Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 7-8

Artikel: DIe vaginale Steissgeburt
Autor: Dürig, Peter
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949939

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

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

1971 gründete Ina May Gaskin mit ihrem Mann Steve die Kommune «The Farm» in Summertown, Tennessee, USA, und begann mit anderen Hebammen das «The Farm Midwifery Center» aufzubauen, das damals das erste ausserklinische Geburtszentrum in den USA war. *Ina May's Guide to Childbirth,* ihr zweites Buch über Geburt und Hebammenwesen erschien 2003. Seit den frühen 1980er Jahren ist sie eine international bekannte Rednerin über die Betreuung von Müttern für die Midwives Alliance of North America (MANA) und hält Vorträge in der ganzen Welt vor Hebammen, Medizinern, werdenden Eltern und Gesundheitspolitikern. Im Jahr 2009 erhielt sie die Ehrendoktorwürde der Thames Valley University in London.
Das Gaskin-Manöver, auch «Gebären auf allen Vieren» genannt, wurde von Gaskin 1976 in die moderne Geburtshilfe eingeführt. Sie hatte es von einer Frau aus Brasilien gelernt, die das Manöver wiederum in Guatemala gelernt hatte. Gaskin ist dadurch die erste Hebamme, nach der ein geburtshilfliches Manöver benannt wurde.
www.inamay.com/

Zemp Stutz, vom Schweizer Tropen- und Public Health Institut der Universität Basel durch.

In diesem Forschungsprojekt spielte der Aspekte «Zeit» und «Beschleunigung der Zeit» ebenfalls eine grosse Rolle. Die Beschleuigung reisse alles mit sich – auch die Zeit der Erholung, die man einer Mutter nach der Geburt zugesteht. Vom ersten Tag an werde erwartet, dass sie die Verantwortung für das Neugeborene übernehme und kompetent für ihr Kind sorge.

Das Referat von Elisabth Kurth endete da wo Jean Mahler am Morgen begonnen hatte – bei der Bedeutung von Zeit in unseren Leben, in der Arbeit, im Kontakt mit Anderen, beim Recht, Zeit für sich zu beanspruchen, Zeit zu haben, sich auf wenige Dinge zu reduzieren, die wichtig sind nach der Geburt eines Kindes. ◀

Die vaginale Stei

Die Häufigkeit der vaginalen Steissgeburt hat seit den 1970er Jahren laufend abgenommen – in der Schweiz von 35 Prozent im Jahr 1987 auf 19 Prozent im Jahr 1996[2] – und ist nach der Veröffentlichung der Hannah-Studie (Lancet 2000), die eine signifikant höhere kindliche perinatale Mortalität der geplanten vaginalen Steissgeburt im Vergleich zur geplanten primären Sektio zeigte, dramatisch eingebrochen – in der Schweiz ab 2005 auf etwa 4 Prozent.

Dr. med. Peter Dürig, Bern

Die kritische Wertung der Hannah-Studie sowie zwei Nachfolgestudien, die keinen signifikanten Unterschied in den Langzeitergebnissen zwischen den beiden Geburtsmodi zeigten, haben ein Umdenken in der geburtshilflichen Gesellschaft eingeleitet. Neuere Leitlinien, z.B. diejenige der Kanadischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2009 kommen zum Schluss, dass die geplante vaginale Steissgeburt bei sorgfältiger Fallauswahl und adäquatem geburtshilflichem Management zu einem Sicherheitsgrad führt, die dem bei der geplanten Sektio ähnlich ist. Eine Wiederaufnahme der Diskussion über die vaginale Steissgeburt in der Schweiz ist notwendig. Dabei sollten insbesondere die Regionalisierung der vaginalen Steissgeburt und die Ausbildung von interessierten Hebammen und Geburtshelfern an sogenannten «Center of Excellence» thematisiert werden.

Geplante vaginale Steissgeburt versus geplante Sektio

Expertenmeinungen wie diejenige von Prof. Kubli, der 1975 äusserte «die sicherste und einfachste Art das fetale geburtsmechanische Risiko bei Beckenendlagen zu vermeiden ist die systematische Schnittentbindung» haben der vaginalen Steissgeburt den Todesstoss versetzt. Diese Meinungen waren allerdings mehr «eminence- denn evidence-based». Erst die Hannah-Studie, eine prospektiv-randomisierte Multizenterstudie (Lancet 2000) hat scheinbar die Evidenz der höheren perinatalen kindlichen Mortalität der vaginalen Steissgeburt im Vergleich zur geplanten Sektio erbracht.

Bei der kritischen Betrachtung dieser Studie kommt man allerdings zum Schluss, dass der Unterschied in der perinatalen kindlichen Mortalität zwischen den beiden Geburtsmodi nicht signifikant ist, wenn bei der vaginalen Steissgeburt die Fälle mit unzureichendem geburtshilflichem Management (mangelhafte Erfahrung der Geburtshelfer, Nichtbeachten von ungünstigen Zusatzkriterien wie intrauteriner Wachstumsretardierung, «failure of descent», suspektem CTG, Amnioninfekt-Syndrom usw.) ausgeschieden werden. Zu ähnlichen Schlüssen kommen Krebs et al., die in einem grossen dänischen, vaginal geborenen Steisslage-Kollektiv fanden, dass bei 58 Prozent der perinatal verstorbenen Kindern der Tod durch ein adäquates geburtshilfliches Management vermeidbar gewesen wäre (J Perinatal Med 2002).

Zwei Nachfolgestudien zur Hannah-Studie zeigten überdies, dass das Outcome sowohl der Kinder als auch der Mütter zwei Jahre nach der Geburt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Geburtsmodi aufwies (Whyte et al., Am J Obstet Gynaecol 2004). Die signifikant höhere kurzfristige Morbidität der Kinder nach einer vaginalen Steissgeburt im Vergleich zur geplanten Sektio (5 min Apgar < 5, Verlegung in eine neonatologische Intensivstation, neurologische Probleme, Intubation), die sowohl in der Hannah-Studie als auch in der Statistik der Schweizerischen Frauenkliniken (ASF) und im Steisslage-Kollektiv von Feige und Krause in Nürnberg (Beckenendlage 1998) gefunden wurde, ist demnach für die weitere kindliche Entwicklung nicht von Bedeutung. Die ASF-Statistik zeigt überdies in einem Kollektiv von 2174 vaginalen Steissgeburten der Jahre 1987 bis 1996 eine perinatale Mortalität von Null (Raio).

Feige und Krause fanden in einer retrospektiven Fallanalyse in einem Kollektiv

[1] Statistik der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken ASF, Ermatingen, www.sevisa.ch

ssgeburt

von 934 Steisskindern in Nürnberg eine perinatale Mortalität von 0,3 Prozent unabhängig vom Geburtsmodus. Diese Zahlen lassen bei der hohen perinatalen Mortalität von 1,3 Prozent der Kinder bei vaginaler Steissgeburt in der Hannah-Studie zusätzliche Zweifel am geburtshilflichen Management aufkommen. Die kritische Würdigung der vorliegenden Studien hat in vielen Ländern die Diskussion um die vaginale Steissgeburt neu entfacht.

Äussere Wendung

Die äussere Wendung besitzt einen hohen Stellenwert und sollte beim Management der Beckenendlage zum Standardrepertoire gehören. Die Erfolgsrate liegt bei adäquater Selektion der Fälle bei rund 60 Prozent.

Günstige Voraussetzungen sind: Multiparität, viel Fruchtwasser, Steiss-Fuss-Lage, fetaler Rücken seitlich, fetaler Kopf flektiert, BMI der Mutter <25, Steiss nicht eingetreten.

Begünstigende Massnahmen sind: Tokolyse, Spinal- bzw. Epiduralanästhesie, vibro-akustische Stimulation. Kommentar des Autors: Ich beurteile die Tokolyse und die Spinal- bzw. Epiduralanästhesie im Lichte der Risiko-Nutzen-Analyse als nicht indiziert.

Als Kontraindikationen gelten:

Absolut: Vorderwand-Plazenta, vaginale Blutung, suspektes CTG.

Relativ: Nabelschnur-Umschlingung, hyperextendierter fetaler Kopf, Oligohydramnion, Uterus bicornis, Uterusnarbe.

Mit *seriösen Komplikationen* (Plazentalösung, feto-maternale Blutung, protrahierte Bardykardie, Blasensprung, Nabelschnurvorfall ist in 0,2 Prozent der Fälle zu rechnen. In 0,35 Prozent der Fälle kommt es zu einer Notfallsektio (Metaanalyse von 12 995 Wendungsversuchen, Grootscholten et al., Obstet Gynaecol 2008).

Interessant ist die Tatsache, dass nach erfolgreicher äusserer Wendung die Rate an Sektios und vaginal-operativen Geburten zweimal höher ist als bei primärer Kopflage. Dies deutet auf eine inhärente Pathologie der Beckenendlage-Einstellung hin (Kopf-Becken-Missverhältnis, fetale neurologische Pathologie?).

Ein bemerkenswertes Resultat der Neubewertung der vaginalen Steissgeburt stellen die Leitlinien der Kanadischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur vaginalen Steissgeburt dar (Kotaska et al., J Obstet Gynaecol Can 2009), die zusammengefasst wie folgt lauten:

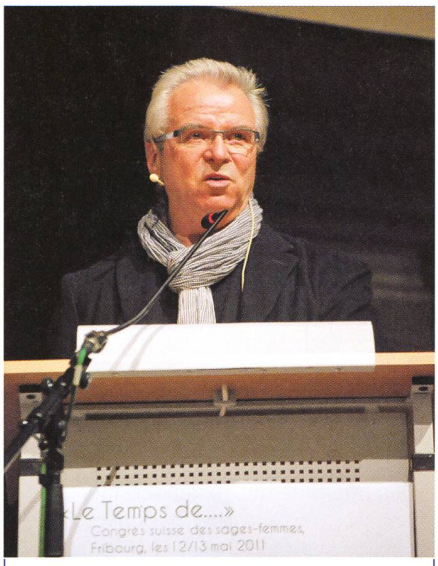
- Eine vaginale Steissgeburt birgt ein höheres Risiko für perinatale Mortalität und kurzzeitige Morbidität als eine geplante Sektio.
- Sorgfältige Fallauswahl und adäquates Management mit einer modernen Geburtshilfeausstattung führen zu einem Sicherheitslevel ähnlich dem von elektiven Sektios.
- Eine geplante vaginale Entbindung ist bei ausgewählten Schwangeren mit einem Einling in BEL sinnvoll.
- Bei sorgfältiger Fallauswahl und adäquatem Management ist mit einer perinatalen Mortalität von 0,2 Prozent zu rechnen. Eine ernsthafte kurzzeitige Morbidität tritt bei etwa 2 Prozent der Kinder auf. Langfristig ist das neurologische Outcome unabhängig vom Geburtsmodus, insbesonders auch bei Vorliegen von ernsthafter Kurzzeit-Morbidität.
- Die Regionalisierung und die Intensivierung des BEL-Managements ist anzustreben.

Praktisches Management der Beckenendlage

Ich empfehle das folgende Vorgehen. *Informed choice:* durch eine präpartale, nicht-direktionale Beratung sollen die Eltern in die Lage versetzt werden, einen eigenständigen Entscheid bezüglich des Geburtsmodus bei BEL zu fällen.

Dabei sind folgende Punkte von Bedeutung:

- Äussere Wendung und komplementäre Methoden der BEL-Behandlung (Moxibustion)
- Risiken der geplanten Steisslagegeburt versus der geplanten Sektio
- Besonderheiten der vaginalen Steissgeburt: Geburtsmechanismus, Geburtsstellungen, protrahierter Geburtsverlauf, Schmerztherapie (spinale, epidurale oder kombinierte Anästhesie), Bracht, Armlösung, Veit-Smellie, Episiotomie
- 30 bis 50% Risiko einer sekundären Sektio



Dr. med. Peter Dürig, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, speziell Schwangerschafts- und Geburtsmedizin sowie Facharzt für Innere Medizin. Nach dem Staatsexamen Weiterbildung in Pathologie, Allgemeiner Chirurgie, Pädiatrie und Innerer Medizin. Nach kurzer Praxistätigkeit als Allgemeininternist und Hausarzt Zweitausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Spezialisierung auf medizinische Probleme in der Schwangerschaft, Fetal- und Geburtsmedizin. Während 15 Jahren leitender Arzt und Chefarzt-Stellvertreter an der Universitäts-Frauenklinik Bern (Prof. H. Schneider). Seit 2005 in Praxisgemeinschaft mit Dr. med. Peter Kuhn, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, und PD Dr. med. Bernard Conrad, FMH Klinische Genetik, im Effingerzentrum für Pränatal- und Geburtsmedizin, Klinische Genetik und Gynäkologie. Belegarzttätigkeit am Lindenhofspital Bern.

Selektion der geeigneten Fälle

- Motivation und Belastbarkeit der Gebärenden
- Beckenaustastung
- Ultraschall: Fetales Gewicht 1500 – 4000 g (NB: nach Feige und Krause ist ein ausgeglichenes Verhältnis von Kopf zu Abdomen wichtiger als das absolute Gewicht), Ausschluss von fetalen Fehlbildungen, IUWR, uterinen Fehlbildungen, Myomen. (NB: nach Feige und Krause ist der hyperextendierte fetale Kopf nicht von Bedeutung).

Als Beispiel eines «Center of Excellence» möchte ich das Regionalspital Riggisberg (Bern) erwähnen, in dem Dr. H.-J. Grunder in den Jahren 1992 bis 2010 total 225 Beckenendlagen betreut hat. Davon haben 15,7 Prozent vaginal geboren. Der relativ geringe Protzentsatz an vollendeten vaginalen Steissgeburten spricht für eine sorgfältige Selektion und ein vorsichtiges Management unter der Geburt. Im Jahr 2010 wurden in Riggisberg total 23 Beckenendlagen betreut. Eine primäre Sektio hatten 10 (Wunsch 4, Borderline-Störung der Mutter 1, vollkommene Fusslage + Nabelschnur vorliegend + Makrosomie 1, Status nach Sektio 3, Übertragung 1). In 13 Fällen wurde eine vaginale Steissgeburt versucht. Zu abgeschlossenen vaginalen Geburten kam es in 5 Fällen. In 8 Fällen wurde eine sekundäre Sektio durchgeführt mit folgenden Indikationen: erfolglose Geburtseinleitung 2, Geburtsstillstand in der EP 5, vollkommene Fusslage 1. Die perinatale Mortalität aller Beckenendlagen war Null.
http://riggisberg.spitalnetzbern.ch

Verhalten unter der Geburt

- Ziel: Respektieren des natürlichen Verlaufs
- Ocytocin: Zurückhaltend in der EP und AP, Bolus in der finalen Pressphase
- Kenntnis der Besonderheiten des Geburtsverlaufs bei Steisslage: Pendeln des Steisses, vorübergehende Dorsalrotation des Rückens
- Zurückhalten des Steisses, keine Episiotomie
- Auf keinen Fall am Kind ziehen
- Entwickeln des Kopfes nach Bracht (alternativ: «natürlicher Bracht» bei Vierfüssler-Stellung), allenfalls Armlösung nach Bickenbach oder Müller, selten nach Löfset oder klassisch (Stopfen), allenfalls Kopfentwickelung nach Veit-Smellie
- *Indikationen zur sekundären Sektio:* protrahierter Geburtsverlauf, auffällige CTG-Muster, Nabelschnurvorfall, Entwicklung einer Fusslage (evtl. Reponierungs-Versuch)

Postpartal

- Physiologische Blässe der Kinder
- Kein Absaugen
- Spätes Abnabeln
- Reanimation wie üblich

Regionalisierung in «Center of Excellence»

Ich bin ein vehementer Befürworter der Regionalisierung der vaginalen Steissgeburten in «Center of Excellence» mit motivierten, erfahrenen Geburtshelfern, Anästhesisten, Pädiatern und Hebammen in einer adäquaten geburtsmedizinischen Infrastruktur. Nur auf diese Weise kann meiner Meinung nach Qualität und Erfahrung durch eine ausreichend grosse Anzahl vaginaler Steissgeburten erworben und erhalten werden. ◀

Literatur

1. Grootscholten et al. Extenal cephalic version – related risks. A Meta-analysis. Obstet Gynecol 2008; 112: 1143–51.
2. Kotoska et al. Maternal-Fetal Medicine Committee; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Vaginal delivery of reech presentation. J bstet Gynaecol Can 2009; 31: 557–66.
3. Burgos et al. A pospective study oft the factors associated with the success rate of external cephalic version for breech presentation at term. Int J Gynaecol Obstet 2011; 112: 48–51.
4. Hannah et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a andomised multicenter study. Lancet 2000; 256: 1375–83.
5. Whyte et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth for breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 864–71.
6. Krebs et al. Are intrapartum and neonatal death in breech delivery at term potentially avoidable? – a blinded controlled audit. J Perinat Med 2002; 30: 220–24.
7. Yik-Si Chan et al. High incidence of obstetric interventions after successfull external cephalic version. Br J Obstet Gynaecol 2002; 109: 627–31.
8. Feige und Krause. Beckenendlage 1998, Urban und Schwarzenberg (vergriffen).

Posterwettbewerb 2011

Zehn Poster wurden während der SHV-Delegiertenversammlung und dem Jahreskongress vom 12. und 13. Mai 2011 in Freiburg vorgestellt. Der SHV dankt an dieser Stelle der Kranken- und Unfallsversicherung SWICA, für die Finanzierung der Preisgelder.

1. Preis

Der 1. Preis ging an Denise Eigenmann, MSc Midwifery, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, Winterthur, für ihr Poster zum Thema «Kontinuierliche Betreuung durch frei praktizierende Hebammen. Wie kann diese Chance besser genutzt werden?»

2. Preis

Der 2. Preis ging an Franziska Suter Hofmann und Patricia Blöchlinger, beide sind Hebammenexpertinnen an der Frauenklinik des Inselspitals Bern, und an Ans Luyben, Leiterin Angewandte Forschung und Entwicklung Hebammen, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule BFH, Thema ihrer Arbeit: «Es kann glaub ganz viele Normalitäten geben. Wie Hebammen in der Schweiz die normale Geburt sehen.»

3. Preis

Der 3. Preis wurde gleich zwei Mal vergeben: ein Mal an Petra Graf Heule, MSc Midwifery, und Dr. Elisabeth Kurth, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur für ihr Poster: «Welche Form postpartaler Nachbetreuung bringt am meisten Nutzen?», und an Marianne Haueter, Dozentin Hebamme Msc, Berner Fachhochschule (BFH), Bern, für ihr Poster zum Thema: «Mutter werden – Mutter sein: Erfahrungen von Frauen in den ersten sechs Monaten nach der Geburt des ersten Kindes».

Marianne Indergand-Erni,
Kongresskomitee, Vizepräsidentin SHV