

Prävention und Behandlung von Einstellungsanomalien

Facharbeit

Vorgelegt am 07. Oktober 2019

Erstellt im Rahmen der
Ausbildung zur Hebamme

Ausbildungsjahr: 2

Kurs: 2017 – 2020

Von

Jasmin Schulz

Hebammenschule
Akademie für Gesundheitsberufe
Hegelstraße 4
70174 Stuttgart

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Formen und Gründe für Einstellungsanomalien	2
3 Möglichkeiten zur Prävention von Einstellungsanomalien	3
4 Erkennen von Einstellungs- und Lageanomalien	7
5 Möglichkeiten zur Behandlung von Einstellungsanomalien	9
6 Fazit.....	13
Anhangsverzeichnis.....	14
Abbildungsverzeichnis	17
Literaturverzeichnis.....	18

1 Einleitung

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem dorsoposteriore Einstellungsanomalien in den letzten 50 Jahren zugenommen haben.¹ Die häufigsten Ursachen sind regelwidrige Einstellungen des Kindes schon in der Schwangerschaft.² Gründe dafür können unsere heutige Lebensweise und die Erleichterungen, die uns das moderne Leben bietet, sowie für die Einstellung des Kindes kontraproduktiv ausgeführten Bewegungen und Körperhaltungen sein.³

„Es gibt immer mehr Beweise dafür, dass die natürliche Geburt einen bestimmenden Teil der frühen Programmierung darstellt, dessen positive Effekte die Gesundheit noch viele Jahre später grundlegend beeinflussen können. Ein Kaiserschnitt sollte deshalb nur bei medizinischer Notwendigkeit für die Gesundheit der Mutter oder des Babys vorgenommen werden.“⁴

Ziel dieser Facharbeit ist es Wege aufzuzeigen, die es trotz Einstellungsanomalie ermöglichen ein Kind auf natürliche Weise zu entbinden und ihm so das Bestmögliche mit zu geben - das Mikrobiom der Mutter selbst. Auf dieser Grundlage wird das weitere Immunsystem des Kindes aufgebaut.⁵

Zu Beginn der Facharbeit werden verschiedene Formen von Einstellungsanomalien genannt und Gründe für dessen Ursache aufgeführt. Es folgen Möglichkeiten zur Prävention und diagnostische Hinweise zur Früherkennung. Abschließend werden Behandlungswege erläutert, unter anderem das in der Praxis noch wenig angewandte Gutschwager Manöver.

¹ Vgl. Harder (2013) S. 405

² Vgl. Simkin, Ancheta (2005) S. 61

³ Vgl. Harder (2013) S. 406f

⁴ Stiftung Kindergesundheit (2015)

⁵ Vgl. Arrieta et al. (2018)

2 Formen und Gründe für Einstellungsanomalien

„Die Einstellungsanomalie ist eine Geburtskomplikation, bei der das ungeborene Kind nicht geburtsförderlich in das Becken der Mutter absteigt und eine geburtshinderliche Lage einnimmt. Die Geburt stagniert mit der Einstellungsanomalie in den meisten Fällen vollständig. Um das Kind zu entbinden, stehen Maßnahmen wie der Kaiserschnitt oder die vaginal-operative Geburt zur Verfügung.“⁶

Zu den Einstellungsanomalien gehören unter anderem:

- Der hohe Geradstand
- Die hintere Hinterhauptshaltung
- Die Scheitelbeineinstellung
- Die Roederer Einstellung
- Gesichtslage

Die modernen Sofas und Sessel von heute, mit ihren weit nach hinten gelehnten Rückteilen sind zwar bequem, aber für Schwangere in den letzten Monaten kontraproduktiv, da das Becken und somit auch das Kind nach hinten kippen.⁷ Sitzmöbel aus vergangenen Zeiten waren eher nüchtern, gerade und weniger weich. Die Menschen hatten eine sehr aufrechte Sitzhaltungen, alles andere galt als unschicklich.

Heutzutage bewegen sich die Menschen deutlich weniger wie noch vor 100 Jahren.⁸ Als Schwangere früher häufig nach vorne geneigt im Garten oder auf dem Feld arbeiteten und sich viel bewegten, war das zwar wesentlich anstrengender, aber für ihre ungeborenen Kinder die perfekten Bewegungsmuster, um sich in die physiologische vordere Hinterhauptshaltung einzustellen.

Einstellungsanomalien können auch bei Schwangeren mit verengtem Becken auftreten. Das muss aber nicht gleich bedeuten, dass diese Frauen nicht vaginal gebären können. Die Beckenform und -größe sollten nicht allein betrachtet werden. Es kommt auch darauf an wie groß das Kind im Bezug zum Becken ist. Ein kleineres Kind kann durchaus auch durch ein engeres Becken geboren werden.⁹

⁶ Nonnenmacher (2019)

⁷ Vgl. Brailey (2014) S. 6

⁸ Vgl. Brailey (2014) S. 6f

⁹ Vgl. Harder (2013) S. 401

3 Möglichkeiten zur Prävention von Einstellungsanomalien

Für Hebammen, als Expertinnen der physiologischen Geburt, bietet es sich an bereits in Geburtsvorbereitungskursen werdenden Müttern Positionen aufzuzeigen, die sich günstig auf die Einstellung des Kindes auswirken. Dadurch können lange und schmerzhaftes Eröffnungsperioden verhindert, sowie Fehleinstellungen vorgebeugt werden. Hier eignet sich die OFP (Optimal Foetal Positioning) Methode. Diese Vorgehensweise ist keine neue Erfindung, sondern ein lang überliefertes Wissen, das durch die moderne Geburtshilfe und die damit verbundene Medikalisierung zum großen Teil in Vergessenheit geraten ist.¹⁰

Bei der OFP Methode wird Schwangeren im Geburtsvorbereitungskurs genau erklärt, welche wirksamen Körperhaltungen sie in der Spätschwangerschaft (ab dem 8. Monat) einnehmen sollten und warum gerade diese Körperpositionen ihrem Kind die Möglichkeiten geben sich in die physiologische vordere Hinterhauptslage zu drehen. Als freischaffende Hebamme klärte Sue Brailey acht Jahre lang gemeinsam mit ihren Kolleginnen in einer Londoner Hebammenpraxis ihre zu betreuenden Frauen mittels der OFP Methode auf. Mit dem Wissen um die Wichtigkeit der Körperhaltung in der Schwangerschaft konnten die Hebammen die Rate der Einstellungsanomalien deutlich senken und brachten in sechs Jahren bei ca. 400 Frauen nur ein einziges Kind mit einer hinteren Hinterhauptslage zur Welt. Diese Erkenntnisse konnten auch andere Hebammen nach Anwendung der Methode bestätigen.¹¹ Aufrechte oder nach vorne gelehnte Körperhaltungen werden bei dieser Methode bevorzugt. Der Rücken sollte für längeres Sitzen geradegestellt werden, beispielsweise auf langen Autofahrten. Ebenfalls sind in der Schwangerschaft Stühle mit gerader Lehne und der Schneidersitz zur Prävention von Fehleinstellungen vorteilhaft. Hier kann ein Kissen unter das Gesäß geschoben werden. Damit kann das Becken etwas nach vorne kippen und dem Kind mehr Platz bieten seine Position zu finden.¹²

Beim Liegen ist es wichtig, dass das Kind die Möglichkeit bekommt sich fallen zu lassen und den Bauch sozusagen als *Hängematte* zu nutzen. Dies gelingt am einfachsten, wenn die Frau seitlich liegt (bestenfalls auf der Seite des kindlichen Rückens, welcher meist in der ersten Schädellage liegt) und ein Stillkissen oder ähnliches zwischen ihre Beine legt. So entlastet sie ihr Becken und auch ihren Beckenboden, der in der Schwangerschaft schon reichlich zu tragen hat.¹³

Solange sich die werdende Mutter wohlfühlt, kann sie auf dem Rücken schlafen. Allerdings ist es in den letzten Monaten der Schwangerschaft nicht zu empfehlen, denn der schwere

¹⁰ Vgl. Brailey (2004) S. 7

¹¹ Vgl. Brailey (2004) S. 7

¹² Vgl. Simkin, Ancheta (2005) S. 107

¹³ Vgl. Natmessnig et al. (2017)

Bauch kann auf die Vena cava (große Vene an der Wirbelsäule) drücken und so zu Kreislaufproblemen führen. Auch für das Kind ist die Rückenlage gegen Ende der Schwangerschaft keine günstige Position, da der Uterus nach hinten abweicht und es dem Kind hiermit erschwert sich optimal zur Führungslinie einzustellen (siehe Abbildung 1).¹⁴

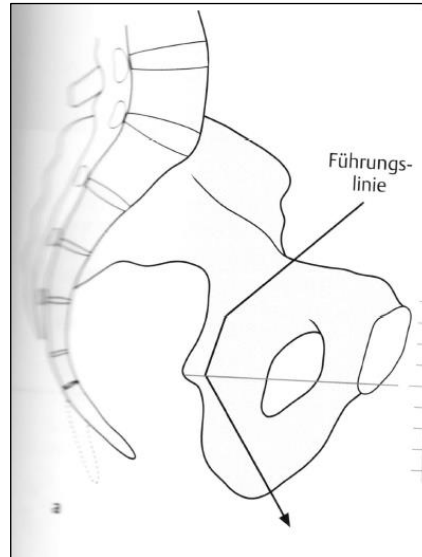


Abbildung 1: Führungslinie, Hebammenkunde (2013)

Regelmäßige Spaziergänge in gemäßigtem Tempo und aufrechtem Gang helfen dem Kind sich in eine gute Geburtsposition zu begeben. Ebenso ist Brustschwimmen bis Ende der Schwangerschaft ein sehr guter Sport. Dieser entlastet die Gelenke, stärkt die Rückenmuskulatur, hilft dem Kind sich in die vordere Hinterhauptslage einzustellen und beugt Rückenschmerzen vor.

Auch Bauchtanz und Yoga sind gute Möglichkeiten sich in der Schwangerschaft fit zu halten und dabei positiv auf das Kind und die bevorstehende Geburt einzuwirken.¹⁵ Braxton Hicks Kontraktionen (Übungswehen) und ein Ziehen in der Schambeingegend sollten von Schwangeren als positiv bewertet werden. Sie sind ein Zeichen dafür, dass das Kind sich versucht in die geeignete Geburtsposition zu begeben.¹⁶

¹⁴ Vgl. Harder (2013) S. 312

¹⁵ Vgl. Vonbank (2017)

¹⁶ Vgl. Brailey (2004) S. 7

Anheben des Bauches (Abdominal Lift and Tuck)

Diese Übung eignet sich für Schwangere, die in Folge schwacher Bauchmuskeln oder starker Rektusdiastase einen sehr schweren und eher nach vorne geneigten Bauch haben. Vielfach betrifft es Mehrgebärende oder Frauen mit starkem Hohlkreuz. Oft haben es deren Kinder schwerer sich unter der Geburt gut ins Becken einzudrehen (siehe Abbildung 2). Betroffene Frauen haben häufig Rückenschmerzen mit einer dorso-posterioren Stellung des Kindes. Wie in Abbildung 3 zu sehen wird das Kind durch Anheben des Bauches in eine bessere Achse zum Geburtsweg gebracht.

Die Frau legt ihre Hände bei dieser Methode unterhalb ihres Bauches ab, hebt diesen unter der Wehe an und kippt gleichzeitig ihr Becken nach hinten. Dies sollte für etwa zehn Wehen durchgeführt werden. Dadurch wird der untere Rücken gerade und der Beckeneingangsraum vergrößert was dem Kind somit das Tiefertreten erleichtert. Diese Übung kann auch mit Hilfe des Partners oder eines breiten langen Tuches erfolgen, welches unter dem Bauch entlang geführt wird. Der Vorteil dieser Übung liegt darin, dass die Schwerkraft ausgenutzt wird und in manchen Fällen, wie bei Mehrgebärenden die Geburt beschleunigt wird.¹⁷

„In seltenen Fällen liegt die Nabelschnur sehr tief und zwischen Kind und Bauchdecke der Mutter. In diesem Fall kann sie durch das Anheben des Bauches komprimiert werden. Daher sollte die Hebamme gelegentlich die Herztöne in der Wehe auskultieren.“¹⁸

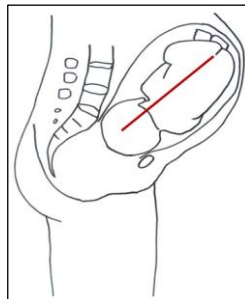


Abbildung 2: Schlechter Winkel - Kind drückt Richtung Kreuzbein, Schmid (2016)

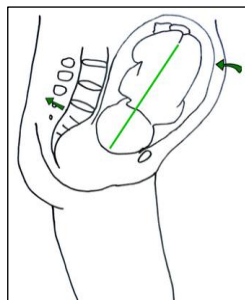


Abbildung 3: Besserer Winkel durch Becken kippen, Schmid (2016)

¹⁷ Vgl. Simkin/ Ancheta (2005) S. 254f

¹⁸ Simkin/ Ancheta (2005)

Förderung der physiologischen Geburt

Soweit es möglich ist und die Schwangeren sich sicher fühlen, sollten sie den Geburtsbeginn zu Hause verbringen und sich mit alltäglichen Tätigkeiten ablenken. So steigern sie sich nicht schon am Anfang der regelmäßigen Wehentätigkeit zu sehr in die Geburt hinein. Es bleibt für den Geburtsmarathon am Ende mehr Energie übrig und die Hemmschwelle zu Schmerzmitteln ist deutlich erhöht. Wenn schlafen nicht mehr möglich ist, hilft regelmäßiges ruhen, um Energie zu sparen und Kraft zu tanken.¹⁹

Grundsätzlich sollten sich Gebärende unter der Geburt nach ihrem eigenen Körpergefühl bewegen. Die meisten Schwangeren tun dies intuitiv und unterstützen so den eigenen Körper im Geburtsprozess. Ein häufiger Positionswechsel der Frau begünstigt eine optimale Einstellung des Kindes im mütterlichen Becken.²⁰ Zur Aufgabe der Hebammen gehört es dabei den Gebärenden in den unterschiedlichen Phasen der Geburt effektive Anleitungen und Hilfestellungen anzubieten.²¹

In Kreißsälen gibt es unterschiedliche Vorrichtungen, die im Laufe der Geburt zur Unterstützung genutzt werden können. Das meist an der Decke angebrachte Tuch, der Pezziball, die Gebärwanne, Gymnastikmatten sowie das Gebärbett, welches viele Positionen einnehmen kann und auch in der Höhe variabel verstellbar ist.²² Aber auch laufen oder stehen ist unter der Geburt möglich. In Studien wurde der schmerzlindernde Effekt von Bewegung unter der Geburt nachgewiesen. Aufrechte Gebärpositionen können die Atmung verbessern, das Schmerzempfinden verringern und die Geburtsdauer verkürzen. Ebenso werden die Vitalwerte von Mutter und Kind positiv beeinflusst.²³

In der Eröffnungsphase, die vom Beginn der regelmäßigen zervixwirksamen Wehen bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes auf zehn Zentimetern geht, wird Wärme ebenso wie eine Druckentlastung um das Kreuzbein von vielen Frauen als angenehm empfunden.²⁴ Regelmäßiges Entleeren der Blase ist unter der Geburt unerlässlich, um dem Kind den nötigen Raum zu geben und die Geburt nicht unnötig zu verzögern. Weiterhin kann es hilfreich sein, wenn die Gebärenden sich an etwas hängen oder Zug mit ihren Händen ausüben können. Dadurch wird das Becken vom Gewicht des Oberkörpers entlastet und kann sich erheblich leichter und freier bewegen.²⁵ Eine Außen- und Innenrotation der Oberschenkel ist ebenfalls förderlich. Damit kommen die Sitzbeinstachel in Bewegung und es wird Platz für den kindlichen Kopf geschaffen.²⁶ In jeder dieser Positionen ist es förderlich das Becken kreisen zu lassen, um das Kind zu unterstützen seine Position zu finden.

¹⁹ Vgl. Simkin/ Ancheta (2005) S. 112f

²⁰ Vgl. Simkin, Ancheta (2005) S. 48

²¹ Vgl. Odent (2016) S. 140f

²² Vgl. Lehermayr, Bürger (2014)

²³ Vgl. Harder (2013) S. 307f

²⁴ Vgl. Calais-Germain, Parès (2018) S. 70

²⁵ Vgl. Calais-Germain, Parès (2018) S. 158

²⁶ Vgl. Calais-Germain, Parès (2018) S. 71

Möchten Frauen unter der Geburt aus Erschöpfung zwischenzeitlich ruhen, eignet sich der Vierfüßlerstand besonders gut. In dieser Position wird das Kreuzbein entlastet und mögliche Schmerzen gelindert. Auch die Seitenlage ist eine förderliche Körperhaltung, dadurch kann sich die Beckenmitte gut öffnen.²⁷ Dennoch gibt es keine Position, die auf Dauer zu empfehlen ist. Die Gebärenden sollten grundsätzlich angehalten werden ihre Positionen regelmäßig zu verändern, vor allem wenn ein protrahierter Geburtsverlauf besteht. So kann dem Kind ermöglicht werden sich in eine geburtsförderliche Position zu drehen bevor die werdenden Mütter völlig entkräftet sind.²⁸

4 Erkennen von Einstellungs- und Lageanomalien

Im Folgenden Abschnitt werden die Leopoldschen Handgriffe, die vaginale Untersuchung und wichtige diagnostische Hinweise erläutert, um Einstellungs- und Lageanomalien frühzeitig zu erkennen.

Leopoldsche Handgriffe

Die Leopoldschen Handgriffe sind benannt nach dem Gynäkologen Christian Gerhard Leopold (1846-1922) und in der Geburtshilfe angewendete, klassische Untersuchungsschritte mit den Händen. Durch diese Handgriffe ist es möglich die vorgeburtliche Lage des Kindes im Uterus festzustellen.²⁹

Der 1. Handgriff nach Leopold ermöglicht es den Fundus zu ermitteln, den oberen Teil des Uterus und somit den bestehenden Schwangerschaftsmonat. Auch der jeweilige Kindsteil kann ertastet werden - fühlt es sich eher weich an wie ein Steiß oder doch eher rund und hart wie ein Kopf.

Beim 2. Handgriff tasten Hebammen auf welcher Seite der Frau sich der kindliche Rücken befindet - in der ersten Stellung (Rücken des Kindes links von der Frau aus) oder zweiten Stellung (Rücken des Kindes rechts von der Frau aus). Ob der Rücken eher nach vorne Richtung Bauch der Schwangeren (dorso-anterior) oder Richtung Rücken der Frau gedreht ist (dorso-posterior).

²⁷ Vgl. Calais-Germain, Parès (2018) S. 70f

²⁸ Vgl. Simkin/Ancheta (2005) S. 48

²⁹ Vgl. Hailer (2015) S. 118f

Der 3. Handgriff wird über der Symphyse mit einer Art Zangengriff ausgeführt und lässt Hebammen anhand des ballotieren spüren, ob es sich eher nach einem Kopf als vorangehender Teil (lässt sich gut hin und her bewegen) oder um den Steiß handelt (lässt sich kaum ballotieren). Es ist ebenso möglich zu fühlen, ob überhaupt ein vorangehender Teil tastbar ist. Falls nicht, wäre es möglich, dass es sich um eine Querlage handelt. Durch diesen Handgriff lässt sich ebenfalls feststellen, ob der vorangehende Teil im Bezug zum Becken gut eingestellt ist.

Der 4. Handgriff nach Leopold wurde in der Praxis unter der Geburt durch die vaginale Untersuchung ersetzt, die Hebammen heute die Einstellung des Kindes und auch den Höhenstand des Köpfchens verraten.

Die vaginale Untersuchung unter Geburt

Durch die vaginale Untersuchung ist es möglich festzustellen, ob der Muttermund sich schon geöffnet hat, die Fruchtblase noch steht, vaginaler Schleim, Fruchtwasser oder Blut abgeht, die Zervix verkürzt und der vorangehende Teil des Kindes gut eingestellt ist. Die vaginale Untersuchung zeigt ebenfalls auf welcher Höhe sich der vorangehende Teil befindet - am Beckeneingang, in der Beckenmitte oder am Beckenboden. Des Weiteren ob er richtig zur Führungslinie eingestellt ist, also ob die Zervix nach vorne (zentriert) oder noch unreif nach hinten Richtung Steiß (sakral) ausgerichtet ist oder sich die Zervix noch zwischen Steiß und Symphyse (mediosakral) befindet. In der Regel wird auf Wunsch der Frau oder während des Geburtsverlaufes, spätestens wenn die Geburt nicht weitergeht und die Frau unbestimmte, wehenunabhängige Schmerzen angibt, vaginal untersucht. Für eine vaginale Untersuchung sollte vorab eine Indikation vorliegen und unbedingt das Einverständnis der Frau eingeholt werden. „Weltweit gilt der digital erhobene Tastbefund als der Goldstandard für die Bestimmung des Höhenstands und der Rotation des kindlichen Kopfes.“³⁰ Je nach Weite des Muttermundes ist es möglich bei der vaginalen Untersuchung an den Kopf des Kindes zu kommen und die Fontanellen zu fühlen. Somit kann ertastet werden, ob die kleine bzw. die große Fontanelle führt oder ob überhaupt eine Fontanelle spürbar ist. Das Untersuchen unter der Geburt gibt den Hebammen Informationen über den Höhenstand und die Drehung des kindlichen Kopfes. „Sie ist sehr subjektiv, schwer zu reproduzieren und kann erschwert oder verfälscht werden, zum Beispiel durch die veränderte Kopfform bei einem Caput succedaneum.“³¹

³⁰ Kohls (2016) S. 11

³¹ ACOG (2000)

Diagnostische Hinweise

Geben Frauen unter der Geburt abnorme Knochenschmerzen im Bereich des Kreuzbeins an, kann es daran liegen, dass das Kind falsch eingestellt ist und mit dem breiten Hinterhaupt gegen das Promotorium drückt. Starke Schmerzen an der Symphyse auch außerhalb der Wehen können ein Hinweis für eine Einstellungsanomalie sein. Auch ein verfrühter Pressdrang bei unvollständigem Muttermund deutet darauf hin, da hierbei das ausladende Hinterhaupt des Kindes auf das Rektum drückt (im Gegensatz zum flachen Vorderhaupt). Ebenso von Bedeutung ist ein Wehensturm ohne vorherige Medikamentengabe. Kindsbewegungen im Oberbauch und über der Symphyse können ebenfalls Hinweise für eine Einstellungsanomalie, wie der dorso-posterioren Lage sein.³²

5 Möglichkeiten zur Behandlung von Einstellungsanomalien

Es gibt verschiedene Möglichkeiten das Kind in eine geburtsförderliche Position wie die hintere Hinterhauptslage zu bekommen. Im weiteren Verlauf werden Maßnahmen aufgeführt, die häufig in der Fachliteratur genannt werden und in Kliniken Anwendung finden. Am Ende dieses Kapitels wird eine eher unbekannte Art der Lagekorrektur vorgestellt, bei der die Einstellung des Kindes trotz tieferem Sitz im Becken noch korrigiert werden kann. Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass der vorangehende Teil der Kopf ist.

Knie-Ellbogen-Lage (Knie-Kopf-Lage)

Die Frau kniet und lehnt sich nach vorne auf die Ellbogen/ Unterarme und legt dabei den Kopf auf ein flaches Kissen oder ihre Arme ab (siehe Abbildung 4). Das Becken muss in dieser Lage deutlich höher liegen als der Oberkörper. Wird beim Untersuchen in der Latenzphase oder der Eröffnungsphase festgestellt, dass das Kind ungünstig eingestellt ist (z. B. hoher Geradstand oder dorsoposteriore Einstellung) und noch nicht fest im Becken sitzt, kann die Gebärende für 30 Minuten diese Position einnehmen.³³ Dadurch bekommt das Kind die Möglichkeit sich wieder aus dem Becken zu lösen und hat die Chance sich richtig zu beugen.³⁴ Die Hebamme kann durch Schütteln des Beckens unter der Wehe das Kind unterstützen sich zu lösen und neu einzustellen. Die Position ist auch von großem Vorteil, wenn die Entbindende unter starken Rückenschmerzen oder schmerzenden Hämorrhoiden leidet oder sich bei starkem und langem Druck durch den kindlichen Kopf eine ödematöse Muttermundslippe gebildet hat. Ist das Kind daraufhin richtig eingestellt und

³² Vgl. Harder (2013) S. 406

³³ Vgl. Harder (2013) S. 309

³⁴ Vgl. Simkin/Ancheta (2005) S. 229

empfindet die Frau diese Position als angenehm, kann eine gerollte Decke oder ein Kissen zwischen ihre gebeugten und breit auseinander gestellten Knie positioniert werden. So kann sie sich jederzeit in den Fersensitz zurück setzen. Das erleichtert das Tiefertreten des Kindes und die Gebärende kann ihre Arme für kurze Zeit entspannen.³⁵



Abbildung 4: Knie-Ellbogen-Lage, Deutscher Hebammenverband (2013)

Sims- Lage

Die Frau liegt auf der Seite des kindlichen Rückens. Wie in Abbildung 5 zu sehen, ist das untere Bein gestreckt und das obere Bein leicht gebeugt. Es kann auch mit Hilfe eines Tuches von der Decke (Hüftbreite) etwas Höher gelagert werden, um das Becken weit zu machen. Das obere Bein darf auch abgelegt werden, dann sollte es aber deutlich höher sein als die Hüfte. Das gelingt gut mit einem Stillkissen. Diese Position ist hilfreich, wenn der kindliche Kopf sich in der Beckenhöhle befindet und beginnt sich ins Becken zu drehen. Diese Position eignet sich ebenso gut, wenn der Muttermund schon offen ist, aber das Köpfchen noch hochsteht. In diesem Falle sollte das obere Bein vor- und zurückbewegt werden, um dem Kind das „Einfädeln“ zu erleichtern. Auch Frauen, die eine PDA haben und weniger mobil sind können diese Körperhaltung einnehmen.³⁶

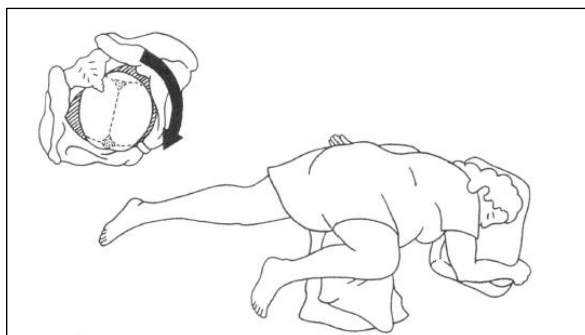


Abbildung 5: Sims Lagerung, Penny Simkin (2017)

³⁵ Vgl. Harder (2013) S. 309f

³⁶ Vgl. Calais- Germain, Vives Parès (2018) S. 133

Das Gutschwager Manöver

Entwickelt wurde das Gutschwager Manöver von der Hebamme Annett Gutschwager in ihrem damaligen Geburtshaus in Bamberg. Während der Betreuung einer Gebärenden deren Kind sich nach Blasensprung in die hintere Hinterhauptslage gedreht hatte und dessen große Fontanelle führte, probierte Annett Gutschwager alle gängigen Gebärpositionen wie die Knie-Ellbogen-Lage, Wechsellagerung oder Sims-Lage aus. Doch die Fehleinstellung blieb bestehen. Der Muttermund öffnete sich langsam, blieb aber bei sieben Zentimeter stehen. Da es dem Kind weiterhin gut ging und die Frau motiviert war alles auszuprobieren, um nicht in die Klinik verlegt werden zu müssen, hatte die Hebamme Zeit sich Gedanken über alternative Maßnahmen zu machen. Sie versetzte sich in die Lage des Kindes und überlegte wie sie diesem die Möglichkeit geben könnte sich nochmal aus dem Becken zu lösen und richtig einzustellen. Dies war die Geburtsstunde des *Gutschwager Manövers*. Sie erklärte der Gebärenden das Vorhaben und diese war damit einverstanden. Nach Durchführung des Manövers kam es zur raschen Spontangeburt eines lebensfrischen Mädchens aus regelrechter Schädellage.³⁷ Das Gutschwager Manöver wurde fortan aufgrund des Erfolges für mehr als zehn Jahre im Geburtshaus Bamberg angewendet.

Im November 2015 stieß Frau Romy Hartmann, die Leiterin des Kreißsaals im Level 1 Klinikum Pforzheim auf einen Artikel von Annett Gutschwager im Hebammenforum. Die Erklärungen zum Gutschwager Manöver schienen ihr plausibel und so probierte das dortige Kreißsaal-Team das Manöver aus. Die Ergebnisse überzeugten und so ist das Gutschwager Manöver seit diesem Tag auf der Liste der Hebammenkniffe im Helios Klinikum.³⁸ In dieser Klinik wurde eine Fallsammlung zum Gutschwager Manöver erstellt. Darin wird aufgelistet bei welcher Einstellungsanomalie das Gutschwager Manöver angewendet wurde und ob es zum Erfolg geführt hat. Das Manöver wurde in einem Zeitraum von 25 Monaten während 95 Geburten durchgeführt, bei denen entweder eine Einstellungsanomalie oder ein Geburtsstillstand diagnostiziert wurde. In 65 der 95 Fällen war das Manöver erfolgreich (siehe Anhang 1: Dokumentierte Fälle des Gutschwager Manövers).³⁹ Diese Geburten wären ohne dieses Manöver als Sectio cesarea im Operationssaal geendet.

³⁷ Vgl. Gutschwager (2017) S. 15

³⁸ Vgl. Hartmann (2017) S. 50f

³⁹ Vgl. Hartmann (2019)

Durchführung des Gutschwager Manövers

Um das Manöver durchführen zu können, müssen ein paar Voraussetzungen beachtet werden:

- Der Kopf sollte schon einen Bezug zum Becken haben
- Das Kind sollte normal groß geschätzt und nicht Makrosom sein
- Die Gebärende darf nicht unter Hypertonie oder Herzproblemen leiden
- Der letzte Kaiserschnitt sollte mindestens zwei Jahren her sein

Zu Beginn wird die Gebärende über Sinn und Zweck des Manövers informiert und warum es vorgeschlagen wird. Dies gelingt am besten anhand eines Demo-Beckens und einer Puppe. Danach wird das mündliche Einverständnis der Frau eingeholt. Wichtig ist, dass die Frau vor dem Manöver die Blase entleert. Anschließend wird eine Gymnastikmatte ausgelegt und die Gebärende legt sich mit dem Rücken darauf. Die Hebamme stellt sich an das Fußende der Frau und nimmt ihre Beine an den Oberschenkeln hoch zum Schulterstand. Die Knie der Hebamme stützen den Rücken der Frau. In dieser Position schubst die Hebamme das Becken der Frau sanft ein paar Mal, um das Kind aus der festgefahrenen Position zu lösen. Es reichen zwei oder drei Po-Schubse aus. Nach dem Manöver geht die Frau für kurze Zeit in den Vierfüßlerstand. Hier kann eine Herztonkontrolle durchgeführt werden. Danach sollte sich die Frau auf die Seite des kindlichen Rückens legen (siehe Anhang 2: Plakat mit Anleitung zum Gutschwager Manöver). Bei erfolgreicher Durchführung des Manövers und einer vollständigen Eröffnung des Muttermunds kann es zu einer raschen Spontangeburt kommen.

Der Vorteil in diesem Manöver liegt darin, dass außer einer Gymnastikmatte keinerlei Hilfsmittel benötigt werden. Das Kind bekommt aufgrund der kompletten Streckung der Frau im Schulterstand viel Platz seine Position zu korrigieren und somit die Chance sich nochmal richtig einzustellen.⁴⁰

⁴⁰ Vgl. Gutschwager (2014)

6 Fazit

Ziel dieser Arbeit war es aufzuzeigen, dass protrahierte Geburten durch angepasste Gebärlagen und Maßnahmen positiv beeinflusst werden können. Durch rechtzeitiges Erkennen und förderliches Handeln lassen sich eventuelle operative Eingriffe vermeiden. Aufgrund der positiven Erfolge des Gutschwager Manövers ist es sinnvoll, dass weitere Kliniken eine Fallsammlung anlegen und aufzeigen, ob und wie förderlich das Manöver bei Einstellungsanomalien war. Hebammen gewinnen durch diese Methode eine weitere Handlungsmöglichkeit, um Frauen auch bei nicht regelrechten Geburten positiv in ihrer Geburtsarbeit zu unterstützen. Dadurch kann sowohl die Mutter als auch das Kind so unversehrt wie möglich aus der Geburt gehen. Regelmäßige Weiterbildungen zum Thema Einstellungsanomalien vor allem für Hebammen in der Geburtshilfe wären sinnvoll und wichtig, um die leider noch zu häufigen sekundären Sectios zu reduzieren. In Geburtsvorbereitungskursen sollte vermehrt kommuniziert werden wie wichtig es ist in der Spätschwangerschaft förderliche Körperpositionen einzunehmen, um so vielen Frauen wie möglich die Chance zu geben ein positives Geburtserlebnis zu haben. Daran können sie wachsen und ein gestärktes Urvertrauen und Selbstbewusstsein bekommen.

„Die Art und Weise wie wir gebären und geboren werden, prägt nicht nur unser ganzes Leben, sondern auch unsere Gesellschaft und somit die Zukunft unserer Erde.“⁴¹

⁴¹ Odent (2019)

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Dokumentierte Fälle des Gutschwager Manövers.....	15
Anhang 2: Plakat mit Anleitung zum Gutschwager Manöver	16

Anhang 1: Dokumentierte Fälle des Gutschwager Manövers

Gutschwager-Manöver		
Dokumentierte Fälle im Zeitraum von Febr. 2017 – März 2019 bei insgesamt <u>3436 Geburten</u> in diesem Zeitraum		
Stichprobengröße: 95 Fälle		
Sortiert nach Einstellungsanomalien:		
<u>Hoher Geradstand</u>		
15 Fälle	11 gelungen	davon 9 Spontangeburt 2 VE
	4 nicht gelungen	davon 4 Sectiones
<u>Vorderhauptslage</u>		
9 Fälle	5 gelungen	davon 4 Spontangeburt 1 VE
	4 nicht gelungen	4 Sectiones
<u>Hintere Hinterhauptslagen</u>		
67 Fälle	47 gelungen	davon 40 Spontangeburt 4 VE 3 Sectiones
	20 nicht gelungen	davon 16 Sectiones 2 VE 2 Spontangeburt aus hi HHL
<u>Stimlage</u>		
1 Fall	1 nicht gelungen	1 Sectio
<u>Vordere Scheitelbeineinstellung</u>		
1 Fall	1 gelungen	1 Sectio
<u>Gesichtslage</u>		
1 Fall	1 nicht gelungen	1 Sectio
<u>Gemini hi HHL des ersten Geminus</u>		
1 Fall	1 gelungen	1 Spontangeburt beider Kinder

Abbildung 6: Dokumentierte Fälle des Gutschwager Manövers, Helios Klinikum Pforzheim (2019)

Das Manöver wurde bei Primiparae und Multiparae zeitlich zwischen 4 und 10cm Muttermundweite, jedoch überwiegend zwischen 8 und 10cm durchgeführt. Die Frauen hatten in wenigen Fällen eine PDA. (Unsere PDArate liegt aber derzeit nur bei 9%, daher sind es nicht viele) Die Indikationen für das Manöver waren Geburtstillstand oder sicher diagnostizierte Einstellungsanomalie unabhängig von Blasensprung und Wehentätigkeit.

Anhang 2: Plakat mit Anleitung zum Gutschwager Manöver






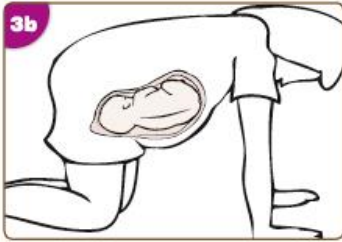

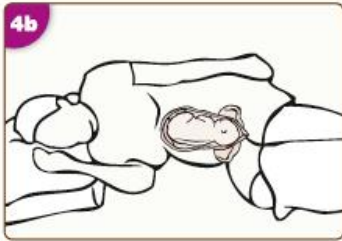
	<p>1a) Frau liegt auf dem Rücken vor der Hebamme. Hebamme fasst die Frau zum Hochziehen an den Oberschenkeln. Auf rückenschonendes Arbeiten achten!</p> <p>1b) Kind liegt im Beispiel in II b Stellung.</p>	
	<p>2a) Frau wird in den Schulterstand gehoben. Knie der Hebamme stützt im Kreuzbeinbereich das Becken der Frau. Hebamme schiebt mit dem Knie vorsichtig das Gesäß. Es genügen wenige Poschuber.</p> <p>2b) Köpfchen des Kindes fällt aus dem Becken bzw. löst sich vom Beckenkamm</p>	
	<p>3a) Vierfüßlerstand, Herztonkontrolle</p> <p>3b) Kindlicher Rücken fällt mit der Schwerkraft nach vorne zum Bauch der Gebärenden</p>	
	<p>4a) Seitenlage (nach Möglichkeit Lage des kindlichen Rückens beachten)</p> <p>4b) Bei erfolgreicher Durchführung des Manövers stellt sich das Kind in regelrechter Schädellage ein. (Bild 4b – II vordere Hinterhauptslage)</p> <p>Bei guter Wehentätigkeit und bereits im Voraus teilerverweiterten Muttermund kann es zu raschem Geburtsverlauf kommen.</p>	

Abbildung 7: Plakat des Gutschwager Manövers, Annett Gutschwager mit Fotos von Anni Maurer (2014)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Führungslinie, Hebammenkunde (2013)	4
Abbildung 2: Schlechter Winkel - Kind drückt Richtung Kreuzbein, Schmid (2016)	5
Abbildung 3: Besserer Winkel durch Becken kippen, Schmid (2016)	5
Abbildung 4: Knie-Ellbogen-Lage, Deutscher Hebammenverband (2013)	10
Abbildung 5: Sims Lagerung, Penny Simkin (2017)	10
Abbildung 6: Dokumentierte Fälle des Gutschwager Manövers, Helios Klinikum Pforzheim (2019)	15
Abbildung 7: Plakat des Gutschwager Manövers, Annett Gutschwager (2014)	16

Literaturverzeichnis

- Andrea Stiefel, C. G. (2013). *Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Stuttgart: Hippokrates.
- Arrieta, M. e. (27. 08. 2018). *allergieinformationsdienst.de*. Abgerufen am 04. 10. 2019 von allergieinformationsdienst.de:
<https://www.allergieinformationsdienst.de/forschung/mikrobiomforschung.html>
- Blandine Calais-Germain, N. V. (2018). Im Hängen. In N. V. Blandine Calais-Germain, *Das bewegte Becken* (S. 169). Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Brailey, S. (06. 2004). Optimierung der Kindslage vom Sofa weg. (S. Hebamme, Hrsg.) *Schweizer Hebamme*, S. 4-7.
- Dr. Kerstin Lehermayer, D. B. (25. 07. 2014). *Hilfsmittel für die Geburt*. Abgerufen am 30. 09. 2019 von *Hilfsmittel für die Geburt*:
<https://www.netdoktor.at/familie/geburt/hilfsmittel-fuer-die-geburt-6798182>
- Elisabeth Schmidt- Bäuml, U. J.-Z. (2013). Geburtshilflich manuelle Maßnahmen. In K. A.-B. Esther Göbel, & V. Weiss, *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S. 336). Stuttgart: Hippokrates.
- Farrokh, D. m. (27. 09. 2018). *frauenaerzte im netz*. Abgerufen am 03. 10. 2019 von *frauenaerzte im netz*: <https://www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/kaiserschnitt/risiken-und-moegliche-folgen/>
- Gutschwager, A. (2017). *Begleitung der Schwangerschaft und Geburt unter Berücksichtigung der biochemischen, vegetativen und hormaonellen Prozesse im Kontext der außerklinischen Geburtshilfe*. Bamberg.
- Hailer, T. (28. 02 2015). Zur Geschichte der Leopold- Handgriffe. *Die Hebamme*, S. 118-123.
- Harder, U. (2013). *Einstellungs- Haltungsanomalie*. Stuttgart: Hippokrates.
- Harder, U. (2013). Hoher Geradstand. In A. Stiefel, C. Geist, & U. Harder, *Hebammenkunde - Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 413). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Hartmann, R. (01. 2017). Lösung in der Kerze. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, S. 96.
- Hartmann, R. (2019). Pforzheim: Romy Hartmann.
- Imlau, N. (23. 01. 2018). *editionf.com*. Abgerufen am 02. 10. 2019 von *editionf.com*:
<https://editionf.com/Es-ist-nicht-egal-wie-wir-geboren-werden--und-wie-wir-gebaeren/>
- Kohls, F. (09. 12. 2016). *refubium.fu-berlin.de*. Abgerufen am 01. 10. 2019 von *refubium.fu-berlin.de*: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9828/Ultraschall_unter_der_Geburt.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Kohls, F. (09. 12. 2016). *refubium.fu-berlin.de*. Abgerufen am 24. 07. 2019 von [refubium.fu-berlin.de: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9828/Ultraschall_unter_der_Geburt.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9828/Ultraschall_unter_der_Geburt.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Livia Finsterwald, R. B. (04. 05. 2011). *digitalcollection.zhaw.ch*. Abgerufen am 03. 10. 2019 von [digitalcollection.zhaw.ch: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/636/1/Brandenberger_Rebecca_Finsterwald_Livia_HB08_BA.pdf](https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/636/1/Brandenberger_Rebecca_Finsterwald_Livia_HB08_BA.pdf)
- Lück, A. (29. 08. 2019). *gerechte-geburt.de/wissen/forschung/*. Abgerufen am 22. 08 2019 von [.gerechte-geburt.de/wissen/forschung/: http://www.gerechte-geburt.de/wissen/forschung/](http://www.gerechte-geburt.de/wissen/forschung/)
- Mag.a Pamela Natmessnig, J. S. (24. 03. 2017). *muttermund.at*. Abgerufen am 20. 06. 2019 von [muttermund.at: https://www.muttermund.at/single-post/2017/03/17/Wie-kannst-du-eine-gute-Geburtslage-f%C3%B6rdern](https://www.muttermund.at/single-post/2017/03/17/Wie-kannst-du-eine-gute-Geburtslage-f%C3%B6rdern)
- Nonnenmacher, D. m. (23. 03. 2019). *medlexi.de*. Abgerufen am 20. 08 2019 von [medlexi.de: https://medlexi.de/Einstellungsanomalie](https://medlexi.de/Einstellungsanomalie)
- Odent, M. (2016). Sie müssen laufen! In M. Odent, *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden Risiko Kaiserschnitt*. Mabuse-Verlag.
- Odent, M. (04. 10. 2019). *geburtswohnung.de*. Von [geburtswohnung.de: http://geburtswohnung.de/odent/](http://geburtswohnung.de/odent/) abgerufen
- Penny Simkin, R. A. (2005). Einstellungs- und Haltungsanomalien. In R. A. Penny Simkin, *Schwierige Geburten- leicht gemacht, Dystokien erfolgreich meistern*. Bern- CH: Huber.
- Schöne, L. (11. 03. 2015). *welt.de*. Abgerufen am 10. 09. 2019 von [welt.de: https://www.welt.de/gesundheit/article138301769/Vaginalgeburt-fuer-Kinder-meist-die-bessere-Variante.html](https://www.welt.de/gesundheit/article138301769/Vaginalgeburt-fuer-Kinder-meist-die-bessere-Variante.html)
- Stiefel, A., Geist, C., & Harder, U. (2013). Hoher Geradstand. In U. Harder, *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 413). Stuttgart: Hippokrates.
- Vonbank, K. (27. 03. 2017). *gesundheit.gv.at*. Abgerufen am 29. 07. 2019 von [gesundheit.gv.at: https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/gesund-schwanger/schwangerschaft-sport](https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/gesund-schwanger/schwangerschaft-sport)