frau eine Oxytocin-Tropfinfusion. Spät, erst wenn wir erkennen, dass der Steiss jetzt durchschneiden würde, legen wir eine breite Episiotomie an. Nehmen wir die Entlastung des höchst angespannten Dammes im Anfluten der Wehe vor, stehen die Zeichen günstig für eine vollständige Geburt des Kindes in dieser letzten Presswehe. Wir halten dabei die Fruchtwalze in der von Bracht empfohlenen Weise. Grosszügig bedienen wir uns des Handgriffes nach Veit-Smellie. Jeder Druck von oben ist verboten.

Wenn die letzte Wehe die Fruchtwalze nur bis zum Angulus scapulae zur Geburt bringt, d.h., unten der Nabel geboren ist und damit die Nabelschnur komprimiert wird, ist es ratsam, die Narkose einzuleiten, um die Manualhilfe vorzunehmen. Was passiert denn in Narkose? Das Entscheidende ist wohl, dass die Beckenbodenmuskulatur erschlafft und der Weichteilwiderstand dahinfällt. Der Geburtshelfer macht nur zu oft den Fehler, dass er in seiner Nervosität mit dem Eingriff beginnt, bevor diese Relaxation erreicht ist. Dem Anästhesisten ist 30–40 Sekunden Zeit einzuräumen. Auch wenn am Ende gar nur die Entwicklung des Kopfes

Probleme macht, ist es wesentlich gescheiter, durch eine Narkose die Klemmwirkung der Levatoren auszuschalten, als mit geballter Faust von oben zu drücken.

Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, ob denn eine Beckenendlagegeburt per vias naturales an einer knapp ausgerüsteten Abteilung zu verantworten ist. Die Frage ist zu verneinen. Eine gewisse Zentralisation im Interesse aller Beteiligten muss gefordert werden. Die Sectiobereitschaft und das Stand-by eines kompetenten Narkoseteams sind heute Erfordernisse, ohne die es nicht geht.

Literatur

1. ELLER, D.P. AND VAN DORSTEN, J.P.:
Reply to Hannah, M.E. and Hannah, W.J.:
Feasibility of a randomized controlled trial of planned cesarean section versus planned vaginal delivery for breech presentation at term.
Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1393–1394
2. BRACHT, E.:
Zur Beckenendlage-Behandlung.
Geburtsh Frauenheilk 1965; 25: 635–637
3. THIESSEN, P.:
Die eigene Geburtsleitung bei Beckenendlage und ihr Gegensatz zur Schul- oder Lehrauffassung.
Geburtsh Frauenheilk 1964; 24: 661–682
4. BERG, D.:
Bericht der Standardkommission «Beckenendlage».
Geburtsh Frauenheilk 1984; 44: 406–408
5. STOLL, W.:
Operative Geburtshilfe heute. Eine Standortbestimmung.
gynäkol prax 1992; 16: 55–64



Zentralsekretariat Secrétariat central

Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22
Tel. 031/332 63 40 • Fax 031/332 76 19

Öffnungszeiten Heures d'ouverture:

Mo–Do/lu–je
9.00–11.00 und 14.00–16.00
Fr /ve 9.00–11.00

Humaner Umgang am Beginn des Lebens – Bericht einer Fachtagung

Nur eine Handvoll Leben – und doch ein ganzer Mensch

Von Monika Brechbühler

Monika Brechbühler ist langjährige Redaktorin der SBK-Zeitschrift «Krankenpflege».

«Ich habe ein Kind. Ich habe kein Kind. Es liegt am anderen Ende der Welt in einem durchsichtigen, dröhnenden kleinen Kasten, und ich habe es noch nie gesehen. Man sagt, es sei kräftig und es gehe ihm zunehmend besser. Ich misstrauere allem. Man belügt mich, damit ich nicht durchdrehe. Ich misstrauere meiner Hoffnung, die mich schon einmal betrogen hat»(1).

Man hat diese Risikoschwangere mit einer Sectio entbunden und das Kind sofort in die Neonatologie gebracht. Ein Schock für sie und ein Martyrium für das Frühgeborene. Damit so etwas möglichst nie mehr passiert, hat der Schweizer Hebammenverband SHV gemeinsam mit dem Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK am 20. und 21. September eine Fachtagung organisiert mit dem klaren Ziel, Pflegenden und Hebammen Wege aufzuzeigen, wie sie für einen «humanen Umgang am Beginn des Lebens» sorgen könnten.

«Muss denn die Lebensgeschichte mit einer Krankengeschichte beginnen?» fragt Verena Felder Berg, selbst Hebamme und Erwachsenenbildnerin. Sie befragte Kolleginnen, die vor 30 oder 40 Jahren praktizierten, wie sie denn mit Frühgeborenen umgegangen seien. Die Walliserin Adeline Favre, die von 1928 an rund 50 Jahren praktizierte, beschrieb in ihrem Alterswerk:

«Hermes Kind wurde zu früh geboren und wog kaum ein Kilo. Wir packten das Mädchen in Watte ein. Der Arzt ordnete eine Verlegung in die Säuglingsabteilung des Spitals an, wo das Zimmer geheizt war. Ich sagte zum Vater, den ich gut kannte: «Weisst du, ich glaube nicht, dass dein Töchterchen den Transport ins Spital überlebt, auch wenn wir es noch so gut einpacken». Der Vater teilte meine Meinung und war bereit, mit mir die Verantwortung zu tragen. Damals gab es noch keine Zentralheizung, man heizte mit Specksteinöfen. Wir verschafften uns einen Wandschirm und kauften ein Pfund Watte, in die wir das Kind einpackten. Umgeben

von Wärmeflaschen und einem elektrischen Heizkissen lag das Bébé neben dem Ofen hinter dem Wandschirm. Ich hatte einen Thermometer gekauft, und mit Wassergefässen, die wir auf den Ofen stellten, hielten wir die Luft ständig feucht. Ich fand winzige Puppen-Schoppenfläschchen, die wir mit Muttermilch füllten. Man musste die Milch entfetten, um Verdauungsstörungen zu vermeiden. Wir gaben sie dem Kind tropfenweise ein. Ich badete das Kind jeden Tag. Dem Badewasser fügte ich ölhaltige aromatische Kräuter bei. Aus der Kleinen wurde eine schöne Frau, die selber drei Kinder bekam.»

Wärme und Körperkontakt

Auch andere Berufskolleginnen ihrer Zeit pflegten einen vergleichbar natürlichen Umgang mit zu früh geborenen Kindern: Zum Beispiel die Appenzeller Hebamme Ottilia Grubenmann schrieb an Verena Felder auf deren entsprechende Frage:

«Das Beste für zu frühe Kinder ist Wärme, Wärme und noch einmal Wärme, verbunden mit Körperkontakt. Nach meiner Erfahrung spielt die Ernährung in den ersten Lebenstagen nicht eine so grosse Rolle, viel wichtiger ist die Ruhe und das menschliche Umsorgtsein. Wenn es nötig war, habe ich als Beleghebamme im Spital schwer darum gekämpft, zu früh geborene Kinder mit den Müttern (nach Hause) zu entlassen. Lieber ging ich jeden Tag hin zur Kontrolle und Unterstützung. Die künstliche Kindernahrung hat mich ja auch nie überzeugt. Sobald die Frau mit dem Kind zu Hause war, habe ich dafür gesorgt, dass das Kind Muttermilch bekam. Manchmal sahen die Kinder richtig gequält aus, die Fersen waren scheusslich zerstoichen und schmerzten die Kleinen noch wochenlang – das schrille plötzliche Schreien kommt nicht umsonst. Zuviel künstlicher Einsatz schafft auch behinderte Kinder.»