

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle 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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	93 (1995)
<b>Heft:</b>	11
<b>Artikel:</b>	Forschung, Praxis und Forschungspraxis
<b>Autor:</b>	Luyben, Ars
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-951225">https://doi.org/10.5169/seals-951225</a>

### 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:** 25.01.2026

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

## Die Beckenendlage

# Forschung, Praxis und Forschungspraxis

Ans Luyben ist Hebamme und Lehrerin für Geburtshilfe. Sie ist Holländerin und seit sechs Jahren in der Schweiz. Zur Zeit arbeitet sie auf der Pränatalstation der Frauenklinik Bern.

«Und falls wir ihn aus Versehen treffen?» fragte Piglet besorgt.

«Oder falls ihr ihn aus Versehen nicht trefft?» sagte Eeyore. «Ihr müsst alle Möglichkeiten bedenken, Piglet, bevor ihr euch einen schönen Tag machen könnt.»

Milne, «Pooh, der Bär»

Viele Sachen entstehen durch ein Zusammentreffen von «glücklichen» Umständen, so auch das Entstehen dieser Studie<sup>1,2</sup>.

Die wichtigsten Faktoren waren ein Gynäkologe, der eine Frage hatte zu einer Geschichte, die unglücklich verlaufen war (totgeborenes Kind nach einer BEL-Geburt), und eine Hebamme, die dachte, Zeit zu haben, sich mit dieser Frage und deren Antwort zu beschäftigen.

Obwohl mein Interesse wahrscheinlich eher eine Art Neugier (nachher auch eine Art Herausforderung) war, war ich dem Untersuchen gegenüber völlig unvoreingenommen und sehr motiviert. Meine Aha-Erlebnisse hatte ich schon aufgrund der Diplomarbeiten meiner beiden Ausbildungen (Hebamme/Lehrerin) gehabt, die zu Änderungen in der Praxis geführt hatten. Ein wenig Basiskenntnisse zur Forschung waren mir während beider Ausbildungen schon beigebracht worden (Epidemiologie, Lesen, Zufall, Intervall, wie schreibe ich usw.).

Die Fragestellung war primär, ob es zu verantworten ist, vaginal zu gebären für eine Frau mit einem Kind in Beckenendlage (BEL). Die nächste Frage war, welche Faktoren den Geburtsprozess beeinflussen.

Obwohl ich keine Ahnung hatte damals, dass es ausserhalb der Niederlande eher unüblich war, die spontane BEL-Geburt zu akzeptieren, das habe ich erst während des Literaturstudiums erfahren, hat mich das Thema interessiert. Da es damals noch nicht üblich war für eine diplomierte Hebamme, etwas zu untersuchen, habe ich während verschiedener ruhiger Arbeitsnächte die Daten der BEL-Entbindungen (auch Frühgebüten, IUFT, Zwillinge usw.) aus dem Geburtenbuch gesammelt und aufgeschrieben. Die Daten habe ich dem Gynäkologen geschickt, der an dem Thema interessiert war, und ihn gefragt, ob er das Material mit mir bearbeiten wolle.

*Das unselektierte Sammeln von Daten ist ein in der Forschung unübliches Vorgehen, hatte bei mir aber den Vorteil, dass ein gut erhaltenes Geburtenbuch einen Schatz an Informationen bot. Es ist leider nicht «prospektiv» (vorausschauend) oder «randomisiert» (Kollektivbildung nach dem Zufallsprinzip, im voraus, mit wieder-*

*holbaren Resultaten), aber sehr nützlich für einen Feedback auf klinische Handlungsweisen. Es gibt auch Auskunft über Sachen, die in der Praxis brauchbar sind, was für die Hebammenforschung sehr wichtig ist. In der Regel ist es gut, einen Forschungsplan zu machen: wie diese Forschung verlaufen soll, inklusive das Erstellen eines Zeitplans. Der Zeitplan ist auch sehr wichtig, falls man eine Finanzierung beantragen möchte (entweder direkte Kosten oder auch z.B. für einen Arbeitsersatz der Forschenden; Zeit ist Geld). Wir haben auch indirekt einen Plan gemacht für die Zeiten, an denen wir uns verabredet haben – aber ansonsten...*

*«Leiden» war mein zukünftiger Co-Autor begeistert. Dies war im Sommer 1988, und so trafen wir uns regelmässiger. Es gab aber ein paar Probleme: Die Datensammlung sollte spezifiziert, die Schwangerschaftsdauer im Zweifelsfalle gesichert und die kindlichen Resultate im Langzeitverlauf überprüft werden. Außerdem mussten wir eine vergleichbare Kontrollgruppe von Frauen haben, neben der spontanen BEL-Geburten-Gruppe, die ein Kind in Kopflage geboren hatte. Wir wählten hierzu jede nächste Nummer im Geburtenbuch aus.*

*Danach grenzten wir die Datensammlung ein auf 37 bis 42 Schwangerschaftswochen (Termingeschlecht). Ich habe einige Stunden damit verbracht, im Keller Schwangerschaftsdauern zu sichern (LP, Ultraschall, Beurteilung des Neonatologen p.p.), und einige Zeit eingesetzt, (meist vor und nach der regulären Arbeit), um auf der Neonatologie viele Tortikollis, Ortolanis und weiteres in den Krankengeschichten zu finden. Sleep darüber in ihrem Artikel<sup>3</sup> «Forschung ist eine einsame Beschäftigung».*

*Über die Sammlung der Daten (Datenschutz) hatte ich mich mit der leitenden Hebamme und dem leitenden Neonatologen auseinandergesetzt. Ungefähr gleichzeitig bin ich auf Literatursuche gegangen.*

*Es ist schwierig, diese Zeit genau zu beschreiben, darum ist das Führen eines Tagebuchs während einer ersten Forschung eine gute Idee, besonders um den Frust loszuwerden oder um komische Ereignisse zu notieren, die das Ganze*

*farbiger machen<sup>3</sup>. In diesem Moment erschien gerade eine Doktorarbeit über die BEL (mit Literaturangabe natürlich!). So verbrachte ich nun einige Zeit in den Bibliotheken der Insel, der Wever (Heerlen) und der Universität von Leiden mit Medline (Literatursuche per Computer) und verschiedenen Artikeln. Das ist (auch für Hebammen) problemlos.*

*Momentan behelfe ich mich immer mit dem Midirs Enquiry Service, wenn ich Artikel zu einem bestimmten Thema brauche.*

*Ein Tip für die Literaturverarbeitung: Lege ein Kartensystem an. Darauf sammle: Artikel, Kurzinhalte, wichtige Zitate usw. Es ist in der Regel unmöglich, alles im Kopf zu behalten. Ich habe z.B. ca. 80 Artikel für meine BEL-Forschungsarbeit gelesen und selektiert*

*Mittlerweile gab es ein Problem: Ich hatte mich entschlossen, in die Schweiz zu zügeln. (Jetzt wird es ein wenig anekdotisch). Wir waren im Grunde mitten in einer Forschung – so wurden die Daten noch speditiver durchgeschaut als üblich, und noch bestehende Probleme mussten noch schneller beseitigt werden. Die Daten waren nun vollständig, wir mussten uns aber noch mit der statistischen Verarbeitung beschäftigen<sup>4</sup> und wie macht frau das in einem kleinen Spital oder als unbedeutende Hebamme?*

*Wir verabredeten uns mit der Statistikabteilung der Universität. Sie konnten uns nicht helfen, da wir zu dieser Zeit (noch) nicht der Universität angegliedert waren, aber sie konnten uns beraten, welche Tests wir benutzen sollten.*

*Ein Gynäkologe hatte (wieder von einem anderen Gynäkologen) ein Computerprogramm mit diesen besagten Tests! Also auch dieses Problem war gelöst. Ich reiste nun jede zweite Woche nach Holland und versuchte, alles zu einem guten Ende zu bringen, obwohl mein Forschungspartner anfänglich seine Zweifel geäussert hatte in bezug auf die weite Distanz. Das stimulierte mich natürlich noch mehr, die Sache durchzuziehen.*

*Nachdem ich an verschiedenen Tagen alle Daten ins Programm eingegeben hatte und diese natürlich unglücklicherweise nicht mehr reproduzieren konnte (Programm war abgestürzt), lernte ich einen Computerspezialisten vom Rechenzentrum der Universität Maastricht kennen. Dies war eines der schönsten Erlebnisse. Es gab da jemand, der alle Daten für mich bearbeiten wollte, umsonst... Er hatte so viel Freude an seinen Computern, dass er das gerne für mich machte, ohne gross wissen zu wollen, wer oder was ich war.*

*Schlussendlich musste ich diese Zahlen noch umsetzen in Bedeutungswerte (p-Werte). Ich habe mir also ein Buch gekauft und herausgefunden, wie ich das machen sollte.*

*Diese statistische Verarbeitung ist mir eigentlich noch immer ein Anliegen, da wir sehr wenig*

davon wissen. Es braucht sie, um auf rationelle Weise unsere Resultate darzustellen<sup>5</sup>. Hier brauchen wir professionelle Unterstützung, die es nicht gibt ohne offizielle Anerkennung als Forschende. Wäre ich dies gewesen, hätte ich viel Zeit sparen können.

Eigentlich hatten wir den wichtigsten Teil der Forschung fertig (Januar 1990). Jetzt sollten wir alles noch so verarbeiten und formulieren, dass «normale Menschen» es lesen konnten. Die Grafiken zusammenstellen gab viel Arbeit, aber auch viel Spass. Wir waren auf den Gedanken gekommen, diese Arbeit einer holländischen Fachzeitschrift anzubieten, dafür brauchten wir dann auch einen Artikel.

Meine Begleitung hatte mir schon mitgeteilt, dass ich damit rechnen musste, dass er mir den Entwurf des Artikels verschiedene Male retournieren würde zum Korrigieren und dass mich das nicht «mutlos» machen sollte. Ich habe eigentlich gar keine Zeit gehabt, mutlos zu werden, da der Artikel nach ca. zweimal hin- und herschicken korrigiert und fertig war.

Nachher kam der frustrierendste, aber auch lehrreichste Teil. Die meisten Zeitschriften, auch die Hebammenzeitungen, warteten ja nicht (nur) auf diesen Artikel. Mit meist zweitelhaften Fragen bekamen wir den Artikel retour.

Diese Fragen haben wir beantwortet, und verschiedene Sachen wurden geändert. So haben wir primär den Vergleich mit Kopflagenentbindungen weggelassen, da wir damit nicht das Rad nochmals entdecken wollten und es eigentlich darüber schon genügend Artikel gab.

Das Patientinnengut und die Methodik haben wir genauer beschrieben, denn was für uns logisch gewesen war, ist vielen überhaupt nicht logisch erschienen.

Die Studie wurde im Oktober 1990 in Athen am Europäischen Gynäkologenkongress präsentiert durch die gynäkologische Hälfte unseres Forschungsteams, und dann ist gefragt worden, ob wir sie publizieren wollten. Und so geschah es!

Ich hatte schon immer gesagt, dass ich mit «meinem Ei» zum Internationalen Hebammenkongress in Vancouver gehen wollte. Ich hatte so ein «Rom-sehen-und-sterben»-Gefühl, und damit wollte ich diese Periode abschliessen.

Nachher gab es noch ein paar Reviews (Übersichtsartikel), in denen unsere Artikel besprochen und bewertet wurden.<sup>3</sup> Ich habe dies sehr geschätzt, da ich diese Autoren überhaupt nicht gekannt habe; sie gaben mir ein unparteiisches Feedback.

Was war das Resultat für die Praxis? Die Studie lieferte die Bestätigung, dass eine normale Geburt auch für die Frau mit einem Kind in BEL zu verantworten ist. Ich hatte, als Hebamme, sehr

viel Freude daran; diese Studie war eine Herausforderung gewesen.

Wir fanden beeinflussende Faktoren, die übrigens auch den normalen Geburtsprozess prägen. Wichtige Einflussfaktoren sind sicher auch: Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hebamme, ein stabiles Team, Einstellung der Frau, erfahrene Geburtsmediziner und Hebammen und die direkte Kommunikation zwischen Patientin und Geburtsshelfer.

Auch wurden wir dafür sensibilisiert, dass Frauen aus anderen Kulturen einen anderen Geburtsmechanismus haben können und wir zu wenig wissen (das totgeborene Kind hatte eine afrikanische Mutter).

Es wird in der Zukunft sehr schwierig sein, diese «retrospektive (zurückschauende) Studie» zu reproduzieren. Die Frauen unseres Kollektivs sahen ihrer normalen Geburt unbesorgt entgegen, der grössere Informationsfluss hat jedoch auch seine negativen Auswirkungen auf die Psyche der Frau (Angst bei BEL)<sup>6</sup>.

Obwohl der Frust ab und zu gross, war durch die Suche nach den richtigen Instanzen und Personen, war der Spass sicher ebenso gross wenn nicht sogar grösser, und ich würde es ohne Zweifel wieder tun. Im Moment gibt es in vielen Ländern Hebammenforschungsgruppen, in denen Frauen einander helfen und unterstützen während ihrer Forschungsarbeit und bei der Suche nach geeigneten Kontakten und

Instanzen. Die legitime Anerkennung der Gruppe ist wichtig für diese Kontakte.

Ebensoviel Freude haben mir alle Menschen gemacht, die mir geholfen haben. Ausser meinem Forschungspartner waren dies insbesondere die Mitarbeiter verschiedener Sekretariate (Ria, Nicolle, Frau Zurbuchen), das Rechenzentrum Maastricht, im Hinblick auf audiovisuelle Hilfsmittel Uwe Baronsky und für die sprachlichen Probleme Ilse Steininger (the one and only..). Nicht zu vergessen meine Schreibmaschine! Wie schön, dass es sie gibt!

## **Referenzen**

1. Roumen FJME, Luyben AG. Safety of term vaginal breech delivery. Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. 1991; 40: 171–177.
2. Luyben AG, Roumen FJME. Vaginale Beckenendlagen-Entbindung – Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Gynäkologe. 3. Die Hebamme 1995; 8: 50–54.
3. Hofmeyr GJ. Breech presentation and shoulder dystocia in childbirth. Current Opinion in Obstet. and Gynecol. 1992; 4: 807–812.
4. Sleep J. Things I wish I'd known before I started. Midwifery, 1985; 1: 54–57.
5. Itman DG. The scandal of poor medical research. Brit. Med. J. 1994; 308: 283–284.
6. Odent M. Launching CENEP. Midirs 1995; 5; 1: 31–32.

## **Zusammenfassung der Studie über die vaginale Beckenendlagen-Entbindung**

## **Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Gynäkologe**

Ans G. Luyben, Hebamme, Frans J.M.E. Roumen, Gynäkologe, St. Elisabethklinik, Heerlen, Niederlande

In den letzten Jahrzehnten ist die fetale Beckenendlage immer öfter abdominal statt vaginal entbunden worden. Die Kaiserschnitt-raten sind in verschiedenen Ländern bis zu 100% angestiegen. Verschiedene Forschungen haben jedoch gezeigt, dass es möglich ist, die Anzahl der Kaiserschnittentbindungen zu senken, durch Zulassung einer vaginalen Geburt an sorgfältig selektierten Frauen, mit guten Resultaten für das Kind. Über die Selektions-kriterien ist man sich in der Literatur nicht einig. Aus diesem Grunde wurde eine retrospektive Forschung gemacht, die sich auf Daten von 247

Frauen bezieht, die mit einem gesunden termin-gemässen Kind in Beckenendlage schwanger waren. Diese Forschung wurde in einer Frauenklinik in Holland gemacht, die mit einer Hebamenschule verbunden ist. Normaler Fortschritt der Eröffnung ohne Geburtsstillstand und ohne Zeichen von fetaler Hypoxie waren die einzigen Faktoren, um die Möglichkeit einer vaginalen Entbindung zu bestimmen.

Bei einer relativ niedrigen Anzahl von Kaiserschnittentbindungen (20,7%) gab es zwei perinatale Todesfälle. Einer von diesen hatte eine