

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 111 (2013)
Heft: 7-8

Artikel: Geburtsstillstand
Autor: Schwarz, Christiane
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949163>

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: 18.03.2025

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

Geburtsstillstand

Christiane Schwarz, Schellerten (D)



Vortrag von **Christiane Schwarz**
am 2. Forum Geburtshilfe für Hebammen
und Frauenärzte, 3. und 4. Mai 2012,
Kongress Palais Kassel (D) zum Thema
«Regelwidrige Geburten»

Veranstalter: Hippokrates-Verlag
in Zusammenarbeit mit dem Deutschen
Hebammenverband e.V., Karlsruhe (D)

Geburtsstillstand – gibt es das überhaupt? Wer sagt eigentlich, wann eine Geburt wirklich begonnen hat, wie lange eine Geburt dauert oder dauern darf und wann eine Geburt stillsteht? Und selbst wenn es so wäre: darf das oder darf das nicht sein, ist es gefährlich, und wenn ja, für wen und ab wann? Und gibt es etwas, das wir tun können, damit es gar nicht erst passiert? Können wir etwas daran ändern, wenn die Diagnose droht oder feststeht?

Es scheint so, dass die Diagnose Geburtsstillstand mehr Fragen aufwirft, als dass sie Antworten bereithält. Bemerkenswert, wenn man sich vor Augen hält, dass im Jahr 2010 in Deutschland bei 63 592 gebärenden Frauen die Diagnose «protrahierte Geburt» in der Perinatalstatistik der Klinikgeburten dokumentiert wurde; die Diagnose «protrahierte Geburt/Geburtsstillstand» in der Eröffnungsperiode bei 23 596 Frauen zur sekundären Sectio führte und es in der Austreibungsperiode 11 993 Frauen waren, die aus diesem Grund einen ungeplanten Kaiserschnitt erhielten.

Forschung zum Thema «Normale Geburt» ist schwierig. Das liegt insbesondere daran, dass jede Einflussnahme auf die gebärende Frau diesen Prozess verändern kann – und dazu gehört, in einem Krankenhaus zu sein, sich beobachtet zu fühlen, untersucht und «beforscht» zu werden. Wenn wir also wissen wollen, wie schnell und in welchem Rhythmus (linear? akzelerierend? Vorwärts und rückwärts?) Frauen ihre Zervix öffnen, müssen wir sie untersuchen – und haben spätestens jetzt eine Intervention ausgeübt, die die Wehen potenziell verändert. Ina May Gaskin spricht sogar von «pasmus», dem instinktiven Zurückgehen der Muttermundweite, wenn eine Frau sich bedroht fühlt. Wie können wir also wissen, welche Geburtsdauer normal ist, welche gut ist, und welche schlecht? Die Antwort ist: wir können es nicht.

Was wir definitiv wissen, ist, dass es die Diagnose «Geburtsstillstand» (obstructed labour) in vielen nicht industrialisierten Ländern gibt, und diese Komplikation Gebärenden und ihren ungeborenen Kindern grossen Schaden zufügt. In diesen Fällen sind diese Frauen oft krank, mangelernährt und werden minderjährig schwanger; ihre Körper sind noch kindlich zart, manchmal sind sie verstümmelnden Verletzungen ausgesetzt gewesen. In die-

sem Setting gibt es tatsächlich Geburtsstillstände, die unbehandelt zum intrauterinen Fruchttod, zu Uterusrupturen, zu schweren Blutungen und zu geburtshilflichen Fisteln führen. Die WHO thematisiert diese schwere Problematik, kategorisiert unter ICD O62-O66, in vielen ihrer Berichte. Die Inzidenz, also die Häufigkeit der Diagnose, wird beispielsweise für einige Teile Afrikas, in denen die geschilderten Lebensumstände für Frauen vorkommen, auf 2 bis 4% geschätzt. Ursachen für Geburtsstillstände sind hier relative Missverhältnisse zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, aber auch Armvorfälle und andere geburtsunmögliche Lagen und Haltungen des Kindes.

In den westlichen Industrienationen finden wir eine völlig andere Situation vor. Hier haben wir es in der Regel mit gesunden und ausgewachsenen Frauen zu tun. Wie häufig hier tatsächlich ein geburtsunmögliches Hindernis vorliegt, wenn die Diagnose gestellt wird, lässt sich nicht genau nachvollziehen. Es besteht jedoch der Verdacht, dass sich mit Geduld, Bewegung und geburtsfördernder Unterstützung einige kindliche Köpfe durchaus noch konfigurieren und durch das mütterliche Becken bewegen würden.

In der internationalen Diskussion um das Thema «normale Geburt» wird inzwischen manchmal statt von «Geburtsstillstand» von «emotionalem Stillstand» gesprochen. Eine Sectorate in der gegenwärtigen Höhe zusammenhängend mit der Häufigkeit der Diagnose «Geburtsstillstand», lässt sich wissenschaftlich nicht rechtfertigen. Das Problem des Geburtsstillstandes hat neben der medizinisch-biologischen Dimension auch einen Zusammenhang mit forensischen, kulturellen und gesundheitspolitischen Gegebenheiten. Möglicherweise brauchen wir ein neues Verständnis von normaler Geburt, von individuellen Geburtsverläufen und von der Unterstützung des physiologischen Gebärens.

Literatur

- Laughon K, Branch W, Beaver J, Zhang J Changes in labor patterns over 50 years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012, Vol. 206, Issue 5, p. 419.e1–419.e9
- Greenberg M, et al. Are there ethnic differences in the length of labor? *Am J Obstet Gynecol* 2006; Vol. 195, Issue 3, p. 743–748
- Kjærgaard et al. Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008 8:45
- WHO Emergency Obstetric Care. E-Learning Toolkit. www.steinergraphics.com/surgical/004_11.2.html. Zugriff: 30.4.2012
- Tsui A et al. Clinical expert-based estimation of progression of prolonged labour to stillbirth and obstetric fistula development in high-risk Sub-Saharan African countries. *The Gates Institute, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. July 30, 2005
- Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7
- Lauzon L, Hodnett ED Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001, Issue 3.