



Geburt in Beckenendlage Ebenso sichere Geburt

Die meisten Babys drehen sich ab der 30. Schwangerschaftswoche von selbst. Jedes 20. Kind hingegen bleibt in Beckenendlage. Dass dabei nicht zwingend per Kaiserschnitt entbunden werden muss, macht das Spital Thun erfolgreich vor.

In vielen Ländern ist es für werdende Mütter und ihre Geburtshelfer vereinbarter und festgelegter Fakt: Das Kind wird das Licht der Welt per Kaiserschnitt erblicken. Gründe dafür gibt es einige. So ist ein Kaiserschnitt planbar, es gibt keine Wehen und auch der Geburtsschmerz wird umgangen. Zudem ist eine Operation für eine Entbindungsklinik – das ist unbestritten – finanziell interessanter. Auch in der Schweiz ist seit rund 20 Jahren – mit klar regionalen Unterschieden – ein Trend Richtung Kaiserschnitt auszumachen (Rate im Spital Thun: 28 bis 30 Prozent). In den letzten zwei, drei Jahren macht sich jedoch ein gewisser Gegentrend breit. So scheinen hierzulande wieder mehr Frauen die standardisierte,

zuweilen «industrielle Geburt nach Fahrplan» als weniger angenehm und natürlich zu empfinden. Und dieser Trend hin zur «natürlichen» (physiologischen) Geburt macht auch vor einer Beckenendlage des Kindes nicht halt. Also dann, wenn das Kind nicht mit dem Kopf nach unten im Mutterleib liegt, sondern in einer Steiss- oder Steissfusslage.

Indische Brücke, äussere Wendung

Vor der 26. Schwangerschaftswoche nehmen die Babys jede mögliche Position ein und ändern diese häufig. Wird das Köpfchen mit zunehmender Schwangerschaftsdauer schwerer, folgt es meistens der Schwerkraft nach unten. So liegen bis zur 32. Schwangerschaftswoche die meisten Babys mit dem Kopf nach unten in Schädellage. Doch fünf von 100 Kinder drehen sich nicht und bleiben in einer Beckenendlage. Warum das so ist, kann verschiedene Ursachen haben. Manchmal sind es anatomische Gründe wie Beckendeformitäten, die auch genetisch bedingt sein können. Oder die

Nabelschnur ist zu kurz. Zuweilen hat auch die Gebärmutter eine nicht optimale Form oder ist schlicht fehlgebildet. Weiter kann die Plazenta so lokalisiert sein, dass sie dem Kind beim Drehen im Weg ist. Weiter können Dysbalancen im Beckenbereich (insbesondere der Muskeln und Bänder) die Position des Babys beeinflussen und somit ein Grund dafür sein, dass das Baby in Beckenendlage verharrt.

Bleibt das Kind kopfüber im Mutterleib, kann es ab Ende 33., 34. Schwangerschaftswoche mittels konservativer Anwendungen zu einer Drehung bewegt werden. Diese Massnahmen – in der Regel in der Expertise der Hebammen – können sein: Akupressur oder Akupunktur, Lichtquelle, craniosacrale Behandlung, Osteopathie, Massage sowie Moxa-Therapie (Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers aus der Traditionellen Chinesischen Medizin). Oder die Schwangere bringt ihren Körper in entsprechende Positionen wie der indischen Brücke, dem Vierfüsslerstand

oder anderen Körperhaltungen, um das Kind infolge veränderter Position oder Schwerkraftlage zu einer Drehung zu animieren.

Hilft das alles nichts, kann ab circa der 37. Schwangerschaftswoche ein äusserer Wendungsversuch unternommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die werdende Mutter zu 100 Prozent vertrauensvoll dazu bereit ist, die Kommunikation zwischen den Parteien stimmt und alle Selektionskriterien erfüllt sind: Fruchtwassermenge genügend, Lage von Mutterkuchen und Nabelschnur optimal, Herztöne und erfolgter Ultraschall positiv. Erst dann werden während einer maximal halben Stunde gezielte äussere Handgriffe angewendet, um das Kind zu drehen. Dabei hat die Sicherheit von

Mutter und Kind oberste Priorität. So wird unabhängig vom Wendungsversuch in jedem Fall eine Notkapazität im Operationsaal für einen Kaiserschnitt freigehalten (mitsamt vorgängiger Abklärung durch das Anästhesieteam). Der Erfolg einer äusseren Wendung ist relativ hoch und nimmt bei Mehrgebärenden zu.

3800 Gramm als Obergrenze

In Zeiten mit weltweit steigenden Kaiserschnittraten wünschen Frauen im Spital Thun vermehrt wieder eine physiologische Geburt. Das gilt wie oben erwähnt bei mehr als der Hälfte auch für Frauen, deren Kind verkehrt liegt. Sie wünschen sich in enger Absprache mit dem Geburtshilfeteam auch nach erfolglosem äusserem Wendungsversuch

nicht zwingend einen Kaiserschnitt. Ein Kriterium für eine mögliche Spontangeburt macht zu einem grossen Teil das Gewicht des Babys aus: Bei einem Schätzwert über 4000 Gramm wird von einer Spontangeburt beim ersten Kind abgeraten. In der Regel wird eine Spontangeburt in Beckenendlage mit 3600 bis 3800 Gramm Schätzwert empfohlen. Auch hier immer unter der Prämisse des höchsten Sicherheitsaspektes: Liegt bei einer Schädellage ein Zuwarten eher drin, darf bei einer Beckenendlage nichts forciert werden. Der Geburtshelfer oder die Geburtshelferin trägt die volle Verantwortung und gibt das Timing durch. Daran hat sich das Geburtshelferteam zu 100 Prozent zu halten.

Kurzinterview mit Dr. Chrysostomos Papaioannou

«Sicherheit geht vor – heute mehr denn je»

Dr. Papaioannou, Sie kommen ursprünglich aus Griechenland, haben in Deutschland studiert, gearbeitet und sind seit knapp zwei Jahren in der Geburtshilfe des Spitals Thun tätig. Welche Erfahrungen haben Ihren Weg bislang geprägt?

Es ist interessant, wie unterschiedlich die Geburtshilfe verstanden wird. Im Gegensatz zu Ländern wie beispielsweise Argentinien mit einer Kaiserschnittrate von fast 90 Prozent, wird in der Schweiz eine physiologische Geburt bevorzugt. Und auch hier gibt es bekanntlich regionale Unterschiede.

Dass ich in Deutschland studiert habe, war für mich insofern bereichernd, als dass ich während meiner Facharztausbildung dank Kollegen aus Frankfurt mit der Beckenendlage konfrontiert wurde und diese Alternative zum Kaiserschnitt auch lernen konnte, lernen wollte. Nicht alle mögen sich dieser Verantwortung aussetzen.

Assoziiert wird eine Beckenendlage aber doch eher mit Kaiserschnitt?

Ja. Aber das Wissen um die Möglichkeit, dass ein Kind auch verkehrt auf die Welt kommen kann, breitet sich wieder aus.

Dabei dürfen Mutter und Kind nie gefährdet sein. Die Sicherheit geht immer vor. Da darf keine Eitelkeit mitschwingen: Wenn es nicht mehr geht, ist der Kaiserschnitt die beste und alleinige Lösung.

Das Verhältnis zur Sicherheit hat sich in den letzten 50 bis 100 Jahren arg verändert.

Genau. Lange wusste man in der Regel nicht, ob das Kind mit dem Kopf oder dem Becken zur Welt kommt. So war man den Gesetzen der Natur über Leben und Tod ausgeliefert.

Formen der Beckenendlage

Die Haltung der Beine definiert die Art der Beckenendlage:

- Reine Steisslage: Der Po führt und beide Beine sind hochgeschlagen. Diese Variante kommt mit 60 bis 70 Prozent am häufigsten vor.
- Vollkommene Steissfusslage: Das Baby sitzt gewissermassen, die Füsschen sind ungefähr auf Höhe Gesäss. Mit einem Vorkommen von vier Prozent ist diese Variante selten.
- Vollkommene Fusslage: Beide Beine sind nach unten gestreckt.
- Unvollkommene Fusslage: Ein Bein ist nach unten ausgestreckt, das andere nach oben geklappt oder angewinkelt.
- Unvollkommene Knielage: Ein Bein kniet, das andere ist nach oben geklappt.

Die reine Steisslage und die Steissfusslage sind günstige Positionen für eine Spontangeburt. Im Falle einer Fusslage wird in der Regel ein Kaiserschnitt durchgeführt. Das liegt daran, dass Unterschenkel, Oberschenkel und Oberkörper bei einer Steiss- oder Steissfusslage eine gute Vordehnung des Muttermundes für das Köpfchen leisten. Bei einer Fusslage ist dies jedoch nicht der Fall.

Die Auskunftsperson



Dr. med. Chrysostomos Papaioannou
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Stv. Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe

Kontakt:

Spital STS AG, Spital Thun
Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun
Tel. 058 636 48 74
chrysostomos.papaioannou@spitalstsag.ch

Patienten können sich auch an Spezialisten der Spitäler fmi AG wenden.