

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: 84 (1986)

Heft: 9-10

Artikel: Der sanfte Kopfdurchtritt : Möglichkeiten der Führung der Frau

Autor: Oppliger, Annemarie

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950315>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.04.2025

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



Lese-Tip

«Mensch und Strahlenwirkung»
Strahlenschäden/Strahlenbehandlung/Strahlenschutz
von Prof. Dr. med. Ludwig Rausch
Piper Verlag 1982, Fr. 35.-

Prof. Dr. med. Ludwig Rausch war 1963–1982 Leiter der strahlenbiologischen Abteilung des Universitätsklinikums Giessen. Das Ziel dieses Buches ist, über alle den Menschen berührenden Wirkungen ionisierender Strahlung zu informieren, indem Begriffe und Wirkungsprinzipien erklärt werden. Auf wissenschaftlicher Grundlage macht Prof. Rausch den Leser mit den wichtigsten Tatsachen und Zusammenhängen der medizinischen Strahlenbiologie vertraut. In einem allgemeinen Teil vermittelt er das Grundwissen zum Verständnis von Strahlenschäden und Erbkrankheiten infolge Strahlenwirkung. In einem speziellen Teil wägt er Nutzen und Gefahren von Röntgen und Szintigrammen ab, zeigt anhand von Beispielen aus der Nuklearmedizin die therapeutische Wirkung von Strahlen bei der Tumorbehandlung und geht auf den Strahlenschutz in der Medizin und in der Arbeitswelt ein. bl

Der sanfte Kopfdurchtritt

Weiterbildung am 93. Schweizerischen Hebammenkongress, 6. und 7. Juni 1986 in Zofingen

Möglichkeiten der Führung der Frau

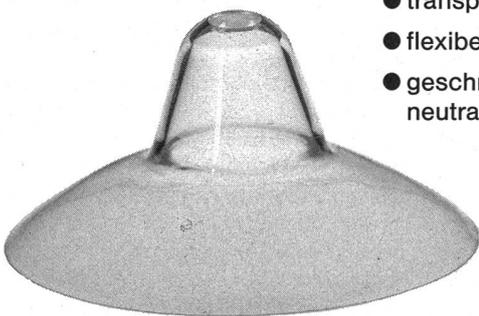
Referat von Annemarie Oppliger, Hebamme an der Frauenklinik Aarau

Ich berichte aus der Frauenklinik des Kantonsspitals Aarau. Jährlich gebären bei uns 1500–1600 Frauen. Unsere Klinik hat das Chefarztsystem. Für die Hebammenschule Zürich sind wir eine Aussenstation. Hebammenschülerinnen, Medizinstudenten, junge Assistenzärzte werden bei uns in die Geburtshilfe eingeführt. Damit ergibt sich bei uns ein klassischer Schulbetrieb. Trotzdem versuchen wir, neue Wege zu gehen bei der Betreuung von Frauen mit pathologischen Schwangerschaftsverläufen, aber auch bei der Begleitung der Frauen durch die normale Eröffnungs- und Austreibungsperiode. Schon seit längerer Zeit praktizieren wir bei hospitalisierten schwangeren Frauen mit Erfolg die gezielte Entspannungsmassage.

Recht häufig gelingt es uns damit, Tokolytika und Antihypertensiva einzuschränken. Zurzeit ist es «der sanfte Kopfdurchtritt», der uns nach neuen Wegen suchen lässt. In dieser Zielsetzung haben wir drei Richtungen verfolgt:

- Wir bieten den Frauen neben der halbsitzenden Gebärstellung im Bett den Geburtshocker nach Sheila Kitzinger an.
- Wir stellen uns die Frage nach der Notwendigkeit der Anleitung der gebärenden Frau in der Austreibungsperiode.
- Wir versuchen bei fetalen Gefahrenzeichen in der Austreibungsperiode mit einer Notfall-Tokolyse, im Sinne der intrauterinen Reanimation, die Verhältnisse für das Kind zu verbessern.

Das Medela Brusthütchen...



- transparent
- flexibel
- geschmacksneutral

Trotz wunden Brustwarzen, Warzen mit Schrunden oder Rissen, Flach- oder Hohlwarzen, kann die Mutter das Kind an die Brust setzen.

medela

Medela AG, Medizinische Apparate
6340 Baar, Lättichstrasse 4
Telefon 042 31 16 16, Telex 865486

Mamina

sättigt dank der Sämigkeit besonders gut und nachhaltig, ohne aber durch einen überhöhten Kohlenhydratanteil zur Überfütterung zu führen. Der Schoppen wird von allen Kindern gern genommen und sehr gut vertragen. Wertvoll ist seine vielseitige Zusammensetzung, u.a. mit Dextrin-Maltose (Nährzucker), den Vitaminen A, D, E, B1, B2, B6, PP, C, Ca-Pantothenat, Biotin sowie Eisen.

Mamina ist ebenso ideal zum Nachschöpfeln wie als ausschliessliche Nahrung in den ersten Monaten. Auch später, wenn nur noch einzelne Mahlzeiten in der Flasche gegeben werden, ist Mamina eine wertvolle Ergänzung von Babys Tagesnährplan und verträgt sich bestens mit jeder andern Schoppen- und Breinahrung.



**Gute Sättigung
gesunder Schlaf mit
Mamina**

1. Der Sheila Kitzinger-Stuhl

Grundsätzlich dürfen bei uns die gebärenden Frauen jene Stellung während allen Geburtsabschnitten wählen, die ihren Wünschen entspricht.

Allerdings hat aber das Kind immer Priorität.

Trotz entsprechender Propaganda in den Geburtsvorbereitungskursen gibt es immer noch nur wenige Frauen, die sich für den Gebärhocker interessieren.

Viele Multiparas sind sich ans Bett gewohnt und wollen nichts Neues.

Mancher Primipara kommt der Gedanke, den Geburtsakt auf den Boden zu verlegen, etwas eigenartig vor.

Dazu kommt, dass nicht jede Hebamme in der Lage ist, den Dammschutz in dieser recht unbequemen Stellung durchzuführen, sei dies altersbedingt, oder sei dies, weil ein bestehendes Rückenleiden sie daran hindert.

Auch scheinen uns Geburten auf dem Gebärstuhl nicht von Anfang an für unsere Schülerinnen geeignet.

Kritisch und zugleich neugierig erproben wir anfänglich den Stuhl nur in der Eröffnungsperiode.

Unsere Erfahrungen waren recht gut.

Am eindrücklichsten waren sie bei Frauen mit Hyperventilation und mit Einstellungsanomalie der Kinder.



Sheila Kitzinger 1982 bei den Zürcher Hebammen

In der Anfangseuphorie sind uns auch Fehler unterlaufen. Lässt man beispielsweise die Frau zu lange auf dem Stuhl sitzen, kann eine ödematöse Aufschwellung des Muttermundes die Folge sein.

Es gab auch Frauen, die vor der Austreibungsperiode wieder ins Bett wollten, weil sie im Rücken zu müde wurden.

Bewährt hat sich der Gebärstuhl in unseren Händen in der frühen Eröffnungs- und in der späten Austreibungsperiode.

Mit zunehmender Erfahrung haben wir den Gebärstuhl in der Austreibungsperiode eingesetzt.

Bei knapp der Hälfte der Frauen, die sich für die Geburt auf dem Stuhl entschieden hatten, kam es trotz allen Bemühungen zur Geburtsbeendigung im Gebärbett.

Diese Misserfolge mussten wir vorwiegend am Anfang unserer Erprobungen hinnehmen, als wir die Frauen schon zu Beginn der Eröffnungsperiode auf dem Stuhl sitzen liessen.

Bis zum Erreichen der Austreibungsperiode waren nicht wenige der Frauen erschöpft und zogen das Gebärbett vor, weil sie sich dort besser gestützt fühlten.

Ein weiterer Grund zum Wechsel ins Gebärbett waren kardiokografische Gefahrenzeichen wie Bradykardien oder schwere variable Dezelerationen, die uns eine Überwachung im Gebärbett als ratsam erscheinen liessen.

Möglicherweise waren unsere Erfahrungen noch zu gering, so dass der Wechsel ins Gebärbett vielleicht zu früh erfolgte.

Die gelungenen Geburten auf dem Gebärstuhl endeten indes mit einer grossen Begeisterung von seiten der Frauen.

Sie fühlten sich näher bei ihren Ehemännern und brauchten weniger Kraft beim Schieben.

Bei kritischer Betrachtung des Kopfdurchtrittes muss festgehalten werden, dass die Kraft von Uterus- und Bauchpresse viel intensiver zur Entfaltung kommt und dadurch die Anstrengung für die Frau geringer wird.

Keine der gebärenden Frauen musste zum «Pressen» angeleitet werden! In der Regel war es auch kein Pressen im bekannten Sinne, sondern vielmehr ein kraftvolles Ausatmen und Schieben.

Sehr wohl kann für das Kind der Kopfdurchtritt sanft sein. Andererseits darf die gewaltige Kraft von oben nicht unterschätzt werden.

Es gab Frauen, die wir anhalten mussten, weniger stark mitzuschieben, weil uns die Gefahr vor grösseren Dammrisen zu gross erschien.

Aus diesem Grunde haben wir uns bis dahin auch nicht gewagt, ohne Episiotomie zu gebären.

Ganz gewiss kommt der Vorteil der grossen Kraftentfaltung dort zum Tragen, wo ein starkes Mitpressen der gebärenden Frau vermieden werden muss. Beispiele dafür waren bei uns einmal eine Netzhautablösung und einmal überstarke Hämorrhoiden.

2. Anleitung der gebärenden Frauen während der Pressperiode

Wir haben uns Gedanken gemacht, ob die Frauen während der Pressperiode überhaupt angeleitet werden müssen.

Wohl in keinem andern Geburtsabschnitt wie in der Pressperiode besteht eine derartige Verunsicherung der Frauen.

Wer kennt nicht die verzweifelten Blicke der Frauen und die hilflos gestammelten Formulierungen über ihr eigenes Unge-nügen und Versagen.

Sind wir Hebammen und Geburtshelfer möglicherweise daran mitschuldig?

Haben wir nicht seit eh und je die Frauen angefeuert wie Spieler auf einem Fussballfeld?

Und sind nicht wir Helfenden immer wieder in den verhängnisvollen Circulus vitiosus des Anfeuerns und des Stimulierens der Wehentätigkeit geraten, wenn sich im Kardiogramm unheilvolle Veränderungen einstellten?

Wir mussten wieder lernen, dass sich eigentlich viele Frauen in der Pressphase angepasst verhalten, wenn man sie auf ihre eigenen Empfindungen aufmerksam macht. Manchmal ist es ein Stöhnen, manchmal ein Schreien und manchmal ist es auch ein kraftvolles Ausatmen.

Indes gibt es nur sehr wenige Frauen, die spontan ihre Oberschenkel fassen und sie, wie wir es immer wieder empfehlen, nach oben ziehen.

Eine Frau, die während der Pressphase nicht «nach Lehrbuch» angeleitet wird, hält von sich aus übrigens nicht während 12–15 Sekunden den Atem an, sondern lediglich während etwa 5–7 Sekunden, ein Tatbestand, der ohne Zweifel einen sanfteren Kopfdurchtritt ermöglicht, also schonender ist für die Mutter, das Kind und den Beckenboden. Unter dem Nichtanleiten verstehen wir ein primäres Abwarten, bis die Frau von sich aus den Drang zum Mithelfen verspürt und diesen auch für sich selbst interpretiert.

Man lässt der gebärenden Frau zu Beginn also die völlige Freiheit über die Art und Weise ihrer Mitarbeit.

Werden die Geburtskräfte von ihr angepasst ausgenützt, bestätigen wir sie in ihrem Tun und teilen ihr in der Wehenpause ihren Geburtsfortschritt mit. Vielleicht zeigen wir ihr mit dem Spiegel den kindlichen Kopf oder lassen sie ihn mit den Fingern fühlen.

Natürlich kommt es auch vor, dass sich die Frau falsch verhält und den Geburtsfortschritt geradezu hindert.

In dieser Situation ist es sinnvoll, von unserer Erfahrung her Tips zu geben. Das heisst aber immer noch nicht, dass wir die Frau forcieren!

Es ist uns bewusst, dass auch unser Fehlverhalten ein Geburtshindernis sein kann.

Wir sind davon abgekommen, die Austreibungsperiode, oder besser die Pressperiode, auf 30 Minuten zu limitieren. Diese Phase kann länger, natürlich auch kürzer dauern.

Zu beachten ist allein, dass das Kind nicht leidet und die Frau nicht übermässig ermüdet.

Zeitmangel unsererseits darf es nicht geben!

Unter der **angeleiteten Geburt** verstehen wir das klassische «Oberschenkel unter den Knien fassen, ziehen, einatmen, Luft anhalten, Kopf auf die Brust, nach unten pressen, noch weiter, noch weiter, nicht aufhören ...».

So haben wir es alle einmal gelernt.

Wenn sich dieser Vorgang während einer Wehe dreimal wiederholt, presst die Frau dreimal 12–15 Sekunden.

Fehlt der gewünschte Fortschritt, wird mit Wehenmitteln nicht gespart.

Bleibt auch dann der Fortschritt noch aus, wird die Frau auch noch vom Arzt angefeuert.

Eine grosse Zahl von Kardiotokographiestreifen zeigt, dass das forcierte Pressen negative Auswirkungen auf das Kind hat.

3. Notfalltokolyse in der Austreibungsperiode bei kardiotokographischen Gefahrenzeichen

Dazu können wir allerdings weder selbst erarbeitete Statistiken vorlegen, noch können wir in Anspruch nehmen, dass diese Idee aus unserer Klinik kommt.

Wir stützen uns auf die Studie von Dr. W. Wenzel und Prof. P. Kopecky von der geburtshilflichen Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Bardenberg.

Wer kennt nicht die Situation der plötzlich sich einstellenden kindlichen Bradykardie bei vollständig eröffnetem Muttermund und Stand des Kopfes auf Beckenboden?

In dieser Situation sind wir es gewohnt, zur möglichst raschen Geburtsbeendigung zu schreiten, sei dies, dass wir die Frau zum kräftigen Mitpressen anhalten oder sei dies durch den Ruf nach Vakuumextraktion oder Forceps-Entbindung.

Die erwähnte Studie überzeugt durch eine gegenteilige Handlungsweise.

Anstatt anzufeuern und sofort operativ einzugreifen, wird eine Tokolytikumlösung i/v appliziert im Sinne der intrauterinen Reanimation, mit der Zielsetzung, die Wehen zu blockieren und dem Kind Zeit für die Erholung zu geben.

Die von den Autoren ausgewiesenen Resultate sprechen eine deutliche Sprache zugunsten dieses Vorgehens.

In der Schlussfolgerung wird dann auch darauf hingewiesen, dass der Ehrgeiz nicht in einer extrem kurzen Geburtsdauer liegen darf.

Mit Ruhe und Überlegenheit sind bessere Vitalparameter für die Neugeborenen zu erreichen, und manche Notfalloperation kann vermieden werden.

Diese Überlegungen kommen unsern Bestrebungen sehr entgegen. Wir können in bedrohlicher Situation die Frauen besser begleiten, wir können Ängste abbauen und können insbesondere mehr für das gefährdete Kind tun.

Und am Ende werden weniger Frauen um das Geburtserlebnis gebracht.

Neues aus den Hebammenschulen

Schnupperlehrlager für Pflegeberufe in der Lenk 1986

Seit mehr als fünfzehn Jahren führt das Schweizerische Rote Kreuz Schnupperlehrlager durch. Diese Lager werden geleitet von Berufsberater/innen und Berufstätigen der verschiedenen Pflegezweige wie Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und psychiatrische Krankenpflege. Den rund hundertsechzig Teilnehmern aus allen Landesteilen wird ein lebendiger Einblick in die Aufgaben der verschiedenen Berufe vermittelt. Filme, Diavorträge, praktische Übungen und ein Spitalbesuch bauen falsche Vorstellungen ab, und die einzelnen Berufe nehmen klare Formen an.

Auch dieses Jahr war der Hebammenstand unter den medizinischen Berufen vertreten.

Frau Spring, freischaffende Hebamme aus Spiez, und ich, Hebammenschülerin aus Bern, übernahmen die dankbare Aufgabe, vierzehn- bis sechzehnjährigen Mädchen (und sechs jungen Männern) die vielfältigen Aufgaben einer Hebamme näherzubringen.

Frau Spring, als erfahrene Vertreterin der älteren Generation, und ich, als Mitglied der Zukünftigen, versuchten nebst der Schilderung der Anforderungen und der Ausbildung, ein uns sehr am Herzen liegendes Bild des Hebammenberufes zu vermitteln:

Die Hebamme als wichtiges Mitglied des Gesundheitswesens, im Spital und auch vermehrt wieder in der Gemeinde. Einen Stand, den Frau Spring aus eigener Erfahrung kennt, und den ich mit meinen Kolleginnen vielleicht wieder erleben werde. So betonten wir denn die Vielfalt unserer Möglichkeiten, von der Tätigkeit im Gebär- und Wochenzimmer, bei den Risiko-Schwangeren, bis zur Geburtsvorbereitung und Familienplanung. Unser Vortrag wurde aufgelockert durch den Film «Die ersten Lebenstage», einen kurzen Überblick über Verhütungsmethoden und natürlich durch unzählige spannende Fragen.

Mir persönlich verhalf der Aufenthalt in der Lenk zu einem sehr schönen und ermutigenden Erlebnis, umrahmt mir



doch Frau Spring die beiden Tage mit vielen Gesprächen über ihre Tätigkeit. Vielen Dank! Ich hoffe, dass wir zukünftigen Hebammen noch lange von euch «Älteren» lernen können.

Marianne Kramer, 3. Lehrjahr,
Hebammenschule Bern

Wir sind umgezogen!

Seit April dieses Jahres befinden wir uns in dem neuen Schulungszentrum des Universitätsspitals Zürich.

Wir laden Sie freundlich ein zum **Tag der offenen Tür** am Samstag, dem 13. September 1986 von 10.00 bis 17.00 Uhr.

Sie erreichen uns mit Tram Nr. 6 vom Bahnhof und Tram Nr. 5 vom Bellevue und fahren bis Haltestelle «Platte».

Hebammenschule, Gloriestrasse 19, 8091 Zürich, Telefon 01 255 32 96