

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 118 (2020)
Heft: 7-8

Artikel: Management bei fetaler Beckenendlage
Autor: Gerreshaim, Bernnd / Lüscher, Ursula
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949088>

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: 24.04.2026

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



Management bei fetaler Beckenendlage

Das Bethesda Spital bietet bei Beckenendlage (BEL) die äussere Wendung zur Rotation des Kindes in Kopflage an sowie die vaginale Geburt aus BEL im sogenannten Vierfüsslerstand. Damit dies gelingt, braucht es einerseits eine Schwangerschaftsbetreuung, die das Gefühl für die Signale des eigenen Körpers fördert, und andererseits eine wertschätzende Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzteschaft auf Augenhöhe.

TEXT:
BERND GERRESHEIM UND
URSULA LÜSCHER

Obwohl die fetale Beckenendlage (BEL) am Termin mit 3 bis 4% aller Schwangerschaften relativ selten auftritt, wird die Diskussion über den geeigneten Geburtsmodus oft eher emotionsbeladen als evidenzbasiert geführt. So ist selbst unter Fachärztinnen und -ärzten sowie Hebammen der Mythos weit verbreitet, die alleinige Berührung des Kindes unter der Geburt könnte zu einem Hochschlagen der Arme führen. Ein Vorgang, der mechanisch schwierig sein dürfte und für den es keinerlei Evidenz gibt. Das Bethesda Spital in Basel ist mit rund 1900 Geburten eine der grösseren Geburtskliniken der Schweiz. Neben dem Hebammenteam – je vier Hebammen pro Schicht – arbeiten hier Beleghebammen, rund 40 Belegärztinnen und -ärzte und seit 2016

ein chefürztlich geleitetes Inhouse-Team. Am internationalen Hebammentag 2019 wurde auf dem Klinikgelände ein von frei praktizierenden Hebammen geführtes «Haus der Geburt» eröffnet, mit dem das Team der Geburtenabteilung bei Verlegungen eng zusammenarbeitet. Im Bethesda Spital wird bei Beckenendlage (BEL) die äussere Wendung zur Rotation des Kindes in Kopflage sowie die vaginale Geburt aus BEL im sogenannten Vierfüsslerstand angeboten, dies auch bei Erstgebärenden.

Die Betreuung der Schwangerschaft

Die Frage des Geburtsmodus bei BEL scheint nicht so sehr ein Bestandteil der berechtigten Diskussion um die Sectorate zu sein. Selbst wenn alle Frauen mit BEL vagi-

nal gebären könnten, würde die derzeitige Sectiorate in der Schweiz nur marginal sinken; es ist vielmehr eine Frage des Respektes vor den Wünschen, den Erwartungen und der Selbstkompetenz der Frauen. Im Umgang mit der BEL-Problematik spiegeln sich die zentralen Zukunftsthemen praktischer Geburtshilfe: die informierte Entscheidung der schwangeren Frau, interdisziplinäre Zusammenarbeit in gegenseitiger Wertschätzung, eine adäquate Stellenbesetzung, welche die persönliche Betreuung der Gebärenden sicherstellt, sowie der Erhalt manueller geburtshilflicher Fähigkeiten.

Schwangere Frauen und ihre Angehörigen sind oft erschreckend einseitig über die vaginale Geburt bei BEL aufgeklärt. Viele Schwangere spüren ein tiefes Unbehagen bei der Vorstellung, ein bis zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin einen Kaiserschnitt durchführen zu lassen. Dennoch fügen sie sich oft der scheinbaren Alternativlosigkeit dieser Entscheidung.

Eine Schwangerschaftsbetreuung, die das Selbstbewusstsein unterstützt und das Gefühl für die Signale des eigenen Körpers fördert, ist die Basis für eine erfolgreiche vaginale Geburt. Dies gilt insbesondere für die Geburt aus BEL. Die Voraussetzung dafür ist im Klinikalltag die wertschätzende Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzteschaft auf Augenhöhe.

Die äussere Wendung

In den letzten Jahren rückt das bereits seit dem 4. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung historisch verbürgte Verfahren der äusseren Wendung (Feige & Krause, 1998), wahrscheinlich befördert durch den zunehmenden Verlust geburtshilflicher Expertise in der vaginalen BEL Geburt, wieder vermehrt in den Fokus von Fachpersonen. Umfassende Evidenz zu diesem Thema findet

Schwangere Frauen und ihre Angehörigen sind oft erschreckend einseitig über die vaginale Geburt bei Beckenendlage aufgeklärt.

sich in der «Green-top Guideline 20a» des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Impey & Murphy im Auftrag des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2017). Die wichtigsten Punkte sind:

1. Durch eine erfolgreiche äussere Wendung kann die Sectiorate gesenkt werden.
2. Die Erfolgsrate liegt bei etwa 50 % (Multipara 60 %, Nullipara 40 %).
3. Die Komplikationsrate ist sehr niedrig.
4. Der optimale Zeitpunkt ist ab 37+0 Schwangerschaftswochen (SSW) (bei Nullipara gegebenenfalls ab 36+0 SSW).
5. Tokolyse mit BetaMimetika erhöht die Erfolgsrate.
6. Eine Regionalanästhesie wird nicht empfohlen, kann aber im Einzelfall erwogen werden.
7. Eine vorausgegangene Sectio caesarea ist keine Kontraindikation.

Im Bethesda Spital wird die äussere Wendung in der Geburtenabteilung und in Sectiobereitschaft bei laufender Gynipral-Tokolyse durchgeführt. Kontraindikationen sind alle Situationen, in denen eine absolute Sectioindikation besteht (z. B. Plazenta praevia), Mehrlingsschwangerschaften (ausser nach der Geburt des führenden Zwilings) und aktuelle vaginale Blutung (innerhalb der letzten sieben Tage). Geringere Erfolgsaussichten bestehen bei Vorderwandplazenta und Oligohydramnion.

Nach erfolgreicher Wendung erfolgt eine «Schienung» des Kindes durch gerollte Handtücher, die mittels eines Bauchgurtes rechts und links sorgfältig fixiert werden. Neben der Kardiotokografie-Überwachung erfolgt postinterventionell eine Messung der maximalen Flussgeschwindigkeit in der Arteria cerebri media zum Ausschluss einer fetalen Anämie infolge einer fetomater-

nalen Transfusion. Rhesus negative Frauen erhalten eine Anti-D-Prophylaxe. Die Frau bleibt 24 Stunden hospitalisiert.

Alternative Wendungsverfahren

Nicht unerwähnt bleiben sollen an dieser Stelle die zahlreichen alternativen Wendungsverfahren, von denen die Moxibustion und die indische Brücke die bekanntesten sein dürften. Auch sie haben durchaus ihre Berechtigung. Leider gibt es kaum eine systematische Evaluation von Erfolgs- und Komplikationsraten. Die praktizierenden Geburtshelferinnen und Geburtshelfer stellen jedoch fest, dass Schwangere jegliches Engagement zur Unterstützung der Drehung ihres Kindes in Kopflage ausserordentlich schätzen. Im Bethesda Spital wird geburtsvorbereitende Akupunktur angeboten. Bei bekannter BEL werden, sofern die Frau dies wünscht, ab der 35. SSW Moxa-Behandlungen von Hebammen mit einer Zusatzausbildung aus dem Team durchgeführt. Häufig ist dies für die schwangere Frau der erste Kontakt mit den Hebammen der Geburtenabteilung. Neben der Behandlung können Wünsche oder gegebenenfalls Ängste der Schwangeren und ihrer Begleitperson aufgenommen und diskutiert werden.

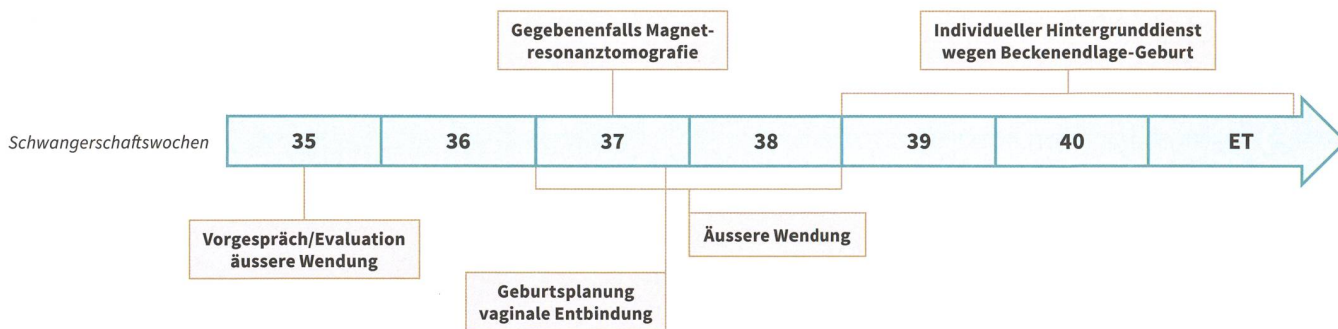
Die Diagnostik vor der vaginalen Geburt

Ist die äussere Wendung nicht erfolgreich oder wird sie von der Schwangeren nicht gewünscht, erfolgt eine eingehende Evaluation der Voraussetzungen für eine vaginale Geburt aus BEL. Dazu gehören die Fetometrie, die vaginale Tastuntersuchung und bei Erstgebärenden eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Beckens. Obwohl das MRT entsprechend nationaler Leitlinien

Im Bethesda Spital wird die äussere Wendung in der Geburtenabteilung und in Sectiobereitschaft bei laufender Gynipral-Tokolyse durchgeführt.

Zeitachse Management Beckenendlage

Bernd Gerresheim (2020)



nicht zwingend durchgeführt werden soll, hat das geburtshilfliche Team des Bethesda Spitals den Eindruck, dadurch Ängste bei Schwangeren und deren Angehörigen und gegebenenfalls auch beim geburtshilflichen Teams senken zu können. Bei einer Conjugata vera <12cm wird die primäre – oder auf Wunsch der Schwangeren auch sekundäre – Sectio empfohlen. Eine aktuelle systematische Untersuchung der MRT-Daten von 240 Schwangeren mit vaginalem

ne Fachperson freilich auch palpatorisch abschätzen. Eine weitere Studie zeigte eine Zunahme erfolgreicher vaginaler Geburten bei ansteigender Conjugata vera (Klemm et al., 2019).

Die Geburt aus Beckenendlage

Im Jahr 2000 wurde die Hannah-Studie publiziert (Hannah et al., 2000). Bereits davor war die Rate vaginaler Geburten in industrialisierten Ländern rückläufig. Dieser Prozess wurde durch die Hannah-Studie deutlich beschleunigt. Inzwischen sind deren methodische Schwächen und das zwischenzeitlich untersuchte Langzeit-Outcome bekannt. Es gibt keinen Unterschied zwischen vaginaler Geburt und Sectio bzgl. langfristiger kindlicher Morbidität (Hofmeyr & Hannah, 2015) Dennoch blieben bei Schwangeren und ihrem sozialen Umfeld sowie bei Fachpersonen Zweifel hinsichtlich der Sicherheit vaginaler Geburten aus BEL (Berhan & Haileamlak, 2016).

V. a. dem Frankfurter Geburtshilfe Team um Prof. Frank Louwen ist es zu verdanken, dass die Geburtsposition als neuer Aspekt in die Diskussion um eine interventionsarme BEL-Geburt eingebracht wurde. In einer 2017 publizierten Studie konnte er zeigen, dass die Geburt aus BEL im Vierfüsslerstand gegenüber der Rückenlage mit einer schnelleren Austreibungsperiode und einer niedrigeren Sectiorate verknüpft ist. Die Rate ernsthafter neonataler Morbidität entsprach der einer geplanten Sectio. Von 433 vaginal geplanten Geburten wurden 269 (62 %) erfolgreich beendet (Louwen et al., 2017).

Verfahren zur Armlösung

Inzwischen sind verschiedene Verfahren zur Armlösung im Vierfüsslerstand beschrieben und etabliert. Analog zur Schulterdystokie handelt es sich um Rotationsverfahren zur Lösung des auf Linea terminalis des Be-

In einer 2017 publizierten Studie konnte Prof. Frank Louwen zeigen, dass die Geburt aus Beckenendlage im Vierfüsslerstand gegenüber der Rückenlage mit einer schnelleren Austreibungsperiode und einer niedrigeren Sectiorate verknüpft ist.

Geburtsversuch bei BEL ergab den interspinalen Abstand (ISD) in Beckenmitte als wichtigen Prognoseparameter. War die ISD >11cm, lag die Rate erfolgreicher vaginaler Geburten bei knapp 80 % (Hoffmann et al., 2016). Diesen Parameter kann eine erfahre-

AUTORIN UND AUTOR



Dr. med. Bernd Gerresheim,
 Chefarzt am Bethesda Spital, spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, DEGUM II, IBCLC.
 bernd.gerresheim@bethesda-spital.ch
 www.bethesda-spital.ch



Ursula Lüscher,
 Hebamme MSc, Leitende Hebamme
 Geburtenabteilung am Bethesda Spital.
 ursula.luescher@bethesda-spital.ch

ckens festsitzenden Armes. Folgerichtig beschreiben Louwen et al. (2017) die ausbleibende spontane Geburt eines oder beider Arme mit dem Ausbleiben der vollständigen Rotation des kindlichen Bauches zur Geburtshelferin / zum Geburtshelfer als «dystocia sign». Grosses Lob gebührt in diesem Zusammenhang den Hebammen Ulrike Harder und Susanne Mack, die in der Zeitschrift «Die Hebamme» eine reich bebilderte Darstellung von Theorie und Praxis der BEL-Geburt einschliesslich der Armlösung geliefert haben (Harder & Mack, 2015). Hilfreich v.a. in der Ausbildung kann der von Walker beschriebene zeitabhängige Algorithmus zum Vorgehen bei ausbleibender spontaner vaginaler Geburt aus BEL sein (Reitter et al., 2020).

Spezieller Hintergrunddienst

Ein wesentlicher Faktor hinsichtlich der Sicherheit ist nach allgemeiner Auffassung die Anwesenheit eines erfahrenen Geburtshelferteams. Dies stellt inzwischen auch grössere Geburtskliniken vor logistische Herausforderungen, denen das geburtshilfliche Team des Bethesda Spitals mit einem «individuellen BEL-Hintergrunddienst» ab der 38. SSW gerecht wird. In diesem Zusammenhang ist die Kooperation zwischen Beleg- und Inhouse-Ärztenschaft von Bedeutung. Pädiater/-innen und Anästhesie sind bei der Geburt im Stand-by-Modus. Sie sind jedoch nicht im Geburtszimmer anwesend.

Vor der Geburt

Der Geburtsverlauf bei BEL wird im Vorfeld mit der Schwangeren und ihrer Begleitperson ausführlich besprochen. Dazu gehören sorgfältige Erklärungen zu bspw. der Sinnhaftigkeit des Positionswechsels. Die Hebammen wenden alternative Mittel sowie schulmedizinische Methoden zur Unterstützung des physiologischen Geburtsverlaufs an. Dabei werden die Wünsche der Frau berücksichtigt und sie wird bei jeder Entscheidung sorgfältig beraten. Bei einer BEL-Geburt sind, wenn immer möglich, mehrere Hebammen involviert. Hebammen mit Berufserfahrung können dadurch ihr Know-how gezielt an jüngere Kolleginnen weitergeben. Die Kommunikation zwischen Hebamme und zuständiger Ärzteschaft wird intensiv gepflegt. Nach jeder Geburt mit dem Inhouse-Team findet ein strukturiertes Feedbackgespräch mit den beteiligten Hebammen und dem ärztlichen Team statt.

Unter der Geburt

Bei der BEL-Geburt wird die Frau motiviert, den Vierfüsslerstand einzunehmen. Neben der niedrigen Rate an Manualhilfen ist das im Gegensatz zur Rückenlage deutlich seltener Auftreten einer pathologischen Kardiotokografie in der Austreibungsperiode aus Sicht des geburtshilflichen Teams des Bethesda Spitals ein Vorteil. Ein spontaner Geburtsbeginn und ein regelrechter Geburtsfortschritt sind Grundvoraussetzungen. Eine Wehenaugmentation mit Oxytocin ist nicht Standard, aber durchaus erlaubt. Die Indikation zur Periduralanästhesie wird nach den Bedürfnissen der Frau gestellt. Eine Episiotomie ist nicht notwendig.

Erfahrungen in der Praxis

Die äussere Wendung wird inzwischen regelmässig in der Geburtenabteilungsroutine im Bethesda Spital angewendet (25 Wendungen im 2019 mit einer Erfolgsrate von 60 %). Bei der vaginalen BEL-Geburt braucht es jedoch noch Aufbau- und Überzeugungsarbeit. 2019 ist das Team der Geburtenabteilung in zehn BEL-Geburten gestartet. Sechs Kinder konnten vaginal geboren werden. Die Zufriedenheit der Mütter und ihrer Angehörigen ist gross, selbst wenn während der Geburt sekundär zur Sectio entschieden werden musste.

Die Zukunft der Geburtshilfe wird sich nicht an der Beckenendlage entscheiden. Sie wird sich jedoch darin widerspiegeln, wie Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sowie die ganze Gesellschaft mit dieser Herausforderung umgehen. ☺

Literatur

- Feige, A. & Krause, M. (1998)** Fetale Beckenendlage. Urban & Schwarzenberg.
- Impey, L. W. M. & Murphy, D. J. im Auftrag des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2017)** External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. *BJOG*.
- Hoffmann, J., Thomassen, K., Stumpp, P., Grothoff, M., Engel, C., Kahn, T. & Holger, S. (2016)** New MRI Criteria for Successful Vaginal Breech Delivery in Primiparae. *PLoS ONE*; 11(8).
- Klemm, A. S., Schulze, S., Brüggmann, D. & Louwen, S. (2019)** MRI based Pelvimetric Measurements as Predictors for a Successful Vaginal Breech Delivery in the Frankfurt Breech at Term Cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; Januar.
- Hannah, M. E., Hannah, W. I., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan A. R. (2000)** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*; 365:1375-83.
- Hofmeyr, G. & Hannah, M. (2015)** Planned Caesarean Section for Term Breech Delivery. *Cochrane Database*; Ausgabe 7.
- Berhan, Y. & Haileamlak, A. (2016)** The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth. *BJOG*.
- Louwen, F., Baviss, B. A., Johnson, K. C. & Reitter, A. (2017)** Does breech delivery in an upright position instead of the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynecol Obstet*.
- Harder, U. & Mack, S. (2015)** BEL-Geburt im Vierfüssler: interventionsarme Geburtshilfe. *Die Hebamme*; 28:16-22.
- Reitter, A., Halliday, A. & Walker, S. (2020)** Practical insight into upright breech birth from birth videos: A structured analysis. *Birth*; 47:211-219.

Die äussere Wendung wird inzwischen regelmässig in der Geburtenabteilungsroutine im Bethesda Spital angewendet (25 Wendungen im 2019 mit einer Erfolgsrate von 60 %).