

Das Gutschwager-Manöver

Annett Gutschwager Im Bamberger Geburtshaus praktizieren wir seit zehn Jahren mit Erfolg ein Manöver zur Korrektur von Fehleinstellungen des kindlichen Kopfes. Hier werden das Manöver, seine Entstehung und unsere Erfahrungen damit beschrieben.

Die Entstehung

Alles begann vor zehn Jahren bei einer Geburtsbetreuung im Geburtshaus Bamberg.

Ich betreute eine 27-jährige I-Gravida, o-Para. Die Frau kam mit mittelkräftigen Wehen alle fünf Minuten zur Geburt. Nach dem Fruchtwasserabgang rutschte das Baby in dorsoposteriorer Stellung ins Becken. Bei der vaginalen Untersuchung stellte sich heraus, dass die große Fontanelle führte. Nach anfänglich gutem Geburtsfortschritt kam es bei einer Muttermunderöffnung von fünf Zentimetern zum Geburtsstillstand.

Ich versuchte mithilfe der Eltern, durch »Äpfelschütteln« in Knie-Ellbogen-Lage, Wechsellagerung und Simslage* das Kind zur Drehung seines Köpfchens zu bewegen. Die Homöopathiebücher wurden studiert und entsprechende Mittel verabreicht. Nachdem dies alles erfolglos blieb, versuchte ich es mit Beckendruck, verschiedenen Gebärpositionen und Haltungswechsel. Sehr langsam öffnete sich der Muttermund auf sieben Zentimeter trotz weiter bestehender Fehleinstellung des Kopfes.

Bei einer Eins-zu-eins-Betreuung und protrahiertem Geburtsverlauf hat die Hebamme in der Regel viel Zeit zum Nachdenken, solange die Mutter motiviert und das Kind in einem guten Zustand ist. Die Herztöne waren die ganze Zeit unauffällig. Es drohte mütterliche Erschöpfung und Verlegung vom Geburtshaus in die Klinik. Die Frau war noch sehr motiviert und wollte alles versuchen, um das Kind auf normalem Weg auf die Welt zu bringen.

Da entstand das erste Mal die Idee für das heute im Bamberger Geburtshaus praktizierte Gutschwager-Manöver. Das Vorgehen wurde der Gebärenden, die großes Vertrauen hatte, erklärt, und sie war einverstanden, es auszuprobieren.

Nach dem Manöver konnte die Frau zügig ihr vitales Mädchen aus vorderer Hinter-

hauptschlage gebären. Postpartal kam es zu einer leicht verstärkten vaginalen Blutung, die eine Oxytocininfusion notwendig machte und sicherlich der protrahierten Eröffnungsphase geschuldet war.

Angespornt durch den guten Erfolg, haben wir in den darauf folgenden Jahren dieses Manöver wiederholt angewendet und dadurch einigen Frauen eine verzögerte Geburt erspart.

Das Manöver

Nach Feststellung der Fehleinstellung sollte die Frau zunächst aufgeklärt und ihr Einverständnis zur Durchführung eingeholt werden.

Die Harnblase soll vor Beginn des Manövers entleert sein. Zur Durchführung des Gutschwager-Manövers sind keine Hilfsmittel nötig, allerdings empfiehlt es sich, die Frau auf eine Gymnastikmatte oder Decke am Boden zu legen.

Die Frau legt sich in Rückenlage vor die Hebamme, welche die gestreckten Beine nach oben nimmt. In der Wehenpause wird die Frau an den Oberschenkeln gefasst und in den Schulterstand gebracht.

Die Hebamme schubst mit ihrem Knie vorsichtig das Kreuzbein der Frau und schüttelt damit das Kind aus dem Becken. Es genügen wenige Poschubser. Die Frauen finden das Vorgehen in der Regel angenehm, da der Knochenschmerz sofort nachlässt.

Anschließend bittet man die Frau in den Vierfüßlerstand und kontrolliert die kindlichen Herztöne. Nach einigen Wehen im Vierfüßlerstand sollte die Frau sich auf die Seite legen, auf der sich der kindliche Rücken befindet. Die Herztöne sollten noch eine Zeit lang überwacht werden.

Nach angemessener Zeit kontrolliert die Hebamme die Lage des Kindes und den Geburtsfortschritt. Liegt das Kind dann in

regelmäßiger Schädellage, kann die Frau individuelle Gebärpositionen einnehmen, allerdings keine Rückenlage oder nach hinten gelehnte Haltung.

Nach erfolgreicher Durchführung und bereits teilweise eröffnetem Muttermund kann es zu einem raschen Geburtsverlauf kommen.

Wirkung des Manövers

Häufig wird der Kopf bei Fehleinstellungen durch die Wehen auf den Beckenring gepresst und kann sich ohne Hilfe nicht lösen. Durch die komplette Streckung im Schulterstand kann das Kind durch die Schwerkraft aus dem Becken rutschen und sich vom Beckenring lösen.

Beim anschließenden Vierfüßlerstand wird das Baby durch die Schwerkraft darin unterstützt, sich mit seinem Rücken nach vorn Richtung Bauch der Mutter zu drehen. Die darauf folgende Seitenlage unterstützt den Kopf bei der Beugung, sodass er nun in regelmäßiger Schädellage in das Becken eintreten kann.

Anwendungsmöglichkeiten

Im Geburtshaus Bamberg wurde das Manöver überwiegend bei hinterer Hinterhauptschlage erfolgreich angewendet, da dies die häufigste Fehleinstellung war. Es gibt derzeit nicht zu allen Fehleinstellungen Erfahrungen mit dem Manöver. Es spricht allerdings nichts dagegen, nach Aufklärung und Einverständnis der Frau das Manöver auch bei hohem Geradstand, Asynklitismus oder den verschiedenen Deflexionslagen auszuprobieren.

Im Geburtshaus Bamberg wurden die meisten Erfolge bei spontaner Fehleinstellung nach Fruchtwasserabgang und normal großem Kind erzielt. Sicherlich sind die Eins-zu-eins-Betreuung und das dadurch in der Regel bestehende Vertrauensverhältnis von großem Vorteil. Mögliche ungünstige Faktoren sind eine Makrosomie des Kindes,

* In der Literatur werden verschiedene Positionen als Simslage bezeichnet. Gemeint ist hier: Die Frau liegt auf der Seite, der untere Arm liegt hinter oder vor dem Körper. Das untere Bein ist gestreckt, das obere ist mehr als 90 Grad angewinkelt und wird von einem Kissen unterstützt. Der Körper ist leicht nach vorn gedreht.

zum Beispiel bei Gestationsdiabetes, und eine Beckenanomalie der Mutter.

Bei Frauen mit Zustand nach Sectio wegen Geburtsstillstand wurde das Manöver bislang weniger angewendet, da hier wegen des Rupturrisikos insbesondere bei zusätzlicher Wehenschwäche und Fehleinstellung nicht so lange abgewartet wurde.

Diagnostik und Vermeidung von Fehleinstellungen

Bereits in der Schwangerenvorsorge sollte zum Ende der Schwangerschaft großes Augenmerk auf die Lage und Einstellungstendenz des kindlichen Kopfes und des Rückens gelegt werden. Viele Fehleinstellungen können durch Haltungsschule (nach

vorn geneigte Sitzhaltung, Rückenlage vermeiden) und den Hinweis auf das richtige Schuhwerk (flache Schuhe helfen, eine asymmetrische Einstellung des Kindes zu verhindern) vermieden werden.

Frühe Hinweise auf die Lage und Einstellung des Kindes liefern:

- Leopoldsche Handgriffe,
- der Bereich am Bauch, an dem die Auskultation der kindlichen Herztöne am besten gelingt,
- die Bauchform,
- die vaginale Untersuchung,
- Ultraschall.

Vor dem Fruchtwasserabgang lassen sich Lage und Einstellung noch leicht korrigieren. Besonders wenn die Frau über dem errechneten Termin ist und es nicht zu einem

spontanen Wehenbeginn kommt oder immer wieder frustrane Wehen einsetzen, sollte die Frau ermuntert werden, entsprechende Haltungen einzunehmen.*

Unter der Geburt gibt es folgende diagnostische Hinweise auf Fehleinstellungen:

- abnormer Knochenschmerz im Bereich des Kreuzbeins oder der Symphyse,
- protrahierter Geburtsverlauf,
- frühzeitiger Pressdrang bei häufig unvollständigem Muttermund.

Die Kindsbewegungen sind bei dorsoposteriorer Lage deutlicher im Oberbauch und über der Symphyse zu tasten. Unter der Geburt und besonders nach Fruchtwasserabgang sind die Bestimmung des Pfeilnahtverlaufs und die Lage der Fontanellen bei der vaginalen Untersuchung entscheidend.

Herztonveränderung durch Druck auf die große Fontanelle

12.30 Uhr

31-jährige II-Gravida, I-Para nach 38+5 SSW kommt mit leichter Wehentätigkeit alle vier Minuten und Abgang von grünem Fruchtwasser zur Geburt. Kind liegt nach äußerer Untersuchung in I. Schädellage. Aufnahme-CTG von Arzthelferin in Rückenlage angelegt.

12.40 Uhr

Herztöne: undulatorische Oszillation mit sporadischen Akzelerationen, keine Dezelerationen bei leichter Wehentätigkeit alle vier Minuten.*
VU: Muttermund 4 cm, Leitstelle -4 (tiefster Punkt am unteren Schoßfugenrand); Pfeilnaht quer.

12.50 Uhr

Wehentätigkeit wird kräftiger. Frau steht und bewegt ihr Becken. Sie klagt über unangenehmen Knochenschmerz und Druck auf den Darm. Gabe von 2 Globuli Nux vomica C 200. Herztöne undulatorisch mit Akzelerationen, Baseline bei 140 SpM, wehensynchrone Dezelerationen.

13.10 Uhr

Linksseitenlage, Frau fühlt sich kreislaufinstabil, 500 ml Glucoselösung i. v.; Temperatur 36,8°C, RR 110/70 mm/Hg.

13.40 Uhr

500 ml NaCl, Herztöne undulatorisch mit sporadischen Akzelerationen, wehensynchrone Dezelerationen auf 110 SpM bei Baseline 130 SpM.

13.50 Uhr

Weiterhin sporadische Dip I bei guter Oszillation, starke Kreuzschmerzen, Druck auf den Darm.
VU: MM 4–5 cm, Kopf -4; Pfeilnaht im II. schrägen Durchmesser bei I. Schädellage (dorsoposteriore I. SL), große Fontanelle bei 10 Uhr; CTG unverändert. Aufklärung der Frau zum Gutschwager-Manöver, Spontanurin

14.00 Uhr

Durchführung des Gutschwager-Manövers.

14.02 Uhr

Vierfüßlerstand.

14.10 Uhr

Linksseitenlage, CTG, Kindsbewegungen.

14.40 Uhr

Herztöne nach Schüttelmanöver undulatorisch mit sporadischen Akzelerationen, keine Dezelerationen, Baseline 130 SpM, kräftige Wehentätigkeit, Kreuzschmerzen deutlich besser.

15.10 Uhr

Herztöne undulatorisch mit sporadischen Akzelerationen, keine Dezelerationen, Baseline 140 SpM, Frau gibt Druck auf den Darm an, VU: MM bis auf Saum vollständig, Kopf BM, PN im I. schrägen Durchmesser, Frau geht in den abgestützten Kniestand.

15.25 Uhr

Spontangeburt eines lebensfrischen Jungen aus I. vorderer Hinterhauptslage im abgestützten Kniestand. Apgar 10/10/10; Gewicht 4060 Gramm

Erfahrungen

Das Gutschwager-Manöver wird seit zehn Jahren im Bamberger Geburtshaus mit überaus erfolgreichem Erfolg praktiziert (etwa 80 Prozent gelungene Lagekorrektur). Die sechs Hebammen des Geburtshauses betreuen etwa 100 Geburtshausgeburten, 20 Hausgeburten und 20 Beleggeburten im Jahr. Fehleinstellungen des Kopfes kommen zirka zweimal im Jahr vor. Durch die vergleichsweise geringen Geburtenzahlen lässt sich die Wirksamkeit des Manövers nicht an einer großen Zahl von Geburten belegen. Rückmeldungen und Erfahrungen an info@geburtshaus-bamberg.de sind uns daher sehr willkommen.

Quellen

- 1 Simkin P, Ancheta R: Schwierige Geburten – leicht gemacht. Huber 2001
- 2 Sutton J, Scott P: Die Optimierung der Kindslage. Hippokrates 2001
- 3 Hildebrandt S, Göbel E: Geburtshilfliche Notfälle: vermeiden – erkennen – behandeln. Hippokrates 2007

Die Kopiervorlage auf Seite 1073 gibt es auch zum Ausdrucken auf www.hebammenverband.de → Hebammenforum → Materialien zum Herunterladen

Annett Gutschwager, Hebamme in der Geburtshaus- und Hausgeburts-hilfe, fachliche und organisatorische Leitung im Geburtshaus Bamberg. Kontakt: annettgutschwager@web.de

Gutschwager A: Das Gutschwager-Manöver.

Hebammenforum 2015; 16: 1068–1069

* CTG-Beurteilung nach dem Fischer-Score.