

Den Frauen bei der Geburt aus Beckenendlage wieder Optionen eröffnen

Autor(en): **Stadlmayr, Werner**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **113 (2015)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949590>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Den Frauen bei der Geburt aus Beckenendlage wieder Optionen eröffnen

Das kindliche Mortalitätsrisiko liegt statistisch bei einem vaginalen Geburtsversuch aus Beckenendlage (BEL) im niedrigen, einstelligen Promillebereich. Der Beratungsprozess mit den geburtshilflich Betreuenden soll den Frauen mit BEL eine Wahlfreiheit ermöglichen. Die gängige geburtshilfliche Sicht auf der Basis von geometrisch-anatomischen Modellen und populationsstatischen Vergleichen ist um ein Modell von Gebärdprozessen zu erweitern, bei dem unter anderem Kommunikation, Interaktion, Emotion und Rhythmizität beschreiben, wie gebärfördernd die inneren Passungsprozesse sind.

Dr. Werner Stadlmayr

Max Hirsch schrieb 1927*: «Die abdominelle Schnittentbindung ist dazu berufen, die operative Geburtshilfe aus der jahrzehntelangen Stagnation, in welche sie durch Festhalten an den vaginalen Operationsverfahren geraten ist, herauszuführen und den grössten Teil der 6000 Mütter und 90 000 Kinder zu retten, welche heute noch der vaginal-operativen Geburtshilfe jährlich zum Opfer fallen.» Auf der Basis des damit beschriebenen Grundgedankens stieg die Sectio-Rate bis heute auf über 30% (Schweiz 2012: 33,2%; Bundesamt für Statistik). Henning Schneider^[1], der emeritierte Lehrstuhlinhaber für Geburtshilfe der Universität Bern, fügte dem jedoch schon 1997 neue Überlegungen hinzu: «Die Bedeutung der Psyche in ihrer Beeinflussung somatischer Vorgänge und die Kommunikation des Individuums mit der unmittelbaren persönlichen Umgebung sowie mit der Gesellschaft als Ganzes muss für diagnostische, therapeutische und präventive Massnahmen berücksichtigt werden.» Und er ergänzt an anderer Stelle^[2]: «Es geht um die Stärkung von Aspekten der Betreuung und des geburtshilflichen Managements, durch die die Zahl von problemlosen Geburten bei intaktem Damm mit einem gesunden Baby erhöht werden kann.»

* Deutsches Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 35. Dieses Zitat ist Prof. Willy Stoll, ehemaliger Chefarzt Geburtshilfe, Kantonsspital Aarau, zu verdanken (unveröffentlichter Vortrag vom 6. November 2014 am Kantonsspital Aarau).

Vaginale Geburt nach Ablehnung der Sectio

Frau A., eine 27-jährige Erstgebärende, meldete sich in der 37/38. Schwangerschaftswoche (SSW) – nach bis anhin normaler Schwangerschaftsentwicklung – zur Geburtsbesprechung, weil sich ihr Kind in Steisslage befand. Sie wünschte einen vaginalen Geburtsversuch. Am Termin wurde ihr die primäre Sectio empfohlen, weil das geschätzte Kindsgewicht bei rund 4000 g lag. Sie wollte weiter abwarten, und da sich kein spontaner Geburtsbeginn einstellte, wurde ihr bei T+12 erneut die primäre Sectio empfohlen. Das biophysikalische Profil (Fruchtwasserindex, NS-Doppler) war normal. Sie lehnte erneut ab und meldete sich bei T+17 mit Geburtswehen. Die kindliche Befindlichkeit in der Kardiotokografie (CTG) war unauffällig.

Bei Eintritt wurde ihr erneut die Sectio empfohlen, die sie wiederum ablehnte. Diese Konstellation – Empfehlung der Sectio und Ablehnung durch die Gebärende – wiederholte sich in mehrstündigem Abstand bis zu einer Muttermunderöffnung von 7 bis 8 cm nach rund zwölfstündiger Eröffnungsperiode: Erneut lehnte sie die dringend empfohlene Sectio ab. Sie selbst fühlte sich zu diesem Zeitpunkt so wohl, dass sie noch spazieren gehen wollte. Sie kam mit den Wehen, die im Abstand von 5 bis 8 Minuten auftraten, atmend sehr gut zurecht, und ihr Kind zeigte weiterhin im CTG keinerlei Auffälligkeiten. Nach weiteren vier Stunden war der Muttermund vollständig eröffnet. Im Verlauf der knapp dreistündigen Austreibungsperiode kam es – mit sekundärer Wehenunterstützung durch Oxytocin sowie nach Setzen einer mediolateralen Episiotomie – zur vaginalen Geburt mit Hilfe einer problemlosen klassischen Armlösung sowie Unterstützung der Kopfentwicklung nach Veit-Smellie. Das Kind adaptierte primär gut: Apgar 2/8/9, art. NS-pH 7:20 (Geburtsgewicht 4000 g).

Gebärende als «offenes und geschlossenes System»

Dieses Fallbeispiel soll auf zwei Grundansätze unseres geburtshilflichen Denkens hinweisen (siehe Abbildung 1 unter www.hebamme.ch > Aktuelles): 1. Beobachten und Eingriff in das (offene) System gebärende Frau, und 2. Kommunikation und Unterstützung der Selbstorganisation des (geschlossenen) Systems gebärende Frau. Die geburtshilflich Betreuenden können die Schwangere und Gebärende wie ein «offenes System»^[3] (von Uexküll/Wesiack 1998) behandeln, etwa wie ein Uhrmacher das Uhrwerk öffnen und die defekten Teile erkennen und reparieren kann. In einem offenen System sind die Zusammenhänge kausalmechanisch und linear, das heisst berechenbar: Wenn ich A mache, geschieht immer B. Idealtypischerweise kommt aus der Perspektive des offenen Systems jeder Beobachtende zur selben objektiven Befunderhebung. Im Austausch mit der Gebärenden genügt hier eine Beobachtungspartnerschaft, in der die individuelle Persönlichkeit der/des Betreuenden – und des/r Betreuten! – in ihrer Subjektivität unbedeutend ist. Die gruppenstatistische Analyse sind hier beispielsweise Mittelwertvergleiche, etwa der Vergleich der Kindersterblichkeit bei Beckenendlage (BEL) zwischen der Gruppe mit einer vaginalen Geburt und der Gruppe mit einem Kaiserschnitt.

Wer profitiert von einer primären Sectio bei BEL?

Im klinischen Alltag entstehen so Handlungsanweisungen nach der – etwas salopp ausgedrückt – Rasenmäher- oder Giesskannenmethode: Alle Frauen/Kinder mit einem bestimmten Risikomerkmahl erhalten dieselbe Massnahme, obwohl nur ein geringer Teil der Frauen/Kinder mit dem Merkmal davon profitieren wird. Stillschweigend wird dabei davon ausgegangen, dass das Verpassen einer vaginalen Geburt durch den Kaiserschnitt kein Schaden sei. Dass darüber hinaus ein Kaiserschnitt durchaus – jenseits des Vorenthaltens einer vaginalen Geburt – weitere schädliche Folgen für die Mutter haben kann, ist zudem in den bisherigen Betrachtungen noch nicht mit eingeflossen: Da von einem primären Kaiserschnitt bei BEL nur sehr wenige Kinder profitieren, ist es höchst wahrscheinlich, dass von den Folgen des für die meisten Frauen unnötigen Kaiserschnitts vor allem Frauen betroffen sind, deren Kinder nicht von einem Kaiserschnitt im Sinne des Überlebens profitiert haben. Hier zeigt sich eine ethische Dimension, die in den Diskussionen im Kollegium und mit den betroffenen Frauen und Paaren kaum beachtet wird.

Beziehungspartnerschaft mit der Gebärenden

Der Argumentation von Hirsch steht die Vorstellung von Schneider gegenüber, der mit seiner Argumentation für das Psychische und die Kommunikation auf eine Perspektive hinweist, bei der die Schwangere durch ihr Erleben, dessen Auswirkung auf die biologischen Vorgänge sowie dessen Gestaltung durch die Interaktion mit der Umwelt beschrieben wird. Die Gebärende bleibt für die geburtshilflich Betreuenden ein geschlossenes System, dessen innere Prozesse für den Beobachter nicht vorhersehbar sind: Er muss in einem kommunikativen Prozess (verbal oder non-verbal) eine Vorstellung entwickeln, wie die aktuelle Situation ist. Idealtypischerweise entsteht dadurch



Dr. Grégoire Théry
Gynäkologie und Geburtshilfe, Maternité du Léman,
Thonon-les-Bains (F)

Liebe Leserin, lieber Leser

Ein fiktives Gespräch zwischen Arzt und Patientin.

Patientin: «Mein Kind ist in der Steisslage! Werde ich trotzdem natürlich gebären können?»

Arzt: «Das könnte ein bisschen schwierig sein, da gibt es viele Sicherheitsrisiken zu beachten. Und für die Organisation innerhalb des Teams und je nach Fähigkeiten der verschiedenen Geburtshelferinnen und -helfer ist es besser, einen Kaiserschnitt zu machen.»

«Ich habe aber im Internet gelesen, dass es für die Gesundheit des Kindes keinen Unterschied macht, ob es mit einem Kaiserschnitt oder auf dem normalen Weg zur Welt kommt. Ich sollte doch entscheiden dürfen.»

«Ja, da haben Sie recht.»

«Weshalb möchten Sie mir den Bauch aufschneiden? Wenn Sie die Kontrollen durchgeführt haben, die möglich sind, wenn es mein Wunsch ist und wenn keine zusätzlichen Risiken bestehen?»

«Das stimmt schon, doch die Kinder in der Steisslage werden schon seit einiger Zeit mit einem Kaiserschnitt geboren, was dazu geführt hat, dass die Geburtshelferteams keine Erfahrung mehr haben. Ursprünglich machte man bei Kindern in der Steisslage einen Kaiserschnitt, weil er als sicherer galt. Die natürliche Geburt ist weniger kontrollierbar, und ein Kaiserschnitt ist einfacher zu organisieren.»

«Was befürchten Sie denn? Was gibt es überhaupt zu organisieren? Ich möchte selber entscheiden, und ich weiss um die Risiken und Unsicherheiten. Wenn es aus medizinischer Sicht nicht riskanter ist, dann muss ich davon ausgehen, dass Sie mir misstrauen.»

«Ich verstehe Sie, aber eine Geburt, wie Sie sie sich wünschen, wird nicht möglich sein. Das Team wird sich unsicher fühlen.»

«Ihre Entscheide beruhen offenbar auf Kriterien, die nicht ganz rational sind. Das passt mir nicht, doch ich bin froh, dass Sie ehrlich sind und Ihre – menschlichen – Zweifel und Unsicherheiten äussern.»

Herzlich, Dr. Grégoire Théry

eine (subjektive) gemeinsame Wirklichkeit zwischen den Betreuenden und der Gebärenden. Die Zusammenhänge sind nun nicht mehr kausalmechanisch und linear, sondern basieren auf subjektiven Bedeutungen, auf welche die geburtshilflich Tätigen kommunikativ Einfluss nehmen können. In so einer Perspektive sind die Schlüsselphänomene und -begriffe nun Emotion, soziale Interaktion, körpernahes Selbsterleben, Rhythmisität und andere.

All diesen Phänomenen ist zu Eigen, dass sie nicht unmittelbar beobachtbar, sondern nur erfahrbar beziehungsweise nur indirekt erschliessbar sind, weshalb man sich mit der Gebärenden in eine Beziehungspartnerschaft begeben muss. Die Persönlichkeit, die subjektiven Wahrnehmungen sowie die Einstellungen der einzelnen Individuen sind hier von entscheidender Wichtigkeit: Beide sind nicht durch einen allgemeinen Arzt/eine Hebamme und eine allgemeine Schwangere ersetzbar. Aus der Perspektive des geschlossenen Systems gilt es zu versuchen, mittels beziehungsbasierter Interaktion mit der Gebärenden deren Selbstregulation durch innere Passungsvorgänge zu unterstützen. Es werden Umgebungsbedingungen (Raum, Stimmung, Interaktion usw.) geschaffen mit dem Ziel, auf diese Weise eine psycho-physische Gestimmtheit im System gebärende Frau zu fördern oder anzuregen. Eine limitierende Grösse ist aus dieser Perspektive – neben der Bereitschaft der Betreuenden, sich auf solche eine «Anregungsarbeit» einzulassen – die Fähigkeit des Systems gebärende Frau, in der zur Verfügung stehenden Zeit «anregbar» zu sein. Lebensgeschichtliche Prozesse können dazu führen, dass diese Anregbarkeit nicht oder nur unzureichend zur Verfügung steht.

.....
Autor



Werner Stadlmayr Dr. med., Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, arbeitet seit 2014 an der Abteilung für Geburtshilfe und Perinatalmedizin des Kantonspitals Aarau als Leitender Arzt. An der Geburtshilfeabteilung des Spitals Riggisberg (BE) war er von 2008 bis 2011 als Leitender Arzt und bis 2013 als Co-Chefarzt/Chefarzt tätig. Er absolvierte verschiedene psychotherapeutische Ausbildungen, unter anderem mit psychoanalytischem und körperpsychotherapeutischem Schwerpunkt.
werner.stadlmayr@ksa.ch
www.ksa.ch

Präpartale Beckenmessungen helfen nur bedingt

Warum dies von Bedeutung ist, verdeutlichen zwei Kurzvignetten.

Vignette A: Vor ungefähr zwölf Monaten kam eine knapp 30-jährige erstgebärende Frau in meine Sprechstunde zur Beratung vor der Geburt. In ihrer Familie würden alle Frauen einen Kaiserschnitt brauchen, und sie befürchte, dass sie familiär bedingt ein enges Becken habe. Sie selbst war eine normal gewachsene Frau, und ihr Kind wuchs sonographisch ungefähr auf der 30. Perzentile. Die von ihr dringend gewünschte, anschliessende MRI-Untersuchung ergab normale Beckenmasse. Als sie einige Wochen später nach spontanem Wehenbeginn zur Geburt kam, hatte sie einen mehrstündigen Geburtsstillstand in der zweiten Hälfte der Eröffnungsphase, und es kam schliesslich zu einer sekundären Sectio.

Vignette B: Vor ungefähr sechs Monaten kam eine zweitgebärende Frau in der ca. 30. SSW in meine Sprechstunde, die bei der ersten Geburt einen Kaiserschnitt bei vollständig eröffnetem Muttermund und einem Kindsgewicht von ungefähr 3600 g erhalten hatte. Wir führten psychosomatisch orientierte Beratungsgespräche durch. In ihr und ihrem Partner reifte der Wunsch, einen vaginalen Geburtsversuch zu unternehmen. Der Outcome war beeindruckend: Sie gebar ihr zweites Kind, das über 4100 g wog – also 500 g mehr als das Erste, bei dem es zum Geburtsstillstand gekommen war – spontan.

Beide Einzelfälle bestätigen das Ergebnis einer Untersuchung von Spörrli^[4], der zeigte, dass präpartale Beckenmessungen nicht helfen, den Geburtsverlauf vorherzusehen und dass demzufolge die alleinige Anwendung des geometrisch-anatomischen Modells obsolet ist. Um die Passungsprozesse zwischen dem mütterlichen Becken und dem kindlichen Köpfchen (dem sogenannten pelvic molding nach Russell^[5]) zu verstehen und womöglich positiv beeinflussen zu können, braucht es den Zugang auf der Basis des geschlossenen Systems. Diese Passungsprozesse gelingen in einer bestimmten, gebärimmanenten psycho-physischen Gestimmtheit.

Die Orientierung von aussen nach innen

Zu Aspekten einer gebärförderlichen Gestimmtheit, die sich vor allem über qualitative Phänomene und nur indirekt über beobachtbare Aspekte des menschlichen Körpers erfassen lässt, wurde bisher nur wenig systematisch geforscht. Eine der frühesten Arbeiten hierzu stammt von Klaus^[6] und beschreibt die Bedeutung der Beziehung während der Geburt als Parameter, der mit weniger komplizierten Geburten assoziiert ist. In einer eigenen Arbeit^[7] konnten wir an 73 Gebärenden zeigen, dass Frauen, die während des Gebärprozesses in eine bestimmte Gestimmtheit kamen, die wir als Orientierung nach innen (englisch Intranatal Inward Orientation, IIO) bezeichnen, überzufällig häufig komplikationslose Geburtsverläufe hatten; dieses Ergebnis war unabhängig vom Geburtsgewicht des Kindes.

Was bedeutet das Gesagte im Hinblick auf das erste Beispiel von Frau A.? Das geburtshilfliche Betreuungssystem hat die Schwangere überwiegend aus der Sicht des offenen Systems gesehen: Das grosse Kind und die Steisslage sind geometrisch-anatomisch gesehen ein Risikomerkmal, auf welches das betreuende System mit der Antwort

Kaiserschnitt reagierte, weil in der Gruppe von Frauen mit BEL-Kindern mehr Kinder als in der Gruppe mit Kopflagenkindern starben. Aspekte auf der Basis des Modells vom geschlossenen System fanden zur Erarbeitung eines differential-therapeutischen Vorgehens keinen Eingang. Hierbei wären verschiedene Aspekte der Gestimmtheit des Systems gebärende Frau wichtig gewesen, zum Beispiel die gute Beziehung der Schwangeren zu ihrem Körper, das emotionale Integrieren ihres Kindes sowie die stabile und emotionale Partnerschaft. Unter der Geburt wären die souveräne Verarbeitung der Wehen sowie die langsame, aber stetige Muttermündseröffnung – als Ausdruck der gelingenden inneren Selbstregulation – mehr betont worden.

Ein Blick auf die letzten Jahrzehnte

Die kurz skizzierte Perspektive der Gebärenden als offenes System ist die unser medizinisch-geburtshilfliches Betreuungssystem dominierende Sichtweise. Im Folgenden soll sie in der Entwicklung der Sectio als primärer Geburtsmodus bei BEL beleuchtet werden.

Kubli (zitiert nach Ludwig^[8]), der Schweizer Lehrstuhlinhaber für Geburtshilfe an der Universität Heidelberg, formulierte 1975 die Hypothese, dass eine BEL immer per Sectio entbunden werden sollte. Allerdings konnten er und sein Team in Nachuntersuchungen zwei Jahre postpartal (nach Kaiserschnitt oder vaginaler Geburt aus BEL) keinen Unterschied im neurologischen Outcome der Kinder finden. 1993 unterstützte dann die Metaanalyse von Studien der Jahre 1966 bis 1992 durch Cheng und Hannah^[9] dieselbe Hypothese: Zum definitiven Beweis seien allerdings prospektive, wenn möglich randomisierte Studien nötig. 2000 zog Husslein^[10], der Wiener Lehrstuhlinhaber für Gynäkologie und Geburtshilfe, auf der Basis der klinischen Fortschritte beim Kaiserschnitt (siehe zum Beispiel Huch^[11]) den Schluss, dass die BEL «ein gelöstes Problem» sei, weil – sinngemäss – die geringe Komplikationsrate der Sectio für die Mutter das Risiko der vaginalen Geburt für das Kind nicht mehr rechtfertige.

Die Hannah-Studie und ihre Kritiker

Hannah^[12] veröffentlichte 2000 ihre bekannte Studie «The Term Breech Trial», in der randomisiert Frauen mit Kinder in BEL den Zweigen vaginale Geburt oder Sectio zugeteilt wurden. Da in ersterem Kinder starben, wurde die Studie mit der Feststellung beendet, dass «Kinder bei der vaginalen Geburt aus BEL – im Gegensatz zu den per Sectio geborenen Kindern – sterben können». In einer Nachuntersuchung derselben Studienpopulation (Whyte^[13]) zur unmittelbar postpartalen Belastetheit der neugeborenen Kinder und zu deren neuromotorischem Outcome nach zwei Jahren zeigte sich 2004, dass a) die Kinder nach vaginaler Geburt signifikant gestresster waren, operationalisiert am Nabelschnur-pH und Apgar-Wert, dass sich jedoch b) die Kinder beider Gruppen nach zwei Jahren nicht signifikant im neuromotorischen Outcome unterschieden.

Der Studienansatz von Hannah^[12] wurde verschiedentlich einer fundamentalen Kritik unterzogen (Kotaska^[14], Glezermann^[15], siehe auch auf Deutsch: Krause^[16]) mit der Schlussfolgerung, dass die Studie aufgrund ihrer Mängel zurückgezogen werden sollte. Goffinet^[17] und Hopkins^[18] ziehen in den folgenden Jahren aus eigenen Untersuchungen sinngemäss die Schlussfolgerung, dass – in Abhängigkeit von klinischer Erfahrung der geburtshilflichen Teams und basierend auf guter Selektion der geeigneten Schwangeren – der vaginale Geburtsversuch bei BEL eine valable Option sei. Diese Befunde bestätigten die von Feige und Krause^[19] schon 1998 dargelegten Ergebnisse.

Ethische Problematik bleibt bestehen

Die Diskussion um den Geburtsmodus bei BEL ging nun in die nächste Runde. So veröffentlichte Vlemmix^[20] im Jahr 2014 eine Auswertung der Jahre 1999 bis 2007 aus den Niederlanden von insgesamt über 50 000 Frauen mit einer BEL am Termin. Die Autoren errechneten 1,7 verstorbene Kinder auf 1000 vaginale BEL-Geburten im Vergleich zu 0 verstorbenen Kindern bei einer Sectio im Zusammenhang mit einer BEL. Die eingangs skizzierte ethische Problematik tritt erneut auf: Demzufolge gehen bei der vaginalen BEL-Geburt mehr als 998 Geburten ohne kindliches Versterben vonstatten, und genau diese 998 Frauen erhalten einen Kaiserschnitt mit all seinen Risiken, ohne einen Vorteil für das Überleben ihres Kindes zu generieren.

Und erneut ist es eine Frage der Sichtweise der Befürworter und Gegner des vaginalen Geburtsversuchs bei BEL^[21]: So streichen die einen den statistischen Unterschied der beiden Gruppen in der Holland-Studie heraus und kommentieren «Offenbar ist es nach wie vor weitaus sicherer für Kinder in BEL, per Kaiserschnitt zur Welt zu kommen», während andere auf die in dieser Studienpopulation ungenügende Vorselektion der Schwangeren und ihrer ungeborenen Kinder für eine vaginale Geburt aus BEL hinweisen. Zeitgleich warnten 2014 der American Congress of Obstetricians and Gynecologists gemeinsam mit der Society for Maternal-Fetal Medicine (ACOG/SMFM^[22,23]) in einem Leitlinienpapier davor, die Folgen einer Sectio für die Mütter zu unterschätzen, und kamen zum Schluss, dass die Mütter nach Kaiserschnitten «zwei bis drei Mal so viele schwerwiegende bis tödliche Komplikationen erleiden wie Mütter nach einer vaginalen Geburt».

In Bezug auf die Geburt bei BEL bleibt das ACOG/SMFM-Papier allerdings ambivalent: Die vaginale Geburt bei BEL müsse von der Information, dass Kinder dabei sterben könnten, begleitet werden. Das ist zwar richtig, aber insofern diskussionswürdig, als dass dieses Statement auf vaginale Geburten generell zutrifft und insbesondere auf vaginale Geburten in komplexen geburtshilflichen Situationen – wie zum Beispiel, wenn eine Schwangere schon einmal einen Kaiserschnitt gehabt hat, bei Zwillingsgeburten oder bei grossen Kindern – und ebenso auf die Mutter beim Kaiserschnitt als Geburtsmodus. Warum die BEL hier informationstechnisch gesondert behandelt werden soll, bleibt rätselhaft.

Haltungaspekte von Gebärenden und Betreuenden

Was in der dargestellten Diskussion gar keine Erwähnung findet, ist die Bedeutung des Gebärens für die Frau und des Geborenwerdens für das Kind. Diese Bedeutung kann ihrem ganzen Wesen nach ausschliesslich nur subjektiv sein: Der Gebärdprozess ist Selbsterfahrung in einem ganz ursprünglichen Sinn. Wenn wir der Überzeugung sind, dass der Gebärdprozess und der Prozess des Geborenwerdens – auch und gerade in seinen Aspekten der Ausgeliefertheit – für Mutter und Kind sinnvoll ist, dann ist es unsere Aufgabe, diese existentielle Erfahrung so zu begleiten, dass sie überhaupt stattfinden kann. Das bedeutet, dass wir nach Möglichkeiten suchen, den natürlichen Geburtsprozess, wo immer möglich, zuzulassen. Gleichzeitig soll den lebens- und gebärdimmanenten Risiken mit Augenmass begegnet werden, immer wissend, dass es bei der vaginalen Geburt oder beim Kaiserschnitt kein Nullrisiko gibt. Dabei gilt unser Augenmerk sowohl der somatischen Morbidität und Mortalität als auch der psychischen Traumatisierung, aber ebenfalls dem Ziel, die enorme potenzielle Glückserfahrung nicht zu verhindern.

Wie ist die Haltung der Gebärenden und im Weiteren auch der geburtshilflich Betreuenden zu beschreiben? Ich schlage dafür die folgenden drei Kriterien für die Schwangere und in leicht abgewandelter Form für die geburtshilflich Betreuenden vor, deren Endpunkte wie eine Linie verstanden werden sollten, auf der man eine Einordnung vornehmen kann (siehe Abbildung 2 unter www.hebamme.ch > Aktuelles):

- **Kriterium 1** «Geburt organisieren versus Geburt als Prozess verstehen»: Will die Schwangere/das geburtshilfliche Team die Geburt eher organisieren oder sich auf einen Prozess einlassen? Insbesondere das geburtshilfliche Team muss sich fragen, ob es sich authentisch auf den Prozess der Gebärenden und ihres Kindes einlassen will/kann oder ob es nicht bereit ist, die immensen Nachteile/Bedrohungen/Belastungen auszuhalten, die eine vaginale Geburt in organisatorischer, finanzieller, psychischer und juristischer Hinsicht bedeuten kann.
- **Kriterium 2** «Sinnhaftigkeit des Gebärens»: Ist Gebären als Prozess sinnlos/bestenfalls nicht destruktiv oder ist er für die Gebärende/ihr Kind und ihrer beider Beziehung/ihre Familie und Partnerschaft (trotz Mühsal/Verletzung/Komplikation) sinnvoll?
- **Kriterium 3** «Vermeiden versus Begegnen»: Will die Schwangere ihre Sorgen/Nöte/Ängste zur Geburt und zum Gebärdprozess eher vermeiden oder sich mit ihnen auseinandersetzen/sie aushalten? Will das Team der Schwangeren eher helfen, ihre Sorgen/Nöte/Ängste zur Geburt und zum Gebärdprozess zu vermeiden oder ihr eher helfen, sich mit diesen auseinanderzusetzen/sie auszuhalten?

Beraten bei Wunsch nach vaginaler Geburt aus BEL

Wenn ein geburtshilfliches Team für sich zur Überzeugung kommt, dass es authentisch Hilfe beim vaginalen Geburtsversuch aus BEL anbieten will und kann, ist folgendes Beratungsvorgehen sinnvoll.

Die Steisslagegeburt – auch in ihren Komplikationsmöglichkeiten – ist nicht gänzlich anders als die Kopflagegeburt. Bei beiden kindlichen Lagen kann es zum Horrorszenerario kommen: dem Nichtfolgen des nachfolgenden Teils (Kopf- beziehungsweise Schulterdystokie). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Nabelschnur bei der Geburt aus BEL nach Geburt des Rumpfes meist komprimiert wird. Daraus leitet sich die klinische Überlegung ab, dass, wenn es zur letzten Geburtsphase kommt, das Kind «zwei bis drei Wehen lang tauchen» können sollte. Aus diesem Grund sollte das Kind für diese Geburtsart keine Vorschwächung haben, weder im Verlauf der Schwangerschaft (zum Beispiel Schwangerschaftsdiabetes) noch im Verlauf der Muttermunderöffnung (zum Beispiel länger andauernde suspekter Herzkurve). Die klinische Erfahrung zeigt, dass auch diese letzte Phase der Geburt problemlos geht, wenn die vorangehende Geburtsphase flüssig ablief. Flüssig muss jedoch immer im Kontext der Gebärenden verstanden werden: Eine langsame Eröffnungsperiode und eine gut dreistündige Austreibungsperiode kann bei einer erstgebärenden Frau mit gross geschätztem Kind absolut adäquat sein! Eigenen Erfahrungen nach liegt bei erstgebärenden Frauen die Erfolgsquote der vaginalen Geburt bei 70% und bei mehrgebärenden Frauen bei über 95%. Bezogen auf Erst- und Mehrgebärende zusammen nennt zum Beispiel Louwen eine Sectio-Rate von 25%^[21], und die Universitätsfrauenklinik Eppendorf (Hamburg, Deutschland: Aufklärungsblatt für werdende Eltern, Herbst 2014) gibt eine Sectio-Rate von knapp unter 20% an.

Das Todesrisiko für Mutter und Kind bei der vaginalen Geburt aus BEL bewegt sich im niedrigen einstelligen Promillebereich. Die genannten statistischen Zahlen können zwar gruppenstatistisch bei grossen Populationen als signifikant unterschiedlich beschrieben werden, helfen jedoch einem Individuum – aufgrund ihrer Kleinheit – nicht mehr, sich dieses Risiko vorzustellen. Dazu kommt, dass in diesen Risikostatistiken die Bedeutung der vaginalen Geburtserfahrung für Mutter und Kind keinen Niederschlag findet. Die genannten Studien von Hannah^[12] und Vlemmix^[20], ebenso wie die Kritik an denselben, sollten in Beratungsgesprächen erwähnt werden. Des Weiteren sollte im Zusammenhang mit der zwei bis drei Mal so hohen mütterlichen Mortalität bei Sectio im Vergleich zur vaginalen Geburt auf die Befunde und Empfehlungen der ACOG/SMFM^[22,23] hingewiesen werden. Wie Whyte^[13] zeigte, sind Kinder nach einer vaginalen BEL-Geburt zu Beginn etwas gestresster als Kinder nach einem Kaiserschnitt. Dies hat jedoch laut derselben Studie keine Auswirkungen auf die neuromotorische Entwicklung der Kinder im Alter von zwei Jahren.

Das Problem der statistischen Berechnung und deren Interpretation ist, dass das unwahrscheinliche Ereignis jederzeit eintreten kann, auch wenn seine Wahrscheinlichkeit bei unter 1:1 Million liegen sollte. Auf die vaginale Geburt wie die Sectio gleichermaßen angewendet, bedeutet dies: Auch die unwahrscheinliche tödliche Lungenembolie der Frau bei Sectio kann schon heute eintreten. Es ist also vielmehr Ausdruck des persönlichen Temperaments sowie von Haltungen und Werten, die einem Menschen den Mut geben oder die Hoffnung nehmen, sich vorzustellen, bei der Geburt zu der einen oder der anderen Gruppe zu gehören.

Die Schwangere soll dem eigenen Prozess folgen

Um bei so einer Sachlage, bei der es um sehr ernsthafte, aber sehr seltene Risiken geht, eine Entscheidung zu finden, muss die Schwangere – oft am besten mit ihrem Partner zusammen – in sich hinein hören. Sie sollte von dem primären Angebot der geplanten Sectio nur abweichen, wenn sie bei diesem inneren Dialog den Wunsch nach einem vaginalen Geburtsversuch verspürt. Sie soll in diesem – idealerweise mehrwöchigen – Prozess auch auf ihre Entspannung/Anspannung sowie auf Träume achten, um so zu erkennen, ob sie sich auf dem für sie richtigen Weg befindet. Falls sich im Paar eine Pattsituation entwickelt – die Frau eher für den vaginalen Geburtsversuch, der Mann eher für die geplante Sectio –, lohnt es sich, jeden der beiden Partner als wichtigen Repräsentanten im Paar für die beiden Optionen ausführlich seine Gefühle und Überlegungen ausdrücken zu lassen. Es gilt hier, die Pattsituation eine Weile auszuhalten, indem die Sorgen und Nöte des Mannes gewürdigt sowie der Wunsch der Frau nach einer vaginalen Geburt und ihr damit einhergehendes Kompetenzgefühl positiv konnotiert werden. So wird beiden Partnern in diesem Paarprozess derselbe Respekt entgegengebracht.

Ein weiterer Aspekt ist die Vorbereitung auf den Fall einer sekundären Sectio, sodass sich, falls diese eintritt, nicht (nur) ein Gefühl von Niederlage breit macht. Der authentisch unternommene Versuch zur vaginalen Geburt soll im Zentrum stehen, und ein Gefühl der Selbststärkung soll nicht nur aus dem Gelingen der vaginalen Geburt, sondern aus dem Sicheinlassen in den Gebärprozess erfolgen.

Bedeutung der Wahlmöglichkeit für die Eltern

Im Dezember letzten Jahres waren drei erstgebärende Frauen mit Kindern in Steisslage gekommen: Die erste hatte eine nicht gelungene Wendung und gebar nach einer Einleitung bei T+12 problemlos ihr Kind aus Steisslage. Die zweite wünschte keinen Wendungsversuch, kam bei T+9 mit spontanen Wehen und hatte schon früh in der Eröffnungsperiode ein suspektes CTG mit grünem Fruchtwasser. Bei Muttermunderöffnung von 9 cm kam es wegen suspektem bis pathologischem CTG und Nichttiefertreten des Steisses zur sekundären Sectio. Die dritte Frau wünschte eine äussere Wendung, und als diese nicht gelang, entschloss sie sich zur primär geplanten Sectio.

Diese drei Situationen sollen aufzeigen, dass es bei dem hier vorgestellten Konzept zum Prozedere bei BEL darum geht, den Frauen wieder Optionen zu eröffnen – Optionen, die sie selbst stark mitgestaltet haben. Es ist meine Erfahrung, dass es diese Beteiligung am Prozess ist, die Frauen auch beim Umstellen auf eine sekundäre Sectio oder beim Planen der primären Sectio ein Gefühl der Zufriedenheit gibt.

Literatur

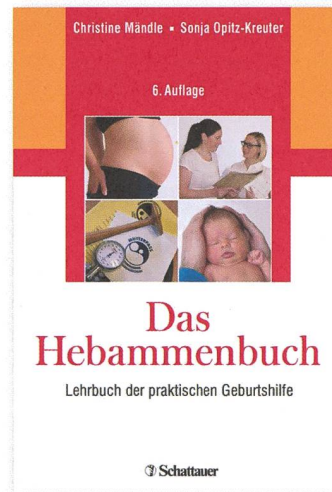
Die vollständige Literaturliste kann zusammen mit zwei Abbildungen heruntergeladen werden unter www.hebamme.ch Aktuelles

Literaturtipps der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Hebammen, zusammengestellt von Cynthia Meili-Hauser, Dozentin und Co-Leiterin Kompetenzgruppe Skills am Bachelorstudiengang Hebamme

Opitz-Kreuter S, Rakos E (2015)

Regelwidriger Geburtsmechanismus

In: Mändle C, Opitz-Kreuter S: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart: Schattauer



In der neu überarbeiteten 6. Auflage des Hebammenbuches beschreiben die Autorinnen die wesentlichen Grundlagen zu Einteilung, Formen, Diagnostik, Geburtsmodus und Management der Beckenendlage (BEL). Auch sie weisen auf die unter anderem in Folge der Hannah-Studie (Term Breech Trial, Hannah et al.) stetig ansteigende Rate von primären Kaiserschnitten hin, obwohl in Folgestudien keine signifikante erhöhte Morbidität und Mortalität des Kindes nach vaginaler Geburt aus BEL nachgewiesen werden konnte. Sie integrieren kurz die Möglichkeiten und Voraussetzungen zur manuellen äusseren Wendung und erklären sehr geradlinig einige nicht invasive komplementäre Methoden zur Wendung des Kindes. Der Leitung und des Managements der vaginalen Geburt aus BEL widmen sich die Autorinnen genauso ausführlich wie der bebilderten Beschreibung der verschiedenen Manualhilfen und Armlösungen. Leider verfügt die neue Auflage in diesem Kapitel nicht über neues Bildmaterial. Neu hinzugekommen ist der Hinweis auf die Bedeutung von regelmässigem Simulationstraining, um die Überprüfung der Situation aller Beteiligten und die Manöver sowie die Handgriffe im Notfall wirklich zu beherrschen.

Harder U, Rockel-Loenhoff A (2013)

Beckenendlage

In: Stiefel A, Geist C, Harder U (Hrsg.): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, 445–455. Stuttgart: Hippokrates

Im Kapitel über die BEL geben die Autorinnen eine anschauliche Übersicht über deren Einteilung und Formen, die verschiedenen Geburtsmodi sowie die veränderte Geburtsmechanik und die Geburtsleitung bei der spontanen Geburt aus BEL. Sie thematisieren die Rolle der Hebamme bei der Beratung und Information der Schwangeren bezüglich der Wahl und Indikation des Geburtsmodus. Die Beratung und Anleitung der Frauen bezüglich alternativer Wendungsmethoden wird in anderen Kapiteln des Buches beschrieben. Die üblichen Handgriffe zur Kopfentwicklung und die Manualhilfen sind bebildert und verständlich erklärt. Die Bedeutung der aufrechten Gebärlagen und des Vierfüßlerstandes als komplikationsarme und physiologischste Gebärlagen werden zwar erwähnt, leider aber nicht bebildert dargestellt.

Feige A, Krause M (2011)

Beckenendlage

In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.): Die Geburtshilfe. 4. Auflage, 942–958. Berlin, Heidelberg: Springer

Die Autoren beschreiben ausführlich allgemeine Grundlagen rund um die Entstehung, Formen, Prädispositionen und Diagnostik der BEL. Eine Schlüsselposition wird bei der Planung des Geburtsprozesses der präpartalen (ärztlichen) Begleitung und Beratung mit entsprechender Risikoselektion beigemessen. Indikation und Durchführung der äußeren manuellen Wendung unter Berücksichtigung maternalen und perinatologischer Risiken und deren Auswirkungen auf das Kind werden ebenso dargelegt wie die verschiedenen Einflussfaktoren auf eine vaginale Geburt aus BEL. Die Autoren betonen speziell die Notwendigkeit eines eingespielten, erfahrenen geburtshilflichen Teams bei der Geburtsleitung. Die gezielte und kontrollierte Anwendung der verschiedenen Handgriffe und Manöver wird sehr ausführlich, leider aber nicht bebildert dargestellt. Die Kontroverse über die nach der Publikation der Hannah-Studie (2000) ausgelöste Empfehlung der primären Sectio bei BEL und deren Widerruf (2005) aufgrund gravierender methodischer Mängel besagter Studie wird eindrücklich beschrieben.

Feige A, Krause M (1998)

Beckenendlage

München: Urban & Schwarzenberg

Dieses ausführliche Standardwerk wurde seit 1998 leider nicht mehr neu aufgelegt. Wesentliche Auszüge davon sind in bereits genannten Werken (zum Beispiel Schneider/Husslein «Die Geburtshilfe» und Opitz-Kreuter/Rakos «Das Hebammenbuch») aufgenommen worden. Es ist

daher empfehlenswert und gewinnt bei der Renaissance der vaginalen Geburt aus BEL vermutlich wieder an Bedeutung. Es kombiniert die reichen persönlichen Erfahrungen der Autoren im präpartalen und peripartalen Management der Geburt aus BEL mit statistischen Untersuchungen aus mehreren Dekaden. Betont wird insbesondere die Wichtigkeit einer sorgfältigen Risikoabklärung und Beratung der Frau in der Schwangerschaft. Als Standard für die Geburt aus BEL definieren die Autoren eine expektative Geburtsleitung mit der Option zur sekundären Sectio caesarea. Die Voraussetzung der Anwesenheit eines gut ausgebildeten und erfahrenen interdisziplinären Teams und gut organisierten Rahmenbedingungen seien ebenso entscheidend für ein positives Outcome. Den zunehmenden Mangel oder Verlust von Erfahrungswissen von Geburtshelferinnen und Geburtshelfern sowie Hebammen sehen sie klar im Zusammenhang mit den beschriebenen erhöhten Risiken der vaginalen BEL-Geburt und den vermehrten Entscheiden zur primären Sectio caesarea bei einem Kind in BEL.

Krause M (2006)

Term Breech Trial: Aufstieg und Fall einer nationalen, multizentrisch randomisierten, kontrollierten Studie – eine kritische Bilanz

Z Geburtsh Neonatol 2006; 210(4): 121–125. DOI 10.1055/s-2006-947215

Wer mehr über die Hintergründe, Auswirkungen und methodischen Mängel der Hannah-Studie (2000) erfahren möchte, dem empfiehlt sich die Zusammenfassung der kritischen Beurteilung der Studie durch Dr. med. M. Krause, einem renommierten Geburtshelfer mit viel Erfahrung im Bereich spezieller Geburtshilfe und in der Leitung von spontanen Geburten aus BEL. Herunterzuladen unter www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2006-947215

Bunse S (2013)

Die Beckenendlage: physiologische Längslage

Deutsche Hebammen Zeitschrift 12/2013: 55–59

In ihrem Artikel fasst die Autorin Erkenntnisse aus internationalen Studien der Jahre 2003 bis 2013 zusammen. Dabei beschreibt sie die Hintergründe des Anstiegs der Sectorate bei BEL in den letzten zwei Dekaden ebenso wie den dezenten Richtungswechsel in den aktuellen Empfehlungen in Deutschland. Sie erläutert kurz die Grundlagen zum Verständnis der Geburtsmechanik der Geburt aus BEL. Ergebnisse aus der Recherche diverser wissenschaftlicher Artikel zum Vergleich der Outcome-Parameter – perinatale und neonatale Mortalität und Morbidität sowie Langzeit-Outcome der Kinder, Geburtstraumata, Erfahrungen der Teams – bei geplanter vaginaler BEL-Geburt und geplanter Sectio caesarea werden verglichen und diskutiert. Die Autorin bemängelt den erschwerten und mit erheblichem finanziellen Aufwand verbundenen Zugang zu hebammen-spezifischen, wissenschaftlichen Artikeln und den Mangel an wissenschaftlichen Studien qualitativer Art, die insbesondere die Erfahrungen der Gebärenden mit unterschiedlichen Betreuungsformen und Geburtsmodi bei BEL-Geburten untersuchen.