

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 7-8

Artikel: Vaginale Beckenendlagenentbindung : Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Geburtshelfer

Autor: Luyben, Ans

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950883>

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: 27.01.2026

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

3. Behandlung

3.1. Behandlungsindikationen

	Phototherapie	Austauschtransfusion
Frühgeborene 34–37 SSW	190–240 µmol/l	270–320 µmol/l
Termingeborene ≥ 2500 g mit Hämolyse	230–300 µmol/l	350–370 µmol/l
Termingeborene ≥ 2500 g gesund	320–350 µmol/l	400–430 µmol/l

Bei Gewicht ≤ 2500 g Einstufung in die unmittelbar tieferliegende Behandlungsgruppe. Das Alter des Kindes spielt für die Behandlung keine Rolle mehr.

Neugeborene ≤ 2000 g und/oder ≤ 34 Schwangerschaftswochen müssen auf eine Neonatologie-Abteilung verlegt werden.

3.2. Phototherapie.

Durchführung

- Kind nur mit kleiner Windel im Inkubator oder unter einem Wärmestrahler mit Servosteuerung.
- Zwei Lampen nur ausnahmsweise verwenden.
- Augenschutz.
- Zusätzlich Flüssigkeit anbieten bei Unruhe oder Weinen (erhöhte Wasserverluste).
- Grosszügige Lichtpausen während Stillen und Pflegen des Kindes (Augenschutz entfernen). Für den Bilirubinabbau genügen auch kürzere Lichtperioden. Die Mutter soll so

wenig wie möglich am Kontakt mit ihrem Kind gehindert werden.

- Bilirubinbestimmung mindestens 8–bis 12stündlich und 12–24 Stunden nach Abbruch der Behandlung.
- Abbruch der Phototherapie, wenn das Serumbilirubin unter den Phototherapiebereich abgefallen ist.
- Kontrollen: Rektaltemperatur, Herzfrequenz und Atmung 4x täglich. Gewicht täglich (protokollieren!).

3.3. Ernährung

Ikterische, normal ernährte Neugeborene mit einem Gewichtsverlust nicht

grösser als 10% des Geburtsgewichtes benötigen keine zusätzliche Flüssigkeitszufuhr. Die weitverbreitete Praxis, ikterischen Neugeborenen zusätzlichen Tee zu verabreichen, hat keine Wirkung auf den Serumbilirubinspiegel (indirektes Bilirubin wird weder im Serum «verdünnt», noch im Urin ausgeschieden!).

Gestillte Neugeborene haben in den ersten 3–4 Lebenstagen durchschnittlich einen **leicht** höheren Bilirubinspiegel als künstlich ernährte Neugeborene. Dieser frühe Bilirubinunterschied zwischen gestillten und nicht gestillten Kindern muss von der späteren Form des durch Muttermilch bedingten Ikterus unterschieden werden. Etwa 1–2% der gestillten Neugeborenen entwickeln eine langdauernde Hyperbilirubinämie mit einem Maximum am 10.–15. Lebenstag und einer Normalisierung nach 3–12 Wochen. Nur wenn eine Serumbilirubinkonzentration von ca. 350 µmol/l überschritten wird und der Verdacht besteht, dass ein muttermilchbedingter Ikterus vorliegt, kann eine Stillpause von 48 Stunden statt Phototherapie erwogen werden.

Während der vorübergehenden Stillunterbrechung sollte der Milchfluss manuell oder mit einer Milchpumpe erhalten werden. Die Mütter sollten in dieser Zeit beruhigende und positive Unterstützung bekommen. □

Vaginale Beckenendlagenentbindung:

Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Geburtshelfer

Zusammenfassung des Referats von Frau Ans Luyben, Hebamme aus Holland, die zur Zeit in der Frauenklinik Bern arbeitet. Sie hat den Inhalt dieses Textes zusammen mit Frau J.M.E. Roumen in den Niederlanden recherchiert und in Vancouver vorgestellt.

(Abteilung Geburtshilfe und Gynäkologie, St. Elisabethenklinik und Hebammenschule, Heerlen / Niederlande)

Der Geburtsmodus der Beckenendlage hat sich in den letzten Jahrzehnten von einem vaginalen in einen abdominalen Eingriff verändert. Der Prozentsatz der Kaiserschnitte ist in einigen Regionen bis zu 100% gestiegen.

- Die Evaluation eines liberalen Managements der Beckenendlagenentbindungen, stammt aus einer

Frauenklinik, der eine Hebammenschule angeschlossen ist.

- In die Untersuchung einbezogen waren die Daten von 247 schwangeren Frauen, die ein Kind in Beckenendlage erwarteten (37–42 Wochen). Während des letzten Schwangerschaftsmonats wurde ein Ultraschall gemacht, um den BPD zu

messen, anschliessend wurde die Frau allgemein untersucht, damit eventuelle fetale oder mütterliche Abnormalitäten ausgeschlossen werden konnten.

- Die Geburt wurde von einem Team begleitet, das aus einer Hebamme in der Ausbildung, einer Hebamme, einem Assistenzarzt, einem Geburtshelfer und einem Kinderarzt bestand.
- Das Prozedere während der Geburt war für die Gebärenden das Gleiche wie bei einer Kopflage.

Resultate:

- primärer Kaiserschnitt 13 5,3 %
- vaginale Geburt angestrebt 234 94,7 %
- davon:
 - spontan nach Bracht 109 44,1 %
 - mit manualhilfe 87 35,2 %

- sekundärer Kaiserschnitt 38 15,4 %
- perinatale Todesfälle 2 (eine davon wegen vaginaler Geburt)
- Geburtsverletzungen mit komplikationsloser Heilung 2
- Der Abgarscore nach einer Minute war häufig niedriger als bei den Kindern der Kontrollgruppe, die in Kopflage geboren wurden.
- Der Abgarscore nach fünf Minuten und das Nabelschnur-pH waren jedoch für beide Gruppen normal.
- Die Beziehung zwischen der Zahl der sekundären Kaiserschnitte und dem Geburtsgewicht war umgekehrt proportional.
- Es war nicht möglich, eine Beziehung zwischen der Anzahl sekundärer Kaiserschnitte und der Art der Beckenendlagen herzustellen.

Ein normaler Geburtsfortschritt ist der wertvollste Vorhersagefaktor für eine Vaginalgeburt.



GEBURTSSTÄTTE UND HEBAMMENGEMEINSCHAFT MUTTENZ

St. Jakobs-Strasse 39, 4132 MuttENZ
Telefon 061 61 47 11

Juhui! mir zügle!

vo de St. Jakobs-Str. 39 an Unterwartweg 21 au in MuttENZ.

Liebi Kolleginne,

Ihr sind alli hätzlech iglade zum «Tag der offenen Tür» am: Samschtig, de 4. Septämber 1993 vo 10.00 bis 17.00 Uhr.

Mir freue eus uf Eue Bsuech.

Die 6 Geburtsstätte Kolleginne □

Eine niedrige Parität und ein hohes Geburtsgewicht haben einen negativen Einfluss auf den normalen Verlauf der Geburt.

Die Schlussfolgerung unserer Analyse ist, dass eine vaginale Beckenendlagen-

entbindung bei sorgfältig selektierten Frauen ein sicheres Vorgehen ist und in 80% der Geburten erfolgreich sein kann. □

FLAWA MIMI

FLAWA MIMI Stillkompressen – optimaler Schutz für die Brust während der Stillphase.

- einzigartig weich und sicher
- hohe Saugfähigkeit
- nicht rücknässendes, hautfreundliches Innenvlies

Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

Bitte senden Sie mir **FLAWA MIMI Gratis-Muster**.

Name _____

Adresse _____

FLAWA AG, MIMI Muster, CH-9230 Flawil, Tel. 071/84 91 11



ST02 • PRÄFON 7H