

Bakkalaureatarbeit

Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Jahrgang 2005)

**Kritische Betrachtung von Einstellungsanomalien im
Geburtsverlauf und die therapeutischen Möglichkeiten der
Geburtshelfer/Innen.**

Rapberger Lisa 0533 633

Lehrveranstaltung: Physiologie

Ort: Medizinische Universität Graz

Datum der Einreichung: September 2009

Begutachterin: Gries, Anna, Ao.Univ.-Prof. Dr.phil.

Institut für Physiologie

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 18.11.2009

Unterschrift:

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Raphaela Lisa".

INHALT

1. Vorwort.....	VI
2. Knöchernes Becken	1
2.1 Der Geburtskanal: Das kleine Becken	1
2.2 Wichtige Durchmesser des Beckens	2
2.3 Beckenebenen	3
2.4 Führungslinie	3
2.5 Verformbarkeit des Beckens.....	3
3. Weicher Geburtsweg.....	4
3.1. Die Vagina	4
3.2. Die Zervix.....	5
3.3. Die Vulva.....	5
3.4. Beckenbodenmuskulatur	5
3.4.1 Diaphragma pelvis	6
3.4.2 Diaphragma urogenitale	6
3.4.3 Äußere Muskelschicht	7
4. Geburtsmechanik	8
4.1 Eintreten, Tiefertreten des Kopfes	9
4.2 Beugung und Drehung des Kopfes	9
4.3 Austrittsbewegung des Kindes.....	10
4.4 Äußere Drehung des Kopfes und Schulterentwicklung	10
5. Einstellungsanomalien	11
5.1 Begriffsbestimmung: Geburtsdauer, protrahierte Geburt, Geburtsstillstand	11
5.2 Einteilung regelwidriger Einstellungen und Haltungen.....	12
5.2.1 Haltungsanomalien	12
5.2.2 Einstellungsanomalien.....	13
6. Hoher Geradstand.....	13
6.1 Definition	13
6.2 Häufigkeit	13
6.3 Einteilung	14
6.3.1 Dorsoposteriorer hoher Geradstand	14
6.3.2 Dorsoanteriorer hoher Geradstand.....	14
6.4 Ursachen.....	14
6.5 Diagnose.....	15
6.6 Therapie.....	15

6.6.1	Lagerung.....	15
6.6.2	Kugelkegelhandgriff nach Liepmann	16
7.	Tiefer Querstand	16
7.1	Definition	16
7.2	Häufigkeit	17
7.3	Einteilung	17
7.4	Ursachen.....	18
7.5	Diagnose.....	19
7.6	Therapie.....	19
7.6.1	Alternative Behandlungsmöglichkeiten.....	19
7.6.2	Operative Beendigung der Geburt.....	21
8.	Asynklitismus	21
8.1	Definition	21
8.2	Einteilung	21
8.2.1	Vordere Scheitelbeineinstellung (= verstärkte Naegele-Obliquität)	22
8.2.2	Hintere Scheitelbeineinstellung (= verstärkte Litzmann-Obliquität)	22
8.3	Ursachen.....	22
8.4	Diagnose.....	23
8.5	Geburtsverlauf	23
8.5.1	Vordere Scheitelbeineinstellung	23
8.5.2	Hintere Scheitelbeineinstellung	23
8.6	Therapie.....	23
9.	Hintere Hinterhauptshaltung	24
10.	Zusammenfassung: Therapiemöglichkeiten	26
10.1.	Hocken	27
10.2.	Seiten- und Rückenlage.....	27
10.3.	Aufrechte Positionen	28
10.4.	Asymmetrische Positionen	28
10.5.	Vorwärts geneigte Positionen.....	29
11.	Der Kaiserschnitt- Eine Möglichkeit zur Lösung von Einstellungsanomalien.....	29
11.1.	Statistik.....	30
11.2.	Geschichte	31
11.3.	Definition	31
11.4.	Indikationen	32
11.4.1	Seccioindikationen im LKH Graz bis 1994	32
11.5.	Auswirkungen des Kaiserschnittes auf Mutter und Kind	34

11.5.1 Mütterliche Risiken	34
11.5.2 Kindliche Risiken	36
Schlussfolgerung.....	38
Glossar.....	i
Literaturverzeichnis	ii
Abbildungsverzeichnis.....	v
Tabellenverzeichnis.....	viii

1. VORWORT

In meiner zweiten Bakkalaureatsarbeit widme ich mich wieder einem Thema, das für mich sowohl als Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin als auch als Hebamme interessant zu bearbeiten ist.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher im ersten Teil mit der Physiologie und Anatomie des weiblichen Beckens. Der zweite Teil beschreibt die verschiedenen Einstellungsanomalien und die möglichen Therapien, wobei der Kaiserschnitt und die therapeutischen Lagerungen näher beschrieben werden. Um dieser Thematik gerecht zu werden, werden zur Untermauerung aussagekräftige Studien und Zeitungsartikel verwendet.

Für das Thema "Kritische Betrachtung von Einstellungsanomalien im Geburtsverlauf und die therapeutischen Möglichkeiten der Geburtshelfer/Innen" habe ich mich entschieden, da ich schon häufig im Praktikum mit der Problematik einer Einstellungsanomalie zu tun hatte. Je nach Geburtshelfer/in und Hebamme wurde unterschiedlich damit umgegangen. Während manche verschiedene Körperhaltungen der Frau ausprobiert haben, um das Kind doch noch richtig ins Becken zu leiten, haben andere zu operativen Methoden gegriffen. In wieweit diese Vorgangsweisen berechtigt sind wollte ich in dieser Arbeit überprüfen. Ich finde dabei die Frage interessant, ob es sich lohnt, die Frau noch länger „leiden“ zu lassen und den Geburtsprozess weiter zu führen oder ob all diese Bemühungen doch nichts bringen und ein schneller Entschluss zum Kaiserschnitt die bessere Lösung ist.

Ziel meiner Arbeit ist die Beantwortung der Forschungsfrage: „Ist eine operative Geburtsbeendigung bei Einstellungsanomalie notwendig oder gibt es ein alternatives Vorgehen?“. Dabei möchte ich einerseits mein eigenes Wissen ergänzen, um ideal für die tägliche Praxis gerüstet zu sein. Andererseits möchte ich aber auch anderen Lesern neues Wissen vermitteln und sie unterstützen, ihren Blickwinkel um neue Erkenntnisse zu erweitern.

Ich wünsche allen, die sich mit dieser Arbeit auseinandersetzen, viel Freude beim Lesen und danke allen, die mich in meinem Studium und im Speziellen bei dieser Arbeit unterstützt haben.



Lisa Rapberger

Matr.nummer: 0533633

Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, JG 05

2. KNÖCHERNES BECKEN

Das Kind muss auf seinem Weg in die Welt den Geburtskanal passieren. Dieser Kanal besteht aus dem knöchernen Becken (Os pelvis) und den Weichteilen. Das knöcherne Becken besteht wiederum aus vier Teilen:

- Zwei Hüftbeine (Os coxae)
- Kreuzbein (Os sacrum)
- Steißbein (Os coccygis).¹

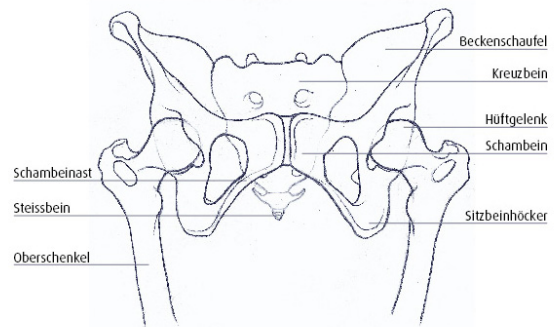


Abbildung 1: Anatomie des Beckens

Das kleine Becken enthält Blase, Enddarm und inneres Genital, während das große Becken die Baueingeweide beinhaltet.² Das kleine Becken wird auch als knöcherner Geburtskanal bezeichnet. Es ist mit seinen Dimensionen von großer Bedeutung für den Geburtsverlauf.³

2.1 Der Geburtskanal: Das kleine Becken

Die knöcherne Wand des Beckenkanals besteht aus den beiden Hüftbeinen, dem Kreuzbein und dem Steißbein. Dabei ist jedes der beiden Hüftbeine zusammengesetzt aus dem Os ilium (Darmbein), dem Os pubis (Schambein) und dem Os ischii (Sitzbein).

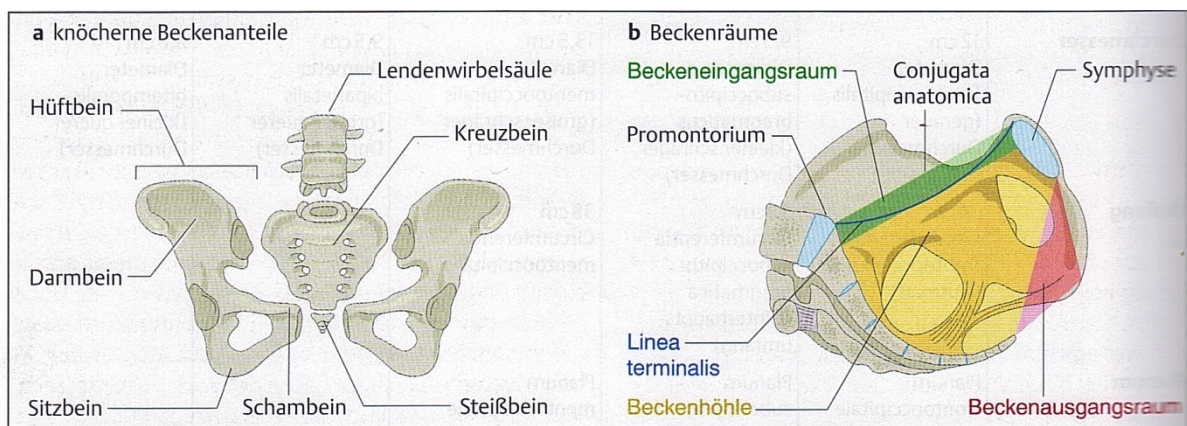


Abbildung 2: Das knöcherne Becken

¹ Vgl. Balzer et al (2004), S. 181f

² Vgl. Görke/ Valet (2000), S. 3

³ Vgl. Diedrich et al (2000), S. 176

Das kleine Becken wird also von Symphyse, Kreuz- und Steißbein knöchern begrenzt, was dazu führt, dass das Kind bestimmte Bewegungen durchführen muss, um den Geburtskanal zu durchschreiten.

2.2 Wichtige Durchmesser des Beckens

– Conjugata vera

= der Längsdurchmesser vom Promontorium zur Symphyse reichend.⁴

○ Conjugata vera anatomica:

Dies ist eine gedachte Linie die vom Promontorium zum Symphysenoberrand verläuft.⁵

○ Conjugata vera obstetrica

Dies ist der wahre Durchmesser des Beckeneingangs. Diese gedachte Linie geht vom Promontorium zum am weitesten nach innen springenden Punkt der Symphyse. Dies ist der kleinste Durchmesser (11 cm) und somit die engste Stelle des knöchernen Beckens.⁶

– Linea terminalis:

Parallel unter der Conjugata vera anatomica gibt es eine bogenförmig gedachte Linie vom Oberrand des Kreuzbeins über die Hüftbeininnenkanten zum Symphysenoberrand.⁷

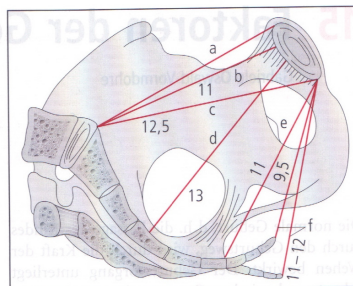


Abbildung 3: Wichtige Durchmesser des Beckens

a: Conjugata vera anatomica

b: Conjugata vera obstetrica

⁴ Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 299, Uhl (2001), S. 156

⁵ Vgl. Geist et al (2005), S.234

⁶ Vgl. Geist et al (2005), S. 234

⁷ Vgl. Geist et al (2005), S. 234

2.3 Beckenebenen

Das kleine Becken wird in vier sogenannte „klassische“ Beckenebenen unterteilt:

– a. Beckeneingang

Der Beckeneingang befindet sich auf Höhe der Conjugata vera und wird durch den oberen

Symphysenrand, das Promontorium und seitlich durch die Linea terminalis festgelegt.

Die Form des Beckens in diesem Bereich ist queroval.⁸

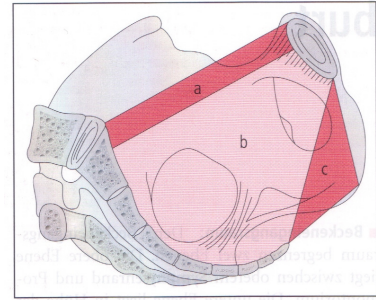


Abbildung 4: Klassische Beckenebenen

– b. Beckenweite

Sie ist der erste Teil der Beckenmitte, die auch Beckenhöhle genannt wird, und liegt zwischen der Symphysenhinterwand und der Mitte des 3. Kreuzbeinwirbels. Hier hat das Becken eine runde Form.⁹

– c. Beckenenge

Dies ist der zweite Teil der Beckenmitte und befindet sich zwischen dem Unterrand der Symphyse, den Spinae ischiadicae und dem Übergang zwischen Kreuz- und Steißbein.¹⁰

2.4 Führungslinie

Als Führungslinie versteht man die Verbindung zwischen den Mittelpunkten der einzelnen Beckenräume. Ihr folgt der Kopf des Kindes während der Geburt.¹¹

2.5 Verformbarkeit des Beckens

Als Folge der hormonellen Umstellung im Körper der schwangeren Frau kommt es zu einer Auflockerung des Beckens im Bereich des Iliosakralgelenks und der Symphyse. Weiters kommt es auch zu Wassereinlagerungen im Becken, die gemeinsam mit den Hormonen zu einer erheblichen Verformbarkeit führen. Gesteigert wird dies durch die Anpassung des Kindes an den Geburtskanal.¹²

⁸ Vgl. Diedrich et al (2000), S. 174

⁹ Vgl. Diedrich et al (2000), S. 174

¹⁰ Vgl. Diedrich et al (2000), S. 174

¹¹ Vgl. Baltzer et al (2004), S. 182

¹² Vgl. Baltzer et al (2004), S. 183

3. WEICHER GEBURTSWEG

Das aus Zervix, Vagina und dem aufgedehnten Beckenboden während der Geburt entstehende Weichteilrohr ist ein wichtiger Teil des Geburtskanals: Dieses Rohr liegt teilweise im kleinen Becken, zum Teil jedoch im Beckenausgang außerhalb des knöchernen Geburtskanals.¹³

Unterschieden wird zwischen:

- Weichteilrohr (innerhalb des kleinen Beckens)
- Weichteilansatzrohr (distal des Beckenausgangs).¹⁴

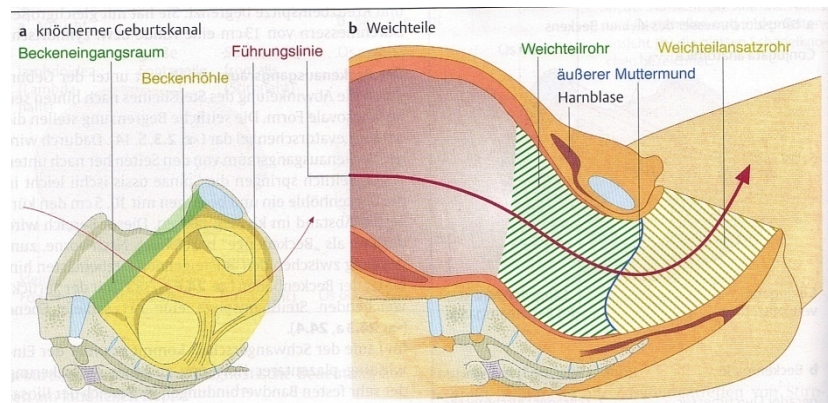


Abbildung 5: Weichteile

Die Unterteilung des weichen Geburtsweges kann auch auf andere Weise erfolgen:

- Der innere weiche Geburtsweg
Dieser Teil besteht aus der Zervix, der Vagina und der Vulva.
- Der äußere weiche Geburtsweg
Wird von der dreischichtigen Beckenbodenmuskulatur gebildet.¹⁵

3.1. Die Vagina

Die Vagina befindet sich zwischen dem Scheideneingang und dem äußeren Muttermund und ist 8- 10 cm lang. Die Portio ragt in die Scheide hinein und wird vom Scheidengewölbe umfasst.¹⁶

¹³ Vgl. Baltzer et al (2004), S. 183

¹⁴ Pfeleiderer et al (2001), S. 380

¹⁵ Vgl. Geist et al (2005), S. 236f

¹⁶ Vgl. Görke/ Valet (2000), S. 4

3.2. Die Zervix

Die Zervix ist der sogenannte Gebärmutterhals und besteht aus zwei Teilen: der Portio, die in die Scheide hineinragt und dem Zervixkanal. Am unteren Ende der Portio befindet sich die Öffnung des Zervixkanals, bekannt als äußerer Muttermund. Die Eröffnung des Muttermundes ist ein wichtiger Schritt im Geburtsprozess.¹⁷

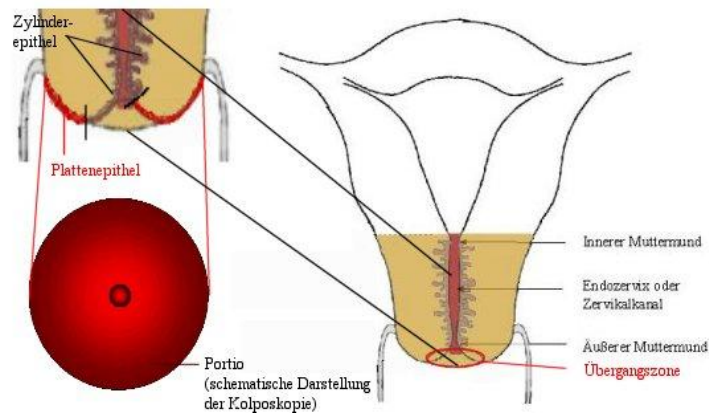


Abbildung 6: Die Zervix

3.3. Die Vulva

Die Vulva besteht aus dem Mons pubis (Schamberg), den großen Schamlippen (Labia majora), den kleinen Schamlippen (Labia minora), dem Scheidenvorhof und der Klitoris.¹⁸

Die Vulva einer Frau, die geboren hat, sieht verändert aus. Die großen und die kleinen Schamlippen sind weit entfaltet. Die Mündung der Harnröhre zwischen den kleinen Schamlippen im Scheidenvorhof ist sichtbar und der Scheideneingang geweitet.¹⁹

3.4. Beckenbodenmuskulatur

Als Beckenboden bezeichnet man den aus Muskeln und Bindegewebe bestehenden Abschluss des knöchernen Beckens nach unten. Er hält die Beckenorgane und stützt Rektum, Uterus und Harnblase. Während der Geburt wird der Beckenboden weicher um eine Geburt zu ermöglichen.²⁰

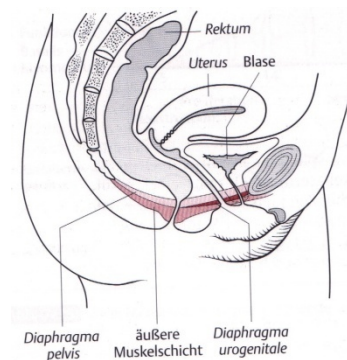


Abbildung 7: Beckenboden

¹⁷ Vgl. Pfeleiderer (2001), S. 380f

¹⁸ Vgl. Pfeleiderer (2001), S. 15ff

¹⁹ Vgl. Pfeleiderer (2001), S. 15

²⁰ Vgl. Geist et al (2005), S. 90

Man unterscheidet drei Schichten des Beckenbodens:

- Diaphragma pelvis
- Diaphragma urogenitale
- Äußere Muskelschicht.²¹

3.4.1 Diaphragma pelvis

Diaphragma pelvis:

- M. levator ani

Das Diaphragma pelvis ist eine in der Höhe von Steiß- und Schambein gespannte Muskelplatte die aus dem M. levator ani (Afterhebemuskel) besteht.

Der M. levator ani ist paarig angelegt (Levatorschenkel) und begrenzt den Levatorspalt. Dieser stellt eine Öffnung für Harnröhre, Scheide und After dar.²²

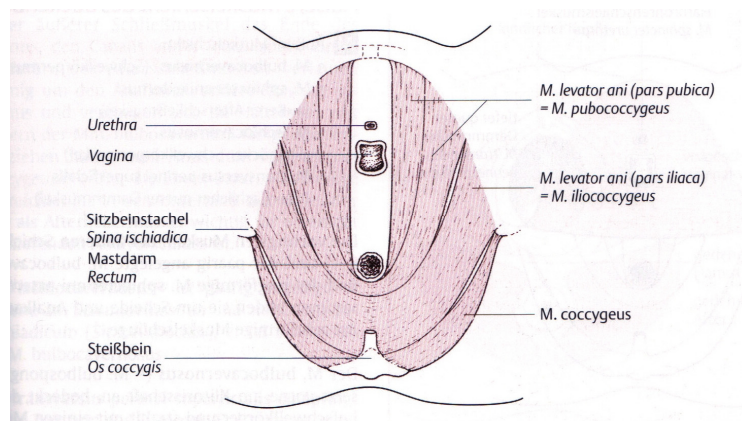


Abbildung 8: Diaphragma pelvis

3.4.2 Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale:

- M. transversus perinei profundus
- M. sphincter urethrae externus

Das Diaphragma urogenitale ist eine Muskel-Sehnen-Platte die querverlaufend über den Levatorspalt verläuft. Es besteht aus zwei Faszien, zwischen denen sich der M. transversus perinei profundus (tiefer querer Dammmuskel) und der M. sphincter urethrae externus (äußerer Harnröhrenschließmuskel) befinden.²³

²¹ Vgl. Geist et al (2005), S. 90

²² Vgl. Geist et al (2005), S.90

²³ Geist et al (2005), S. 92f

3.4.3 Äußere Muskelschicht

Äußere Muskelschicht:

- M. bulbocavernosus
- M. sphincter ani externus
- M. ischiocavernosus
- M. transversus perinei superficialis

Der M. bulbocavernosus (Schwellkörpermuskel) beginnt bei der Klitoris, ist vernetzt mit dem Scheidenvorhof und endet hinter der Vaginalöffnung. Bei Anspannung des M. bulbocavernosus verengt sich der Scheideneingang.

Der M. sphincter ani externus (äußerer Afterschließmuskel) umschließt das Ende des Mastdarms und dient als willkürlicher äußerer Schließmuskel.

Der M. ischiocavernosus (Sitzhöcker-Schwellkörpermuskel) ist paarig angelegt und zieht von vorne am Schambeinast hin zum Sitzbeinhöcker.

Der M. transversus perinei superficialis (oberflächlicher querer Dammmuskel) entspringt im Zentrum des Damms und zieht zu den Sitzbeinhöckern.²⁴

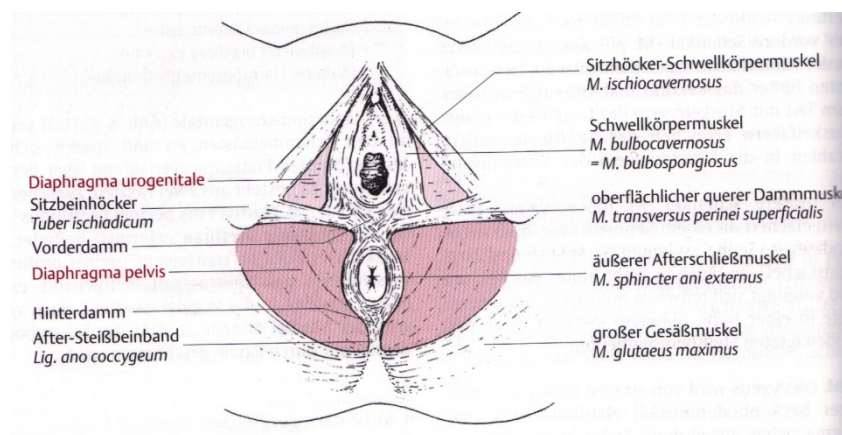


Abbildung 9: Diaphragma urogenitale und äußere Muskelschicht

²⁴ Vgl. Geist et al (2005), S. 92f

4. GEBURTSMECHANIK

Grundsätzlich wird die Geburt in drei Phasen unterteilt:

- Eröffnungsperiode
- Austreibungsperiode
- Nachgeburtsperiode²⁵

In der Eröffnungsperiode kommt es durch regelmässige Wehentätigkeit zur Eröffnung des Muttermundes. Nach der vollständigen Öffnung (=10 cm) spricht man von Austreibungsperiode. Dies ist die aktivere Phase, in der die Frau durch Mitpressen die Kindsgeburt beschleunigen kann, sobald der Kopf des Babys am Beckenboden steht. Die Nachgeburtsperiode ist die letzte Phase der Geburt, die ab der Geburt des Kindes bis zur Plazentageburt andauert.²⁶

Das Kind muss sich auf seinem Weg durch den Geburtskanal den vorgegebenen Formen und unterschiedlichen Weiten des kleinen Beckens anpassen. Es folgt dabei dem Gesetz des geringsten Zwanges.²⁷

Die Form des Beckens wird bestimmt durch den querovalen Beckeneingang, die nahezu kreisförmige Beckenhöhle und den Beckenausgang, der eine längsovale Form hat. Da sowohl die Kopfform als auch der Schultergürtel des Kindes einem Oval entsprechen, kann sich das Kind ideal an diese Gegebenheiten anpassen.²⁸

Dazu müssen verschiedene Bewegungen vollzogen werden:

- Tiefertreten (Progression)
- Drehen (Rotation)
- Beugen (Flexion)
- Strecken (Deflexion).²⁹

Durch diesen Ablauf an Bewegungen erreicht der kindliche Kopf den Beckenausgang. In 94% der Fälle ist dabei das Gesicht des Kindes nach hinten (dammwärts) und das Hinterhaupt nach vorne gerichtet. Dies wird als vordere Hinterhauptshaltung bezeichnet.³⁰

²⁵ Vgl. Geist et al (2007), S.241

²⁶ Vgl. Geist et al (2007), S. 241

²⁷ Vgl. Diedrich et al (2000), S. 179

²⁸ Vgl. Gerhard/ Feige (2005), S. 76

²⁹ Vgl. Geist et al (2007), S. 243

³⁰ Vgl. Geist et al (2007), S. 243

Die Haltung des Kindes im Geburtsverlauf kann durch die vaginale Untersuchung erkannt werden. Dabei versucht man die Pfeilnaht zu tasten um zu erkennen, wie das Kind im Geburtskanal liegt und anhand der Fontanellen zu erkennen, ob der Kopf in einer gebeugten Haltung ist.

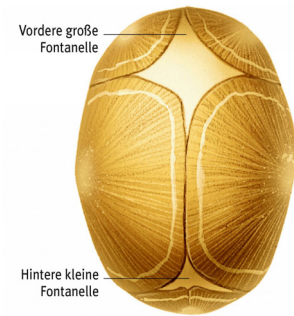


Abbildung 10: Kindlicher Schädel

4.1 Eintreten, Tiefertreten des Kopfes

= Progression

Beim Eintreten in das kleine Becken passt sich der Kopf des Kindes an die querovale Form des Beckeneingangs an und steht mit querer Pfeilnaht zwischen Symphyse und Promontorium.³¹ In dieser Phase der Geburt ist der Kopf weder gebeugt noch gestreckt.³²

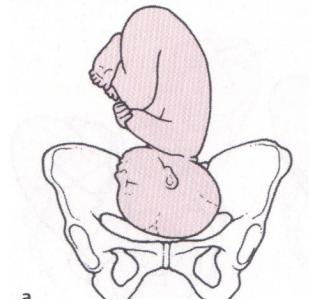


Abbildung 11: Eintreten des Kopfes in den Beckeneingang

4.2 Beugung und Drehung des Kopfes

= Flexion und Rotation

Tritt das Kind nun in die Beckenmitte ein, so beginnt zuerst eine Flexionsbewegung. Das Kind beugt seinen Kopf um das Becken mit dem kleinstmöglichen Durchmesser zu durchqueren. Bei der vaginalen Untersuchung kann man erkennen, dass die kleine Fontanelle, die am Hinterhaupt liegt, führt.³³

Um am Beckenboden in der am besten passenden Ausgangsstellung anzukommen, muss sich der Kopf in der Beckenmitte um 90° drehen, wobei in 94% der Fälle das Hinterhaupt vorne zu liegen kommt. Praktisch gesehen bedeutet dies, dass, wenn die Frau am Rücken gebärt, das Kind beim Austritt aus dem Geburtskanal in Richtung Matratze, also nach hinten, blickt. Diese Drehung um 90° ist von großer Bedeutung, da das Kind ansonsten nicht durch den längsovalen Levatorspalt geboren werden kann.³⁴

³¹ Vgl. Diedrich (2000), S. 179f

³² Vgl. Geist et al (2007), S. 244

³³ Vgl. Diedrich (2000), S. 179

³⁴ Vgl. Diedrich (2000), S. 179

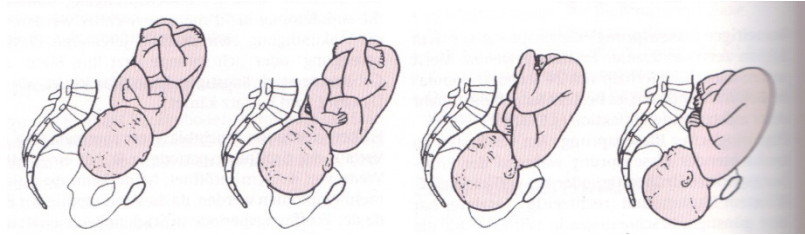


Abbildung 12: Geburtsmechanik

4.3 Austrittsbewegung des Kindes

Um aus dem Geburtskanal austreten zu können, muss der Kopf aus der Beuge- in eine Streckhaltung gehen. Dazu stemmt es sich mit der Nackenhaargrenze an der Symphyse ab und das Hinterhaupt wird durch die Scheide sichtbar. Ist das Hinterhaupt ausgetreten, werden durch die anhaltende Streckbewegung der Scheitel, die Stirn und schließlich das Kinn über den Damm geboren.³⁵

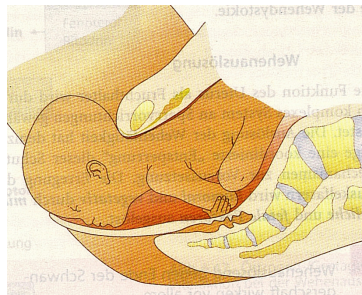


Abbildung 13: Austrittsbewegung des Kindes

4.4 Äußere Drehung des Kopfes und Schulterentwicklung

Während der letzten Phase der Kopfgeburt haben sich die Schultern schräg bis fast gerade gestellt, um auch durch den längsovalen Levatorspalt geboren werden zu können. Beim letzten Teil dieser Rotation wird der Kopf mitgenommen. Es kommt zur äußeren Drehung des Kopfes um 90°. Das Kind blickt nun zum Oberschenkel der Mutter. Je nachdem, wie es beim Eintritt ins Becken gelegen ist, dreht es sich in eine erste Stellung (kindlicher Rücken links, Gesicht blickt zum rechten Oberschenkel der Mutter) oder eine zweite Stellung (Rücken rechts). Bei abgeschlossener Drehung kann zuerst die vordere und danach die hintere Schulter geboren werden. Der Körper des Kindes folgt nun leicht und wird meist mit einem Schwall Fruchtwasser begleitet.³⁶

³⁵ Vgl. Diedrich (2000), S. 179

³⁶ Vgl. Geist et al (2007), S. 245f

5. EINSTELLUNGSANOMALIEN

Sieht man sich nun noch einmal die Geburtsmechanik genauer an und achtet man auf die vielen Bewegungen, die das Kind durch das Becken hindurch macht, so kann man verstehen, dass dies nicht immer ohne Probleme vor sich geht.

5.1 Begriffsbestimmung: Geburtsdauer, protrahierte Geburt, Geburtsstillstand

Unter der Geburtsdauer versteht man die Zeit zwischen dem Beginn der Wehen, die Veränderungen am Muttermund bewirken, bis zur vollständigen Geburt des Kindes.³⁷ Der Beginn der Geburt ist dabei meist nur schwer bestimmbar, denn der Übergang von Vorwehen zu Geburtswehen ist fließend.³⁸

Geburtsbeginn:

*„Die Geburt beginnt mit dem Einsetzen regelmäßiger zervixwirksamer Wehen oder mit einem vorzeitigen Blasensprung“.*³⁹

Die durchschnittliche Geburtsdauer beträgt:

- 12h bei Erstgebärenden
- 8h bei Mehrgebärenden.⁴⁰

Von einem Geburtsstillstand oder einer protrahierten Geburt spricht man, sofern es zu einem zu langsamen bzw. einem nicht eintretenden Geburtsfortschritt kommt.

Der Geburtsfortschritt wird dabei mit Hilfe mehrerer Parameter gemessen:

- Ausrichtung der Zervix nach vorne,
- Reifung und Konsistenzveränderung der Zervix,
- Verkürzung der Zervix,
- Eröffnung des Muttermundes,
- Rotation, Flexion und Anpassung des kindlichen Kopfes an das mütterliche Becken,
- Tiefertreten und Geburt des Kindes.⁴¹

³⁷ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 188

³⁸ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 411

³⁹ Geist et al (2005), S. 249

⁴⁰ Vgl. Baumann (2000), S. 404

Kommt es zwischen den vaginalen Untersuchungen in keinem dieser Punkte zu einer Veränderung und führt dies zu einer verlängerten Geburt, so spricht man von einer protrahierten Geburt. Kommt es auch im weiteren Geburtsverlauf zu keinem Fortschreiten der Geburt, wird dies als Geburtsstillstand bezeichnet.

Ursachen für einen Geburtsstillstand bzw. eine protrahierte Geburt können sein:

- Wehenanomalien,
- Weichteilanomalien,
- Anomalien des mütterlichen Beckens,
- Relatives Kopf-Becken-Missverhältnis,
- Haltungs- und Einstellungsanomalien.⁴²

5.2 Einteilung regelwidriger Einstellungen und Haltungen

Wie schon beschrieben sind Einstellungs- und Haltungsanomalien unter anderem ein Grund für Geburtsstillstand und einen protrahierten Geburtsverlauf. Dies wiederum führt zu weiterführenden Therapiemaßnahmen, unter anderem zur Schnittentbindung.

Aufgrund dessen wird im Folgenden auf die möglichen Einstellungs- und Haltungsanomalien im Geburtsverlauf eingegangen. Diese Arbeit stellt die Frage nach den Einstellungsanomalien und vernachlässigt die regelwidrigen Haltungen, die nur kurz umschrieben werden, um ein besseres Verständnis der Thematik zu erlangen.

5.2.1 Haltungsanomalien

Die Haltung beschreibt die Beziehung zwischen dem kindlichen Kopf und dessen Rumpf.⁴³

a.) Deflexionshaltung

Als Deflexionshaltung bezeichnet man einen kindlichen Kopf, der keine Flexion ausführt oder sogar eine Deflexionshaltung einnimmt.

Man unterscheidet:

- Vorderhauptshaltung (leichte Deflexion)
- Stirnhaltung (starke Deflexion)
- Gesichtshaltung (maximale Deflexion)⁴⁴

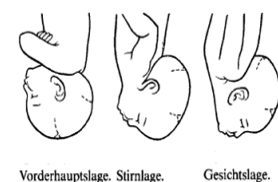


Abbildung 14: Deflexionshaltungen

⁴¹ Vgl. Simkin/Ancheta (2001), S. 61

⁴² Vgl. Geist et al (2007), S. 334

⁴³ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 397

⁴⁴ Vgl. Geist et al (2007), S. 344 f

b.) Roederer Kopfhaltung

Der Begriff Roederer Kopfhaltung umschreibt die vorzeitige Beugung des Kopfes im Beckeneingang.⁴⁵

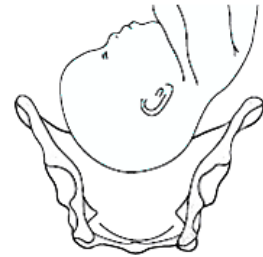


Abbildung 15: Roederer Kopfhaltung

5.2.2 Einstellungsanomalien

Eine Einstellung ist die Beziehung des vorangehenden kindlichen Teils zum Geburtskanal. Von einer Einstellungsanomalie spricht man, wenn der vorangehende Kindsteil im Laufe der Geburt von der regelrechten Einstellung abweicht.⁴⁶

Mögliche Anomalien sind:

- Hoher Geradstand
- Scheitelbeineinstellung
- Tiefer Querstand
- Hintere Hinterhauptshaltung⁴⁷

6. HOHER GERADSTAND

6.1 Definition

Bei regelrechtem Geburtsverlauf steht die Pfeilnaht in oder über Beckeneingang quer. Beim hohen Geradstand hingegen steht die Pfeilnaht im geraden bzw. fast geraden Durchmesser.⁴⁸

Dies hat zur Folge, dass eine Formanpassung an den querovalen Beckeneingang nicht vonstatten gehen und der Kopf nicht ins kleine Becken eintreten kann.⁴⁹

6.2 Häufigkeit

Ein hoher Geradstand tritt in 2-3 % aller Geburten in der Eröffnungsphase auf. Da sich aber 2/3 der Kinder spontan drehen und so ins Becken eintreten können, hat man es meist nur mit

⁴⁵ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 397

⁴⁶ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 407

⁴⁷ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 407ff

⁴⁸ Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 407

⁴⁹ Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 407, Geist et al (2007), S. 350

einer vorübergehenden Einstellungsanomalie zu tun. Bei nur 0,5 % aller Geburten kommt es zu einem persistierenden hohen Geradstand.⁵⁰

6.3 Einteilung

Man kann den hohen Geradstand in zwei Typen unterteilen:

- dorsoposteriorer hoher Geradstand
- dorsoanteriorer hoher Geradstand

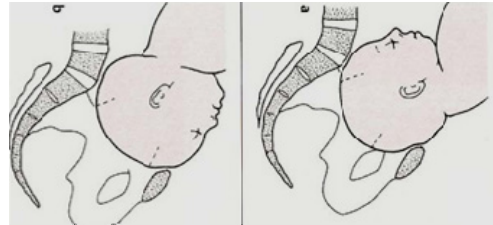


Abbildung 16: Möglichkeiten des hohen Geradstandes

6.3.1 Dorsoposteriorer hoher Geradstand

Auch hinterer hoher Geradstand genannt. Hierbei zeigt der Rücken des Kindes nach hinten, also zum Rücken der Mutter. Der Kopf ist am Becken aufgesetzt. Die Pfeilnaht verläuft, wie bereits oben beschrieben, im geraden Durchmesser. Das Hinterhaupt bzw. die kleine Fontanelle zeigen in Richtung Kreuzbein.⁵¹

6.3.2 Dorsoanteriorer hoher Geradstand

Auch vorderer hoher Geradstand genannt. Hierbei zeigt der Rücken des Kindes nach vorne, also zum Bauch der Mutter. Der kindliche Schädel sitzt dem Becken auf. Die Pfeilnaht verläuft gerade und das Hinterhaupt bzw. die kleine Fontanelle zeigen in Richtung Symphyse.⁵²

6.4 Ursachen

Ursachen für einen hohen Geradstand können sowohl von mütterlicher als auch von kindlicher Seite stammen.

Zu den mütterlichen Ursachen zählen:

- überhöhter Muskeltonus im unteren Uterinsegment
- Beckenanomalien
- tiefer Sitz der Plazenta
- Wehenstörungen
- Myome im Bereich der Zervix⁵³

⁵⁰ Vgl. Geist et al (2007), S. 350

⁵¹ Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 407

⁵² Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 407

⁵³ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 407f, Geist et al (2007), S. 350

Zu den kindlichen Ursachen zählen:

- Vorliegen kleiner Kindsteile (z.B.: Hand des Kindes)
- Makrosomie⁵⁴

6.5 Diagnose

Um einen hohen Geradstand zu diagnostizieren, kann man sich verschiedene Untersuchungen zur Hilfe nehmen. Dazu zählen die äußere Untersuchung und die innere Untersuchung.

- Leopoldsche Handgriffe

Bei der Anwendung des 3. Leopold-Handgriffes erkennt man, dass sich der Kopf besonders schmal anfühlt, da man den Kopf von Ohr zu Ohr, anstelle von Stirn zu Hinterhaupt, fühlt.⁵⁵

Durchgeführt wird dies, indem die Hand unmittelbar über der Symphyse auf den Bauch der Schwangeren gelegt wird. Dann versucht sie den Kopf in der Tiefe zu fassen.⁵⁶

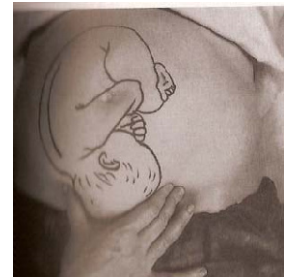


Abbildung 17: Dritter Leopoldscher Handgriff

- Sonographie⁵⁷
- Bei der vaginalen Untersuchung steht der kindliche Kopf hoch und tritt trotz voranschreitender Muttermundsöffnung nicht tiefer und die Pfeilnaht ist gerade.⁵⁸

6.6 Therapie

Wurde ein hoher Geradstand diagnostiziert, kann man vorübergehend abwarten, um zu sehen, ob der kindliche Schädel spontan in das Becken ein- bzw. durchtritt. Diesen Vorgang kann man mit bestimmten Lagerungstechniken unterstützen.

Ist nach 2-3 Stunden kein Geburtsfortschritt erkennbar, muss ein Kaiserschnitt durchgeführt werden.⁵⁹

Um eine Schnittentbindung zu verhindern, können verschiedene Maßnahmen durchgeführt werden:

6.6.1 Lagerung

Allgemeine Regel zur Lagerung:

Man lagert die Gebärende auf die Seite, auf der jener Teil des Kopfes liegt, der tiefer treten, nach vorne drehen und die Führung übernehmen soll.⁶⁰

⁵⁴ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 407f, Geist et al (2007), S. 350

⁵⁵ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 350

⁵⁶ Vgl. Mändle/ Kreuter (2007), S. 150f

⁵⁷ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 407f, Geist et al (2007), S. 350

⁵⁸ Vgl. Geist et al (2007), S. 351, Mändle/Kreuter (2007), S. 408

⁵⁹ Vgl. Geist et al (2007), S. 351

- Knie-Kopf-Lagerung:
= die Frau kniet und legt nach vorne geneigt Kopf und Arme auf den Boden
Hiermit wird erreicht, dass der kindliche Schädel von der Symphyse wegrutscht.⁶¹
- Vierfüßlerstand:
= die Frau kniet und stützt sich vorne mit den Handflächen ab
Diese Lagerungstechnik erleichtert den Eintritt ins Becken.⁶²
- Wechsellagerung:
Bei dieser Lagerungsform sollte die Gebärende alle 3-4 Wehen ihre Position verändern.⁶³
- Stabile Seiten-Bauchlage:
Hier sollte ein 10-15 minütiger Seitenwechsel durchgeführt werden. Diese Methode wird bei immobilen Frauen eingesetzt.⁶⁴

6.6.2 Kugelkegelhandgriff nach Liepmann

Diese Therapieform wird heutzutage nur noch selten eingesetzt. Sobald der Muttermund verstrichen ist, geht der Arzt mit der ganzen Hand ein, umfasst den kindlichen Kopf mit fünf Fingern und versucht nun die Pfeilnaht in einen schrägen oder queren Durchmesser zu bringen. Wurde dies mit Erfolg durchgeführt, muss eine zweite Person das Ungeborene ins Becken schieben.⁶⁵

7. TIEFER QUERSTAND

7.1 Definition

Der kindliche Kopf, der sich im Beckenboden befindet, steht quer, da die physiologische Drehung des quer ins Becken eintretenden Kopfes in der Beckenmitte ausgeblieben ist. Dieser Zustand alleine stellt jedoch noch keine Pathologie dar, da auch in dieser Phase der

⁶⁰ Vgl. <http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf> (Stand: 09.08.2009)

⁶¹ Vgl. Geist et al (2007), S. 351

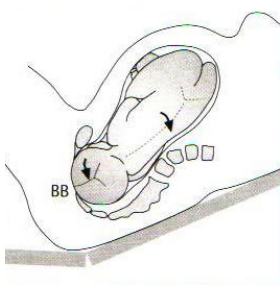
⁶² Vgl. Geist et al (2007), S. 351

⁶³ Vgl. Geist et al (2007), S. 351

⁶⁴ Vgl. Geist et al (2007), S. 351

⁶⁵ Vgl. Geist et al (2007), S. 351

Geburt der Kopf die Drehung noch vollziehen kann. Erst wenn es zu einer Verzögerung der Austreibungsperiode kommt, spricht man von einer pathologischen Situation.⁶⁶



Von einer Verzögerung der Austreibungsphase spricht man, wenn der tiefe Querstand über eine längere Zeit von ca. 30 bis 60 Minuten besteht.⁶⁷

Abbildung 18: Darstellung des tiefen Querstandes

Kommt es zu einem Querstand, so ist der Kopf meist auch ungenügend gebeugt. Der tiefe Querstand ist also eine Einstellungsanomalie, die meist kombiniert ist mit einer ungenügenden Beugung und somit einer Haltungsanomalie.⁶⁸

7.2 Häufigkeit

Der tiefe Querstand ist die häufigste Einstellungsanomalie des Kopfes.⁶⁹ Er betrifft 3 % aller Geburten.⁷⁰

7.3 Einteilung

Man kann den tiefen Querstand in zwei Typen unterteilen:

- Erster bzw. linker tiefer Querstand (Kleine Fontanelle und Rücken links, Gesicht sieht nach rechts)⁷¹

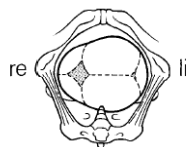


Abbildung 19: Erster tiefer Querstand

⁶⁶ Vgl. <http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf> (Stand: 08.08.2009)

⁶⁷ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

⁶⁸ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 192

⁶⁹ Vgl. Pfeleiderer et al (2002), S. 403

⁷⁰ Vgl. Geist et al (2007), S. 350 ff

⁷¹ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

- Zweiter bzw. rechter tiefer Querstand (Kleine Fontanelle und Rücken rechts, Gesicht sieht nach links)⁷²

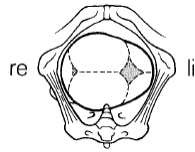


Abbildung 20: Zweiter tiefer Querstand

7.4 Ursachen

- Drehungs- Beugungsbehinderung
 - Vorliegen kleinerer Teile oder der Nabelschnur
 - Fehlende Eigenspannung (z.B. Bei intrauterinem Fruchttod)⁷³

- Schneller Geburtsverlauf

z.B.: bei einer sehr schnellen Geburt, bei der der Kopf keine Zeit für die Drehung hat.⁷⁴

- Geringer Weichteilwiderstand und somit kaum Gegendruck

z.B.: Mehrgebärende, Wehenschwäche⁷⁵

- Ungünstige Kopfformen

- Kleiner, runder Kopf
- Großer, breiter Kopf⁷⁶

Hier kommt der tiefe Querstand gehäuft vor, da es zu einem zu großen bzw. zu kleinen Weichteilwiderstand kommt und somit eine Drehung ausbleibt.⁷⁷

Während also der kleine Kopf einen zu geringen Gegendruck erfährt, hat der zu große Kopf einen zu großen Widerstand durch Weichteile und knöchernes Becken.⁷⁸

- Ungünstige Beckenformen

Bei dem selten vorkommenden Trichterbecken kommt es durch die Querverengung im Beckenausgang zu keiner Drehung.⁷⁹

- Sekundäre Wehenschwäche:

Hauptursache für den tiefen Querstand.

⁷² Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

⁷³ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 411

⁷⁴ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 411

⁷⁵ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 411

⁷⁶ Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 411

⁷⁷ Vgl. <http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf> (Stand: 08.08.2009)

⁷⁸ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

⁷⁹ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

Die in der Eröffnungsphase schon überbeanspruchte Gebärende hat zu schwache Austreibungswehen. Durch den Mangel an Geburtskräften kommt es zu keiner Kopfdrehung und die Pfeilnaht bleibt quer.⁸⁰

7.5 Diagnose

Man kann einen tiefen Querstand ausschließlich durch die vaginale Untersuchung erkennen. Anzeichen sind:

- Muttermund vollständig
- Spinae nicht mehr tastbar (unter i- Linie)
- Pfeilnaht verläuft quer
- Fontanellen fast in gleicher Höhe⁸¹



Abbildung 21: Der tiefe Querstand

7.6 Therapie

Eine Spontangeburt ist erst möglich, wenn sich das kindliche Köpfchen in den geraden Durchmesser gedreht hat. Der tiefe Querstand bedeutet also, dass es zu einem Geburtsstillstand kommt und in weiterer Folge bei status idem keine Geburt möglich sein wird.⁸²

Da das Kind sich jedoch noch selber drehen kann und man erst bei einer Verzögerung des Geburtsfortschrittes von einer Pathologie spricht, kann man dem Kind Zeit geben und abwarten. Eine operative Beendigung der Geburt sollte erst bei absoluter Notwendigkeit durchgeführt werden.⁸³

Um eine vaginal operative Entbindung zu verhindern können verschiedene Methoden angewandt werden.

7.6.1 Alternative Behandlungsmöglichkeiten

- Motivation der meist erschöpften Gebärenden und ihres Partners, wenn dieser anwesend ist.
- Erklären der kindlichen Position und beschreiben des weiteren Vorgehens.
- Wehenschwäche (wenn vorhanden) behandeln → Oxytocin Infusion

⁸⁰ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

⁸¹ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

⁸² Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 192

⁸³ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 191

– Äußerer Beckendruck:

Bei 1- 3 Wehen um mehr Raum in der Beckenmitte und dem Beckenausgang zu schaffen. Bei kräftigen Druck auf die Hüftbeine (crista iliaca) vergrößern sich Symphysenwinkel und Abstand zwischen den Sitzbeinstacheln.⁸⁴

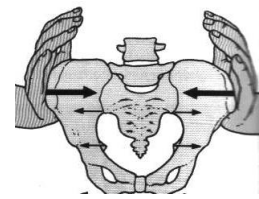


Abbildung 22: Der äußere Beckendruck

– Therapeutische Lagerung

Da man wünscht, dass das Hinterhaupt mit der kleinen Fontanelle vorangeht, lagert man die Frau beim tiefen Querstand auf die Seite der kleinen Fontanelle.⁸⁵

- Bei dem ersten bzw. linken tiefen Querstand lagert man auf die linke Seite.
- Bei dem zweiten bzw. rechten tiefen Querstand lagert man auf die rechte Seite.⁸⁶

Erklärung:

“Durch diese Lagerung fällt der Uterus zur Seite, der Druck der Fruchtachse verläuft dann schräg nach oben, sodass die untenliegende Seite weniger am Becken anstößt als die obenliegende, womit sich eine Drehung und ein Tiefertreten der untenliegenden Seite einstellt.”⁸⁷

Weitere Möglichkeiten der Lagerung:

– Vierfüßlerstand

Körper des Kindes neigt sich nach unten und der Kopf bekommt mehr Bewegungsfreiheit im Nacken

– Knie-Ellenbogen-Haltung

– Erhöhte Seitenlage

Seitenlage, Oberkörper durch Kissen stabil erhöht, ein Bein aufgestellt → in der Wehe an Tuch ziehen. Beckenbereich lockert sich

– Asymmetrische Positionen

z.B.: die Frau stellt den Fuß auf der Seite des kindl. Rückens erhöht auf einen Stuhl. Dadurch weiten sich die Sitzbeinstacheln und es ist mehr Platz für das Kind.⁸⁸

⁸⁴ Vgl. Geist et al (2007), S. 352 f

⁸⁵ Vgl. Geist et al (2007), S. 352 f

⁸⁶ Vgl. Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 192

⁸⁷ <http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf> (Stand: 08.08.2009)

⁸⁸ Vgl. Geist et al (2007), S. 352

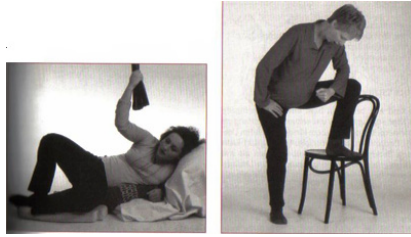


Abbildung 23: a. Die erhöhte Seitenlage b. Asymmetrische Position

7.6.2 Operative Beendigung der Geburt

Dreht sich der Kopf in der nächsten Stunde (bzw. den nächsten 30 Minuten → je nach Krankenhaus unterschiedliche Richtlinie) nicht in den geraden Durchmesser oder findet sich ein pathologisches CTG, muss der Arzt informiert werden, um eine vaginal-operative Beendigung der Geburt durchzuführen. Unter vaginal operativer Geburtsbeendigung versteht man eine Vakuumextraktion und eine Zangengeburt.⁸⁹

8. ASYNKLITISMUS

8.1 Definition

„Eine starke seitliche Beugung des Kopfes im Beckeneingang wird als Scheitelbeineinstellung, Asynklitismus (ungleiche Neigung) oder verstärkte Obliquität (Schrägstellung) bezeichnet.“⁹⁰

8.1.1 Physiologischer Asynklitismus

„Als physiologischer Asynklitismus wird die vorübergehende Annäherung der Pfeilnaht an das Promotorium verstanden. Diese Einstellung wird jedoch im weiteren Geburtsverlauf überwunden.“⁹¹

Der physiologische Asynklitismus dient zur Verringerung des geburtsmechanisch wirksamen Umfanges zur Überwindung des Beckeneingangsraumes.⁹²

8.2 Einteilung

Man unterscheidet zwei Typen der Scheitelbeineinstellung:

- Vordere Scheitelbeineinstellung
- Hintere Scheitelbeineinstellung

⁸⁹ Vgl. Geist et al (2007), S. 352

⁹⁰ Geist et al (2007), S. 354

⁹¹ Mändle/Kreuter (2007), S. 412

⁹² Vgl. Mändle/Kreuter (2007), S. 412



Abbildung 24: Vorderer und hinterer Scheitelbeineinstellung

8.2.1 Vorderer Scheitelbeineinstellung (= verstärkte Naegle-Obliquität)

Die Pfeilnaht verläuft fast quer und ist Richtung Kreuzbein abgewichen. Das vordere Scheitelbein führt.⁹³

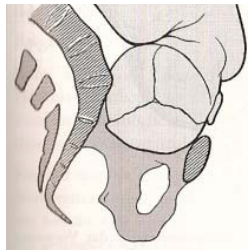


Abbildung 25: Vorderer Scheitelbeineinstellung

8.2.2 Hinterer Scheitelbeineinstellung (= verstärkte Litzmann-Obliquität)

Die Pfeilnaht verläuft fast quer und ist Richtung Symphyse abgewichen. Das hintere Scheitelbein führt.⁹⁴

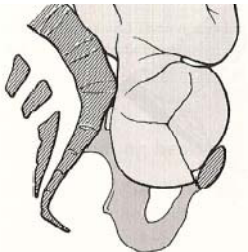


Abbildung 26: Hinterer Scheitelbeineinstellung

8.3 Ursachen

Ein überhöhter Muskeltonus im unteren Uterinsegment oder ein platt verengtes Becken sind Ursachen für asynklitische Einstellungen.⁹⁵

⁹³ Vgl. Geist et al (2007), S. 354, Dudenhausen/Pschyrembel (2001), S. 273

⁹⁴ Vgl. Geist et al (2007), S. 354

⁹⁵ Vgl. Geist et al (2007), S. 354f

8.4 Diagnose

Bei der vaginalen Untersuchung wird anstatt der Pfeilnaht die vorgewölbte Fläche eines Scheitelbeins getastet. Die Pfeilnaht steht quer oder leicht schräg und ist entweder dicht unter der Symphyse oder in der Kreuzbeinhöhle. Es können keine Fontanellen in Führungslinie ertastet werden, da sie weit außen an den Seiten liegen.⁹⁶

8.5 Geburtsverlauf

Merksatz: „Die vordere ist förderlich, die hintere ist hinderlich!“⁹⁷

8.5.1 Vordere Scheitelbeineinstellung

Durch den Wehendruck wird der Schädel nach hinten seitlich abgebogen. Das vordere Scheitelbein ist nun tiefer und schiebt sich über das höher liegende hintere Scheitelbein.

Durch die Konfiguration wird der Schädel schmaler. Im besten Fall kann nun das hintere Scheitelbein tiefer treten. Erfolgt dies nicht muss ein Kaiserschnitt durchgeführt werden.⁹⁸

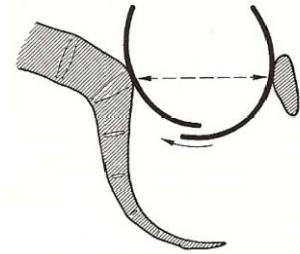


Abbildung 27: Geburtsverlauf bei vorderer Scheitelbeineinstellung

8.5.2 Hintere Scheitelbeineinstellung

Durch den Wehendruck wird der Schädel nach vorne seitlich abgebogen. Das hintere Scheitelbein ist nun tiefer und schiebt sich über das höher liegende vordere Scheitelbein.

Diese Konfiguration hat selten Erfolg. Die Symphyse hindert das vordere Scheitelbein am Tiefertreten. Zusätzlich sitzt die hintere Schulter am Promotorium fest. In den meisten Fällen muss ein Kaiserschnitt durchgeführt werden.⁹⁹

8.6 Therapie

Therapiemöglichkeiten bei Asynklitismus:

- Becken vor- und zurückkippen möglichst bei jeder Wehe
- Beckenkreisen
- Vierfüßlerstand bei hinterer Scheitelbeineinstellung

⁹⁶ Vgl. Geist et al (2007), S. 355

⁹⁷ Geist et al (2007), S. 355

⁹⁸ Vgl. Geist et al (2007), S. 356

⁹⁹ Vgl. Geist et al (2007), S. 356

- Rückenlage, aufrechtes Stehen oder zurückgelehntes Sitzen auf dem Ball: bei vorderer Scheitelbeineinstellung
- Bei Geburtsstillstand: Kaiserschnittgeburt.¹⁰⁰

9. HINTERE HINTERHAUPTSHALTUNG

9.1 Definition

Bei der hinteren Hinterhauptshaltung (auch dorsoposteriore Haltung genannt) befindet sich der Kopf des Kindes in der physiologischen Hinterhauptshaltung, der Rücken des Kindes ist jedoch nach hinten anstatt nach vorne gerichtet. Befindet sich die Mutter bei der Geburt in Rückenlage, so schaut das Kind beim Austritt aus dem Geburtskanal nach oben. Daher werden diese Kinder umgangssprachlich häufig *Sternengucker* genannt.¹⁰¹

9.2 Ursachen

Die dorsoposteriore Haltung kommt bei 1% aller Schädelagen vor und tritt gehäuft bei Mehrgebärenden mit schlaffen Weichteilen, bei sehr kleinen Kindern und bei toten Kindern auf.¹⁰²

9.3 Diagnose

Häufig geht die hintere Hinterhauptshaltung mit einer protrahierten Geburt oder einem Geburtsstillstand einher. Sicherstellen kann man die Diagnose durch eine vaginale Untersuchung. Während man bei der vorderen Hinterhauptshaltung die kleine Fontanelle vorne spürt, zeigt sich hier meist die große Fontanelle dominant. Manchmal ist der Kopf stark genug gebeugt, so dass die große Fontanelle nicht tastbar ist, jedoch die kleine Fontanelle hinten gefunden wird.¹⁰³

An der Frau kann man bei hinterer Hinterhauptshaltung häufig beobachten, dass zu Geburtsbeginn vermehrt Rückenschmerzen vorhanden sind und der Pressdrang deutlich früher beginnt.¹⁰⁴

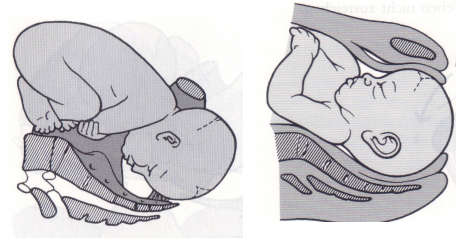


Abbildung 28:
Vergleich vordere und hintere Hinterhauptshaltung

¹⁰⁰ Vgl. Geist et al (2007), S. 356

¹⁰¹ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 195

¹⁰² Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 195

¹⁰³ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 195

¹⁰⁴ Vgl. Geist et al (2007), S. 343f

9.4 Geburtsverlauf

Es gibt drei Möglichkeiten:

- Durch Lagerung dreht sich der Kopf und das Hinterhaupt kommt nach vorne. Diese Rotation erfolgt in ca. 50% der Fälle.¹⁰⁵
- Das Hinterhaupt bleibt hinten und das Kind wird in dieser Haltung entwickelt. Hier findet sich das Problem der verzögerten Austreibungsperiode. Durch die veränderte Haltung kommt es zu mehr Reibung zwischen Weichteilrohr und Kopf. Dies erschwert die Austreibungsperiode ungemein. Auch das Abstemmen an der Symphyse gestaltet sich schwieriger, da sich der Nacken besser einfügt als das Vorderhaupt. Durch die Geburt des breiten Hinterhauptes über den Damm kommt es vermehrt zu Dammverletzungen.¹⁰⁶
- Zwingt der protrahierte Geburtsverlauf zu einem aktiven Vorgehen, so muss die Geburt je nach Höhe des Kopfes mit einem Kaiserschnitt oder vaginal operativ beendet werden.¹⁰⁷

9.5 Therapie

- In der Eröffnungsperiode wird versucht, den kindlichen Kopf durch Positionswechsel zu drehen:
 - Vornübergeneigte Haltung mit Beckenkreisen
 - Knie- Ellenbogen- Haltung
 - Asymmetrische Positionen
 - Seitenlagerung bzw. Stabile Seiten- Bauchlage¹⁰⁸
- In der Austreibungsperiode kann der Kopf sich nicht mehr drehen, man versucht das Tiefertreten durch Positionswechsel zu unterstützen:
 - Knie- Ellenbogen- Haltung
 - Asymmetrische Positionen
 - Seitenlagerung bzw. Stabile Seiten- Bauchlage
 - Äußerer Beckendruck¹⁰⁹

¹⁰⁵ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 196

¹⁰⁶ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 199

¹⁰⁷ Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 199

¹⁰⁸ Vgl. Geist et al (2007), S. 344

¹⁰⁹ Vgl. Geist et al (2007), S. 344

10. ZUSAMMENFASSUNG: THERAPIEMÖGLICHKEITEN

<p>ASYNKLITISMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Becken vor- und zurückkippen – Beckenkreisen – Vierfüßlerstand – (hintere Scheitelbeineinstellung) – Rückenlage, aufrechtes Stehen oder zurückgelehntes Sitzen (vorderer Scheitelbeineinstellung) – Bei Geburtsstillstand: Kaiserschnitt 	<p>HOHER GERADSTAND</p> <ul style="list-style-type: none"> – Knie-Ellenbogen- Lagerung – Vierfüßlerstand – Wechsellagerung – Stabile Seiten-Bauchlage – Kugelkegelhandgriff nach Liepmann – Bei Geburtsstillstand: Kaiserschnitt
<p>TIEFER QUERSTAND</p> <ul style="list-style-type: none"> – Motivation der meist erschöpften Gebärenden – Erklären der kindlichen Position und beschreiben des weiteren Vorgehens – Oxytocin Infusion – Äußerer Beckendruck – Therapeutische Lagerung <ul style="list-style-type: none"> ○ Rechte oder linke Seitenlagerung ○ Vierfüßlerstand ○ Knie-Ellenbogen-Haltung ○ Erhöhte Seitenlage ○ Asymmetrische Positionen – Bei Geburtsstillstand: Vaginal operative Geburtsbeendigung 	<p>HINTERE HINTERHAUPTSHALTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eröffnungsperiode <ul style="list-style-type: none"> ○ Vornübergeneigte Haltung mit Beckenkreisen ○ Knie- Ellenbogen- Haltung ○ Asymmetrische Positionen ○ Seitenlagerung – Austreibungsperiode: <ul style="list-style-type: none"> ○ Knie- Ellenbogen- Haltung ○ Asymmetrische Positionen ○ Seitenlagerung ○ Äußerer Beckendruck – Bei Geburtsstillstand: Vag. operative Geburt bzw. Kaiserschnitt

Wie bereits erwähnt sind durch die veränderte Hormonsituation in der Schwangerschaft die Bänder und Knorpel der Beckengelenke aufgelockert. Durch Bewegung während der Geburt und das Einnehmen verschiedener mütterlicher Positionen kann sich Form und Größe des Beckens geringförmig verändern. So kann die Flexion, die Rotation und das Tiefertreten des kindlichen Kopfes begünstigt werden.¹¹⁰

Laut einer Studie von De Jonge et al, die 2004 veröffentlicht wurde, kann ein Positionswechsel folgendes bewirken:

- Die Form und Ausrichtung des Beckens verändern sich,
- Die Frequenz, Dauer und Effizienz der Wehen verbessert sich,
- Die Geburtslinie, d.h. der Winkel zwischen Kind und Geburtskanal, stimmt,
- Die Schwerkraft und somit das Tiefertreten des Kopfes kann wirken,
- Die Sauerstoffversorgung des Kindes ist besser gewährleistet,

¹¹⁰ Vgl. Simkin/Ancheta (2005), S. 48

- Die Geburt dauert weniger lang,
- Weniger Kaiserschnitte, vaginal operative Geburten und Dammschnitte sind notwendig
- Die Geburt ist für die Frau weniger schmerzvoll.¹¹¹

Diese Ergebnisse sind ident mit denen von Gupta und Hofmeyr in ihrer 2006 veröffentlichten Studie.

Auch Frauen setzen sich mit ihren Geburtserlebnissen auseinander. Befragt man sie nach der Geburt zu den eingenommenen Positionen, erhält man verschiedene Antworten. Viele geben an, dass es eine gelungene Abwechslung war und dass die Geburtshelfer dadurch aktive Hilfestellung vermitteln, dass der Schmerz erträglicher wurde und dass sie sich weniger ausgeliefert fühlten.¹¹²

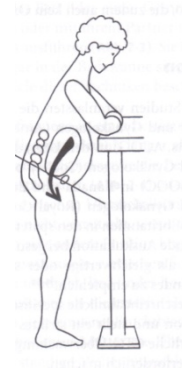


Abbildung 29: Lagewechsel während der Geburt

10.1. Hocken

Vermutlich ist das Hocken die älteste Haltung bei einer Geburt. Die Schwerkraft wird voll ausgenutzt, die Uterusmuskulatur weniger angestrengt und das Steißbein sowie die Sitzknochen können ausweichen um das Baby passieren zu lassen. Da es zu einer Vergrößerung des Beckenausgangs führt, zeigt es vor allem in der Austreibungsperiode seine Wirkung. Sehr gute Ergebnisse bringt die Hocke bei der Therapie eines tiefen Querstandes.¹¹³

10.2. Seiten- und Rückenlage

Auch die Seiten- und die Rückenlage haben ihre Berechtigung in der Geburtshilfe. Die Seitenlage beispielsweise ist eine wichtige Position bei einer hinteren Hinterhauptshaltung.

Die wesentlichen Vorteile der Seitenlage sind:

- Ruhe für die ermüdete Frau,
- sichere Lagerung nach Medikamentengabe oder schwachem Kreislauf,
- Drehung des kindlichen Kopfes (durch Lagerung auf die Seite des kindlichen Rückens),
- Mögliche Linderung von Hämorrhoiden.¹¹⁴

¹¹¹ Vgl. Walsh (2007), S. 84f

¹¹² Vgl. Kuntner (1994), S. 165f

¹¹³ Vgl. Steck et al (2008), S. 222

¹¹⁴ Vgl. Simkin/ Ancheta (2005), S. 215

Die Rückenlage wird in allen von mir verwendeten Büchern nur mehr in Folge einer vaginalen Untersuchung, bei einer diagnostizierten vorderen Scheitelbeineinstellung oder bei einer vaginal operativen Geburt (Zangen- oder Vakuumbgeburt) als sinnvoll erachtet. Ansonsten sollte sie aufgrund der Gefahr von schlechten Herztönen sowie des ungünstigen Becken- Kopf- Verhältnisses vermieden werden.

10.3. Aufrechte Positionen

Beispiel: an Mann gelehnt stehen, durch den Raum gehen,....

Aufrechte Positionen nutzen die Schwerkraft aus und führen laut einer Studie von Jong et al. 1997 zu weniger Schmerz sowie Dammverletzungen während der Geburt. Auch Hofmeyr und Kulier bestätigen die positive Wirkung einer aufrechten Position. Sie konnten einen Zusammenhang zwischen der mütterlichen und der kindlichen Position in ihrer Datenanalyse erkennen.

Ein weiterer Vorteil ist, dass die Frau in dieser Position ihr Becken kreisen lassen kann oder die Hüften wie beim Bauchtanz schwingt. Auch dies wirkt sich positiv auf den Eintritt des Kopfes in das Becken aus.

Verbringt die Frau nicht nur die Eröffnungsperiode in einer aufrechten Position, sondern gebärt auch ihr Kind in dieser Form, so sollte vermehrt auf die Blutung geachtet werden, da als einzig erwähnenswerter Nachteil in der Literatur ein erhöhtes Blutungsrisiko angegeben wird.¹¹⁵

10.4. Asymmetrische Positionen

Können im Sitzen, Knien oder Stehen durchgeführt werden und bringt folgende Vorteile mit sich:

- Vergrößerung des Beckenausgangs,
- Unterstützung der Rotation,
- Linderung von Rückenschmerzen,
- Nutzung der Schwerkraft.



Abbildung 30: Asymmetrische Positionen

¹¹⁵ Vgl. Steck et al (2008), S. 221

10.5. Vorwärts geneigte Positionen

Beispiele: Vierfüßlerstand, Knie-Ellenbogenlage,....

Vornübergeneigte Positionen können im Sitzen, im Stehen oder auf den Knien durchgeführt werden. Während der Eröffnungswehen helfen diese Positionen vor allem dadurch, dass der Uterus sich der Schwerkraft folgend nach vorne bewegt, so dass das Köpfchen des Kindes im richtigen Winkel zum Beckeneingang und zur Zervix steht.¹¹⁶

Je nachdem, ob die Frau sitzt, steht oder kniet zeigen sich folgende große Vorteile:

- Ausnutzung der Schwerkraft,
- weniger Rückenschmerzen,
- fördert die Rotation,
- größerer Beckeneingang,
- Ausrichtung des Kindes in der Beckenführungslinie,
- Beugung des kindlichen Kopfes wird gefördert,
- Wehen können stärker und effizienter werden.¹¹⁷

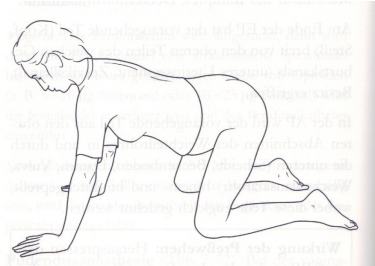


Abbildung 31: Vierfüßlerstand

11. DER KAISERSCHNITT- EINE MÖGLICHKEIT ZUR LÖSUNG VON EINSTELLUNGSANOMALIEN

Der Kaiserschnitt (=Sectio caesariae) wird eine immer populärer werdende Form der Entbindung. Es gibt verschiedene Indikationen, die zu einer Kaiserschnittnotwendigkeit führen. Unter anderem werden hier in der Literatur auch die Einstellungsanomalien als Indikation angegeben.

Geburtshelfer stehen immer häufiger zwischen den Fronten. Soll der vermutlich einfachere Weg des Kaiserschnittes gewählt werden oder sollen alternative Methoden wie zum Beispiel Lagewechsel durchgeführt werden. Im zweiten Teil dieser Bakkalaureatsarbeit wird dieser Frage auf den Grund gegangen. Zuerst möchte ich klären, worum es sich genau bei einem Kaiserschnitt handelt, um dann Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapiemöglichkeiten bei Einstellungsanomalien abzuwiegen.

¹¹⁶ Vgl. Steck et al (2008), S. 221

¹¹⁷ Vgl. Simkin/ Ancheta (2005), S. 225

11.1. Statistik

Statistik Austria beschreibt die Lage in Österreich im „Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007“ mit den folgenden Worten:

„Was die Art der Entbindung betrifft, wurden im Jahr 2007 67,4% der Lebendgeborenen spontan geboren, 27,2% wurden mittels Kaiserschnitt entbunden [...]“¹¹⁸

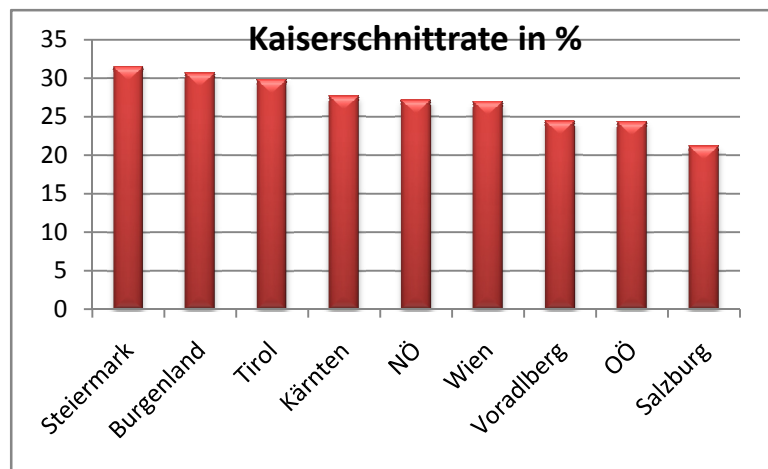


Tabelle 1: Kaiserschnittgeburten in Österreich 2007

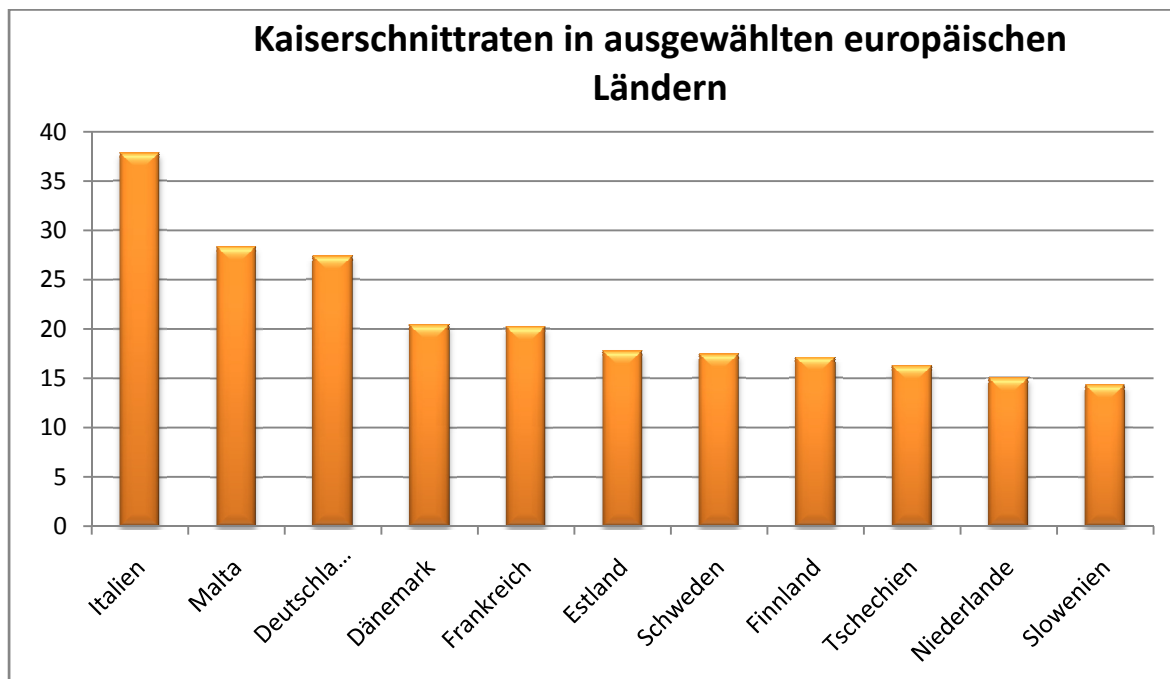


Tabelle 2: Kaiserschnittrate in europäischen Ländern

¹¹⁸ Vgl. http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html (Stand: 28.07.2009)

11.2. Geschichte

Die geschichtlichen Anfänge der Sectio liegen im Dunkeln. Sicher weiß man jedoch, dass diese Operationsform eine der ersten Notoperationen überhaupt darstellt.¹¹⁹

Seinen Namen erhielt der Kaiserschnitt durch eine Legende. Angeblich soll Julius Caesar (100 v. Chr.) per Kaiserschnitt zur Welt gekommen sein, was jedoch als sehr unwahrscheinlich gilt, da diese Art der Operation zur damaligen Zeit den sicheren Tod der Mutter bedeutet hätte und Caesars Mutter aber noch 46 Jahre später gelebt hat. Wahrscheinlich wurde diese Legende in die Welt gesetzt, um die herausragende Stellung Caesars hervorzuheben. Dass es zur damaligen Zeit schon Schnittentbindungen gab, scheint jedoch gesichert, da im Lex regia (=königliches Gesetz) festgeschrieben steht, dass eine schwangere Frau erst dann beerdigt werden dürfte, wenn ihre Leibesfrucht zuvor herausgeschnitten worden war.¹²⁰

11.3. Definition

Der Kaiserschnitt wird in der Fachsprache auch Sectio caesariae (kurz Sectio) oder abdominale Schnittentbindung genannt.

„Operative Beendigung der Schwangerschaft oder der Geburt unter chirurgischer Eröffnung von Bauchdecken und Uterus und Entwicklung des Kindes.“¹²¹

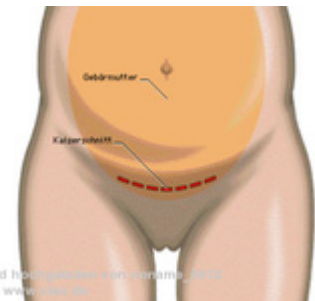


Abbildung 32: Der Kaiserschnitt

Man unterscheidet dabei zwei Arten der Schnittentbindung:

- Primäre Sectio: Vor Beginn von zervixwirksamer Wehentätigkeit und vor dem Blasensprung.
- Sekundäre Sectio: Bei mütterlicher oder kindlicher Gefährdung nach dem Einsetzen von Wehentätigkeit oder einem Blasensprung.¹²²

¹¹⁹ Vgl. Oblasser/Ebner(2007), S.30f

¹²⁰ Vgl. Meissner (2003), S.22f

¹²¹ Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 309

¹²² Vgl. Dudenhaus/ Pschyrembel (2001), S. 309

11.4. Indikationen

Es gibt verschiedene Gründe, die zu einem Kaiserschnittentschluss führen können:

- Der in der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen festgelegte Kaiserschnitt:
 - Steißlage des Kindes
 - Zwillinge (erstes Kind nicht in Schädellage)
 - Präeklampsie oder Hellp-Syndrom
 - vor dem Muttermund liegende Plazenta (placenta praevia)
 - vorzeitige Plazentalösung
 - absolutes Kopf-Becken-Missverhältnis
 - Querlage
 - HIV

- Kaiserschnitt in der Schwangerschaft festgelegt, da diese Geburtsform dem Wunsch der Mutter entspricht (= Wunschkaiserschnitt).

- Beschluss zur Sectio während der Geburt wegen:
 - Geburtsstillstand (unter anderem auf Grund von **Einstellungsanomalien**)
 - Schlechter werdendem Gesundheitszustand von Mutter oder Kind
 - Drohender Uterusruptur
 - Nabelschnurvorfall
 - Blutung bei tiefsitzender Plazenta
 - Frühgeburt < 32 Schwangerschaftswoche.¹²³

11.4.1 Sectioindikationen im LKH Graz bis 1994

In einer von Peter Weiss veröffentlichten Studie von 1994 wird zwischen zwei Arten von Sectioindikationen unterschieden:

- Absolute Sectioindikation (hierbei handelt es sich um nicht vermeidbare Kaiserschnitte)
- Relative Sectioindikation (darunter versteht man Indikationen, bei denen eventuell auch eine vaginale Geburt möglich wäre).

¹²³ Meissner (2003), S. 38f, Geist et al (2007), S. 372

Zu den häufigsten absoluten Indikationen gehören am LKH Graz:

- Schlechtes Ergebnis bei der Mikrobiotuntersuchung,
- Zustand nach zweimaliger Sectio,
- Nabelschnurvorfall,
- Vorzeitige Plazentalösung,
- Steißlage bei einem Kind unter 2000g.¹²⁴

Auch die häufigsten relativen Sectioindikationen wurden in dieser Studie ausfindig gemacht:

- Intrauterine Asphyxie,
- schlechte Herztöne (CTG) des Kindes,
- protrahierte Geburt,
- Beckenendlage,
- **Einstellungsanomalien.**¹²⁵

Eine Einstellungsanomalie wurde in der Grazer Sectioanalyse häufig gemeinsam mit den Diagnosen Schädel-Beckenmissverhältnis und protrahierte Geburt diagnostiziert. Demnach ist schwierig einzuschätzen, wie häufig wirklich eine Einstellungsanomalie zu einer Sectio führt, da meist mehrere Faktoren gemeinsam zu einem Kaiserschnittentschluss führen. So entsteht eine protrahierte Geburt nicht aus dem Nichts, sondern hängt meist mit einer Wehenschwäche oder einer Einstellungsanomalie zusammen.¹²⁶

Sieht man sich die Geburten an, bei denen eine Einstellungsanomalie zu einer Sectio geführt hat, so gliedert sich dies in:

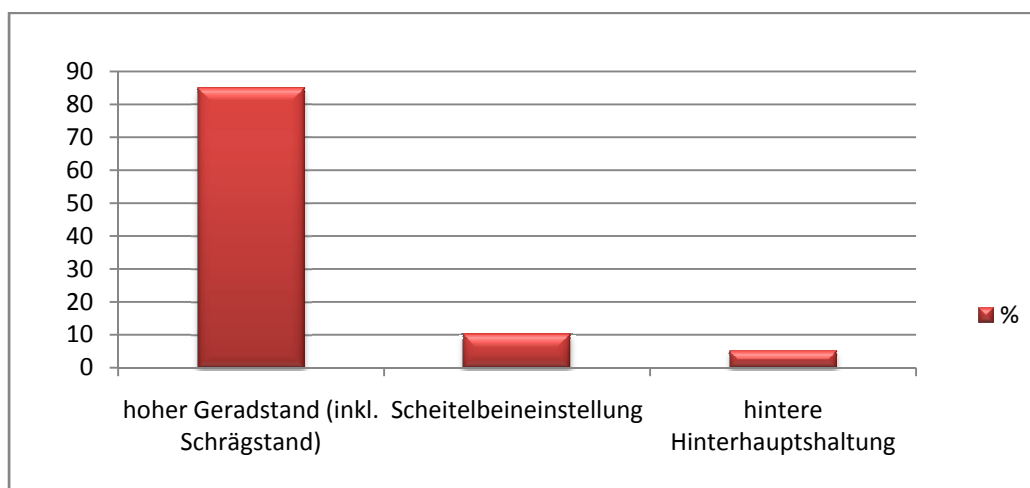


Tabelle 3: Einstellungsanomalien die zu einer Sectio führen

¹²⁴ Vgl. Weiss (1994), S. 30

¹²⁵ Vgl. Weiss (1994), S. 35

¹²⁶ Vgl. Weiss (1994), S. 95

11.5. Auswirkungen des Kaiserschnittes auf Mutter und Kind

Die Risiken einer Sectio werden von Gegnern und Befürwortern unterschiedlich gesehen. Ich habe im Folgenden versucht, diese umstrittenen Auswirkungen des Kaiserschnittes zusammenzutragen.

11.5.1 Mütterliche Risiken

Eine WHO Multicenterstudie kommt zu dem Schluss:

Frauen mit einem Kaiserschnitt, sowohl bei elektivem als auch sekundärem, hatten unabhängig von Schwangerschaftsverlauf, demographischen und klinischen Merkmalen ein doppelt so hohes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko [...].¹²⁷

Physische Risiken für die Mutter sind:

- Durch die Operation steigt die Thrombose-, Embolie- und Infektionsgefahr,
- Die Sterblichkeit liegt im Vergleich zur vaginalen Geburt bei 1:2,6 und ist so bei weitem höher,
- Der Kaiserschnitt führt zu einem durchschnittlich höher liegendem Blutverlust während der Geburt,
- Im Wochenbett treten häufig starke Schmerzen im Bereich der Narbe auf,
- Postpartal kommt es doppelt so häufig zu einer Rehospitalisierung,
- In Folgeschwangerschaften kommt es häufiger zu:
 - Uterusrupturen,
 - Plazentaanomalien,
 - Plazentalösungsstörungen,
 - vorzeitiger Plazentalösung.
- Spätfolgen wie Verwachsungen und Verklebungen der einzelnen Gewebsschichten der Bauchhöhle können vorkommen.¹²⁸

¹²⁷ Declercq (2008), S. 7

¹²⁸ Vgl. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T2.pdf (Stand: 09.09.09); Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2008), S. 4f; Jurgelucks (2004), S. 27; Schwarz (2009), S. 9; Groß (2006), S. 690, Nowitzky (2009), S. 30f

Psychische Folgen des Kaiserschnittes sind:

„Welche Erfahrung macht die Frau, die ihr Kind vaginal zur Welt bringt? Sie und das Baby haben einen Prozess durchgemacht, der heftiger, archaisch und gewaltig war. Von dieser extremen Lebenserfahrung geht eine Kraft aus, das Gefühl, etwas ganz Besonderes gemeinsam gemeistert zu haben.“¹²⁹

– Enttäuschung:

Viele Frauen haben das Gefühl, persönlich versagt zu haben. Sie fühlen sich in ihrer Rolle als Frau überfordert, da sie es nicht geschafft haben, ein Kind vaginal zur Welt zu bringen.¹³⁰

– Alles umsonst?

Handelt es sich um eine sekundäre Sectio, haben die Frauen häufig spontan das Gefühl, dass die ganze geleistete Wehenarbeit umsonst war. Dies stimmt jedoch nicht, da die gemeinsame Geburtsarbeit von Mutter und Kind schon begonnen hat und so auch wichtige Hormone ausgeschüttet wurden. Das Kind hat Wehen und die damit verbundenen Veränderungen erlebt und konnte sich so auf das Geboren werden einstellen.¹³¹

– Verlorene Muttergefühle:

Durch die Trennung von Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt kann es sein, dass die Mutter ein sehr fremdes Gefühl ihrem Kind gegenüber hegt. Erschwert wird dies dadurch, dass die Frau meist unmittelbar Schuldgefühle verspürt, da sie keine Nähe zu ihrem Kind empfindet. Dass der Mutter das eigene Kind fremd vorkommt tritt vor allem bei Operationen in Vollnarkose und bei sofortiger Transferierung des Kindes auf die Neonatologie ein.¹³²

– Verlust der Freude an Sexualität:

Kaiserschnittmütter erleben häufig eine Veränderung der Sexualität und des eigenen Körpergefühls. Zusammenhängend damit kommt es weniger häufig zu einer weiteren Schwangerschaft.¹³³

– Recht auf Selbstbestimmung?

Vor allem bei einer Notsectio kann die Frau das Gefühl haben, die Kontrolle über die Situation zu verlieren und dass ihr ihre Entscheidungsfähigkeit genommen wird. Auch

¹²⁹ http://www.pauladiederichs.de/veroeffentlichungen/Paula_Diederichs_Kaiserschnitt.pdf (Stand: 08.09.09)

¹³⁰ Vgl. Meissner (2003), S. 32ff

¹³¹ Vgl. Meissner (2003), S. 32ff

¹³² Vgl. Meissner (2003), S. 32 ff

¹³³ Vgl. Mikolitch (2009), S. 19

existenzielle Ängste können sich einprägen. Eine bleibende Angst um das Kind und um den eigenen Gesundheitszustand kann sich manifestieren.¹³⁴

11.5.2 Kindliche Risiken

Ein Zusammenhang zwischen höherer Sektiorate und geringerer Anzahl an neonatalen Todesfällen kann nicht nachgewiesen werden. So hat Italien zwar eine mehr als doppelt so hohen Kaiserschnitttrate wie Slowenien, die neonatale Sterblichkeit ist jedoch annähernd gleich (Italien: 0,28%, Slowenien: 0,26%) wie die folgende Graphik zeigt:

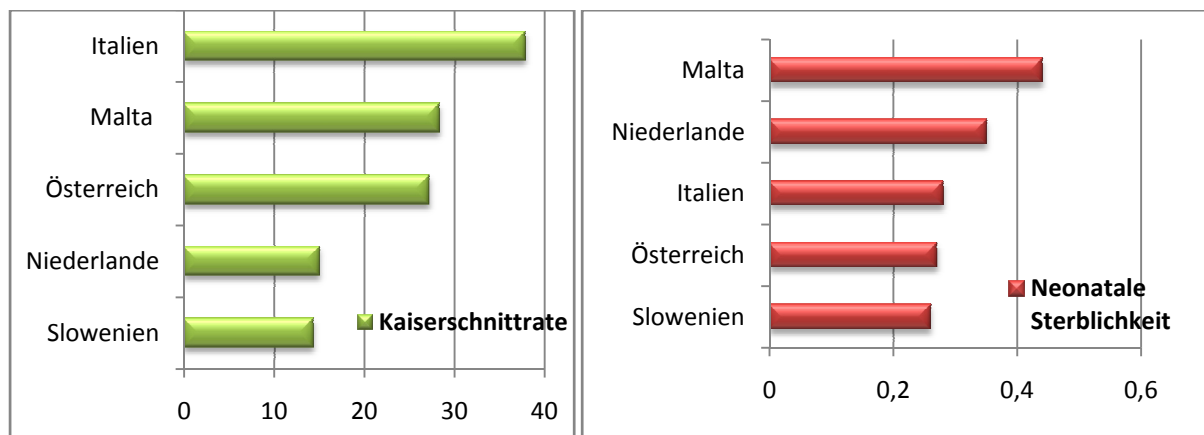


Tabelle 4: Vergleich neonatale Sterblichkeit und Sektiorate

Psychische Auswirkungen der Sectio:

Bei der vaginalen Geburt ist das Kind im Rhythmus der Wehen am Geburtsprozess beteiligt. Mutter und Kind arbeiten gemeinsam daran, den Geburtsprozess voranzutreiben und zu beenden. Dies schafft bei Mutter und Kind ein erstes Gefühl von Zusammenhalt.

Alle Sinne des Kindes werden gefordert. Der Geschmack des Fruchtwassers verschwindet bei Austritt und neue Geschmackserlebnisse finden statt. Mutter und Kind riechen einander sofort nach der Geburt und nehmen auf diesem Wege ein starkes Liebeserlebnis wahr. Im Operationssaal hingegen kann kein Körperkontakt zur Mutter hergestellt werden und es herrschen chemische Gerüche aufgrund der Hygienerichtlinien. Auch die Geräusche verändern sich. Während das Kind schon im Bauch Stimmen wahrnimmt und so die Stimme der Eltern und der Hebamme vertraut sind, wird die Geräuschkulisse im Operationssaal (Klappern von Instrumenten) als fremd erlebt.

Besonders einschneidend muss auch der plötzliche Übergang von der dunkelroten Farbe im Mutterleib zum grellen Operationslicht sein. Während bei der vaginalen Geburt das Kind sich

¹³⁴ Vgl. Jurgelucks (2004), S. 29

lange auf die bevorstehende Geburt vorbereiten kann und alle Sinne startbereit sind, dauert der Kaiserschnitt nur wenige Minuten und die Sinnesorgane sind mit der plötzlichen Umstellung häufig überfordert. Dies kann in schweren Fällen sogar zu Netzhautirritationen führen.¹³⁵

„Die Geburt eines Menschen ist eine entwicklungsbedingte Krise, ein Übergangsstadium. Die körperliche Einheit mit der Mutter wird aufgegeben. In dieser Situation muss das Baby eine große Anpassungsleistung vollbringen, ebenso die Mutter.“¹³⁶

Physische Risiken des Kaiserschnittes:

Das allgemein verbreitete Gerücht, dass der Kaiserschnitt zwar für die Mutter gefährlich sei, jedoch für das Kind die sicherste Methode, lässt sich nicht bestätigen. Ferner gibt es Daten, die zeigen, dass in Ländern, in denen die Sectiorate über 8% liegt, keine besseren Ergebnisse erzielt werden, wenn man den Gesundheitszustand der Kinder vergleicht.¹³⁷

– Atmung

Bei Wehenbeginn schüttet der mütterliche Körper eine massive Menge an Oxytocin aus, ein Hormon, das nicht nur wehenfördernd wirkt, sondern auch zu einer letzten Lungenreife des Kindes führt. Im Geburtskanal werden die kindlichen Rippen im Rhythmus der Wehen über Stunden komprimiert und wieder entspannt. Auch beim Geburtsaustritt sind die Rippen komprimiert um dann in den Ausgangszustand zurückzukehren, was zum ersten Atemzug führt. Vor allem beim primären, ohne Wehen durchgeführten, Kaiserschnitt bleibt dies aus. Mehrere große Studien zeigen, dass Neugeborene nach einem Kaiserschnitt zwei- bis siebenmal häufiger ein Atemnotsyndrom aufweisen. Dies wiederum führt dazu, dass durch Schnittentbindung zur Welt gekommene Kinder häufiger auf die Kinderstation müssen und so von der Mutter getrennt werden.¹³⁸

– Schnittverletzungen:

Diese können beim Uterusschnitt entstehen und eine Wunde am kindlichen Körper hinterlassen.¹³⁹

¹³⁵ Vgl. Sator (2009), S. 13f

¹³⁶ http://www.pauladiederichs.de/veroeffentlichungen/Paula_Diederichs_Kaiserschnitt.pdf (Stand: 08.09.09)

¹³⁷ Vgl. Haenggi-Bally/ Heinzl (2004), S. 1248

¹³⁸ Vgl. Sator (2009), S. 13f; ; Jurgelucks (2004), S. 27

¹³⁹ Vgl. Jurgelucks (2004), S. 27

SCHLUSSFOLGERUNG

Nach intensiver Befassung mit der Thematik der Einstellungsanomalien kann man folgendes Urteil fassen: Eine Einstellungsanomalie kann nicht immer durch einen Lagewechsel der Mutter behoben werden. Dennoch gibt es viele Autoren, die belegen, dass verschiedene Positionen zur Behebung einer Einstellungsanomalie führen können.

Nicht vergessen sollte man, die großen psychischen und physischen Risiken, die ein Kaiserschnitt mit sich bringt. Man kann davon ausgehen, dass auch eine vaginal operative Geburt eine ähnliche Anzahl an Schwierigkeiten mit sich bringt. Im Anbetracht dessen kann ich mich am Ende dieser Arbeit für einen Therapieversuch mittels Lagewechsel aussprechen. Sollte dieser zu keiner Veränderung führen, kann immer noch auf die operativen Möglichkeiten der Geburtsbeendigung zurückgegriffen werde.

Meine Forschungsfrage „Ist eine operative Geburtsbeendigung bei Einstellungsanomalie notwendig oder gibt es ein alternatives Vorgehen?“ kann somit eindeutig beantwortet werden. Ja, es gibt alternative Methoden und es zahlt sich aus, diese zu nutzen, bevor man auf eine operative Methode zurückgreift.

Nach eingehendem Studium der Thematik ist die hohe Kaiserschnitttrate von 27,2% erschreckend. Einstellungsanomalien sind nur in einem Bruchteil der Fälle die Indikation, die zum Sectioentschluss führt. Dennoch denke ich, dass es ein erster Schritt in die richtige Richtung ist, hier anzusetzen und mit Hilfe von Positionswechsel zu versuchen, die Operation zu verhindern.

Die WHO äußert sich zur Thematik der hohen Kaiserschnitttraten folgendermaßen:

„ Ab welchem Prozentsatz keine weiteren Verbesserungen des Outcomes mehr zu erwarten sind – was also als optimale Sectio- Rate betrachtet werden kann- ist höchst umstritten. Es ist davon auszugehen, dass die Empfehlung der WHO aus dem Jahr 1986, dass Sectio- Raten nicht über 10- 15% steigen sollten, noch immer ihre Gültigkeit hat.“¹⁴⁰

Abschließend möchte ich festhalten, dass weiterführende Studien zum Erfolg alternativer Vorgangsweisen im Geburtsverlauf sowie zu den langfristigen Folgen einer Sectio caesarae interessant und notwendig sind.

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik sollte nicht vergessen werden, dass von einem pathologischen Verlauf der Geburt gesprochen wurde. Der Großteil der Geburten verläuft ohnehin physiologisch und komplikationslos.

¹⁴⁰ Schwarz (2009), S. 10

Meine Bakkalaureatsarbeit möchte ich mit folgendem Statement schließen:

*Wirkliche Geburtshilfe ist eine grosse Kunst,
und weil diese Kunst so schwierig ist,
ist es leichter, ein guter "Caesarist"
als ein guter Geburtshelfer zu sein.*

(Prof. Zacherl, Graz)

GLOSSAR¹⁴¹

Asphyxie	Atemstörung oder Atemstillstand
CTG	Kardio-Toko-Graph, Aufzeichnung der Wehentätigkeit und der fetalen Herztöne
Dystokie	erschwerter Entbindung
HELLP	wird in der Literatur sowohl als Untergruppe der Präeklampsie als auch als eigenständige Erkrankung beschrieben, es setzt sich aus den Symptomen Hämolyse, erhöhte Leberwerte als auch Thrombozytopenie (=zu wenig weiße Blutkörperchen) zusammen
HIV	menschlicher Immunschwächevirus, Erreger von AIDS(=Immundefektsyndrom)
Intrauterin	innerhalb der Gebärmutter, vor der Geburt
Makrosomie	Neugeborene > 4000 Gramm
MBU	Mikro- Blut- Untersuchung, Methode bei der mittels Inzision an der kindlichen Kopfhaut Blut vom ungeborenen Kind während der Geburt abgenommen wird, um eine Blutgasanalyse durchführen zu können
Präeklampsie	früher EPH Gestose, ein durch Blutdrucksteigerung und vermehrt Proteinen im Harn (=Proteinurie) charakterisiertes Krankheitsbild, das in der Schwangerschaft auftritt
Uterusruptur	Das Zerreißen der Gebärmutterwand

¹⁴¹ Duden: Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim et al, 2003

LITERATURVERZEICHNIS

Baltzer, Jörg/ Friese, Klaus/ Graf, Michael/ Wolff, Friedrich: Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das komplette Praxiswissen in einem Band, Stuttgart, 2004

Böhi, P.: Regelwidrige Kopfstände und –lagen, URL:
<http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf>, 2002, Stand: 08.08.2009

Declercq, Eugene: Kaiserschnitt- Mythen: was steckt dahinter?, in: Österreichische Hebammenzeitung, 15. Jg., 2009, Nr. 01/09, S. 5- 8

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarae und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch, in: DGGG Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen, 2008

Diedrich, Klaus/ Holzgreve, Wolfgang/ Jonat, Walter/ Schneider, Karl- Theo/ Weiss, Jürgen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin et al, 2000

Diederichs, Paula: Ist es egal, wann und wie wir geboren werden?, URL:
http://www.pauladiederichs.de/veroeffentlichungen/Paula_Diederichs_Kaiserschnitt.pdf,
Stand: 08.09.2009

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007

Gerhard, Ingrid/ Feige, Alex: Geburtshilfe integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie, München, 2005

Görke, Kay/ Valet, Alex: Kurzlehrbuch Gynäkologie und Geburtshilfe, 4. Aufl., München, 2000

Groß, Mechthild: Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarae, in: Hebammenforum, 2006, Nr. 9, S. 688- 697

Haenggi- Bally, David/ Heinzl, Siegfried: Ist die natürliche Geburt out? Hintergründe und Überlegungen zum Wunsch- Kaiserschnitt, in: Schweiz Med Forum, 2004, Nr. 4, S. 1244-1251

Jurgelucks, Christiane: Wie Frauen die Geburt ihres ersten Kindes per Kaiserschnitt erleben- Eine qualitative Studie, Diplomarbeit, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, 2004

Kuntner, Liselotte: Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht, 4. Aufl., München, 1994

Mändle, Christine/ Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 5. Aufl., Stuttgart, 2007

Meissner, Brigitte Renate: Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Frauen erzählen, was sie erlebten und wie sie ihren Kaiserschnitt verarbeitet haben, Basel, 2003

Mikolitch, Katrin: Trauma durch Kaiserschnitt?, in: Österreichische Hebammenzeitung, 15. Jg., 2008, Nr. 01/09, S. 19- 21

Nowitzky, Barbara Anna: Psychische Störungen im Wochenbett bei Kaiserschnitt-entbundenen Frauen, Dissertation, Ludwig- Maximilian- Universität München, 2009

Oblasser, Caroline/ Ebner, Ulrike: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen, Salzburg, 2007

Pfleiderer, Albrecht/ Breckwoldt, Meinert/ Martius, Gerhard: Gynäkologie und Geburtshilfe. Sicher durch Studium und Praxis, 4. Aufl., Stuttgart, 2001

Sator, Ferdinand: Alle wollen gesunde Kinder, in: Österreichische Hebammenzeitung, 15. Jg., 2008, Nr. 01/09, S. 12- 14

Schwarz, Clarissa: Unnötige Interventionen vermeiden, in: Österreichische Hebammenzeitung, 15. Jg., 2009, Nr. 01/09, S. 9- 12

Simkin, Penny/ Ancheta, Ruth: Schwierige Geburten- leicht gemacht. Dystokien erfolgreich meistern, Bern, 2001/ 2. Aufl., Bern, 2005

Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007, URL:

http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html, 2007, Stand: 28.07.2009

Steck, Thomas/ Hertel, Edeltraut/ Morgenstern, Christel/ Pachmann, Heike: Kompendium der Geburtshilfe für Hebammen, Wien/ New York, 2008

Uhl, Bernhard: Gynäkologie und Geburtshilfe compact. Alles für Station und Facharztprüfung, 2. Aufl., Stuttgart, 2001

Walsh, Denis: Evidence- based Care for Normal Labour and Birth. A guide for midwives, New York, 2007

Weiss, Peter: Sectio Caesarae und assoziierte Fragen, Wien/ New York, 1994

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anatomie des Beckens

www.beckenbodentraining-schwaebe.de

Abbildung 2: Das knöcherner Becken

Pfleiderer, Albrecht/ Breckwoldt, Meinert/ Martius, Gerhard: Gynäkologie und Geburtshilfe. Sicher durch Studium und Praxis, 4. Aufl., Stuttgart, 2001, S. 378

Abbildung 3: Wichtige Durchmesser des Beckens

Mändle, Christine/ Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 5. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 300

Abbildung 4: Klassische Beckenebenen

Mändle, Christine/ Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 5. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 300

Abbildung 5: Weichteile

Pfleiderer, Albrecht/ Breckwoldt, Meinert/ Martius, Gerhard: Gynäkologie und Geburtshilfe. Sicher durch Studium und Praxis, 4. Aufl., Stuttgart, 2001, S. 380

Abbildung 6: Die Zervix

http://cervixcentrum.charite.de/1_hr/1_image/erkrankungen/cervix-portio.jpg

Abbildung 7: Beckenboden

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 90

Abbildung 8: Diaphragma pelvis

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 91

Abbildung 9: Diaphragma urogenitale und äußere Muskelschicht

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 92

Abbildung 10: Kindlicher Schädel

<http://www.bertelsmann-bkk.de/fileadmin/Redakteure/Bilder/gesundheitslexikon/506699.jpg>

Abbildung 11: Eintreten des Kopfes in den Beckeneingang

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 244

Abbildung 12: Geburtsmechanik

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 246

Abbildung 13: Austrittsbewegung des Kindes

Diedrich, Klaus/ Holzgreve, Wolfgang/ Jonat, Walter/ Schneider, Karl- Theo/ Weiss, Jürgen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin et al, 2000, S. 181

Abbildung 14: Deflexionshaltungen

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 343

Abbildung 15: Roederer Kopfhaltung

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 353

Abbildung 16: Möglichkeiten des hohen Geradstandes

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 353

Abbildung 17: Dritter Leopoldscher Handgriff

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 340

Abbildung 18: Darstellung des tiefen Querstandes

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 360

Abbildung 19: Erster tiefer Querstand

<http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf>

Abbildung 20: Zweiter tiefer Querstand

<http://www.boehi.ch/docs/Lageanomalien.pdf>

Abbildung 21: Der tiefe Querstand

http://www.oggg.org/resources/pdf/JK_2005/HB1_1_Kraehenmann-.pdf

Abbildung 22: Der äußere Beckendruck

Geist, Christine/ Harder, Ulrike/ Stiefel Andrea: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 4. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 340

Abbildung 23: a. Die erhöhte Seitenlage b. Asymmetrische Position

Mändle, Christine/ Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 5. Aufl., Stuttgart, 2007, S. 367

Abbildung 24: Vordere und hintere Scheitelbeineinstellung

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 274

Abbildung 25: Vordere Scheitelbeineinstellung

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 274

Abbildung 26: Hintere Scheitelbeineinstellung

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 274

Abbildung 27: Geburtsverlauf bei vorderer Scheitelbeineinstellung

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 275

Abbildung 28: Vergleich vordere und hintere Hinterhauptshaltung

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 197/ 141

Abbildung 29: Lagewechsel während der Geburt

Simkin, Penny/ Ancheta, Ruth: Schwierige Geburten- leicht gemacht. Dystokien erfolgreich meistern, Bern, 2001/ 2. Aufl., Bern, 2005, S. 49

Abbildung 30: Asymmetrische Positionen

Simkin, Penny/ Ancheta, Ruth: Schwierige Geburten- leicht gemacht. Dystokien erfolgreich meistern, Bern, 2001/ 2. Aufl., Bern, 2005, S. 49

Abbildung 31: Vierfüßlerstand

Dudenhausen, Joachim W./ Pschyrembel, Willibald: Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen, 19. Aufl., Berlin, 2001, S. 170

Abbildung 32: Der Kaiserschnitt

<http://imagesa.ciao.com/ide/images/products/normal/568/product-797568.jpg>

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Kaiserschnittgeburten 2007

Lisa Rapberger nach einer Vorlage von: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007, URL: http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html, 2007, Stand: 28.07.2009

Tabelle 5: Kaiserschnitttrate in europäischen Ländern

Lisa Rapberger nach einer Vorlage von: Europeristat: The European Perinatal Health Report, URL: <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>, 2008, Stand: 15.11.2009

Tabelle 3: Einstellungsanomalien die zu einer Sectio führen

Lisa Rapberger nach einer Vorlage von: Weiss, Peter: Sectio Caesararum und assoziierte Fragen, Wien/ New York, 1994

Tabelle 6: Vergleich neonatale Sterblichkeit und Sektiorate

Lisa Rapberger nach einer Vorlage von: Europeristat: The European Perinatal Health Report, URL: <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>, 2008, Stand: 15.11.2009