

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 112 (2014)
Heft: 4

Artikel: Hoher Geradstand des Kopfes
Autor: Harder, Ulrike
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949279>

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: 29.03.2025

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

Hoher Geradstand des Kopfes

Häufig führt diese Fehleinstellung des kindlichen Kopfes zu einem protrahierten Geburtsverlauf. Ist nach Stunden der Muttermund endlich vollständig eröffnet, tritt der Kopf nicht tiefer und schliesslich bekommt die Frau eine Sectio mit der Indikation Geburtsstillstand wegen Kopf-Becken-Missverhältnis. Nicht selten finden wir post partum aber ein normgewichtiges Kind mit einem moderaten Kopfumfang.

In diesem Beitrag finden Sie praktisch bewährte Möglichkeiten, einen hohen Geradstand positiv zu beeinflussen. Die Massnahmen sind aus der Fachliteratur, aus eigenen Erfahrungen und nach mündlichen Empfehlungen von Hebammen zusammengestellt.

Ulrike Harder, Lehrerin für Hebammen, Berlin

Ein *gerader Pfeilnahtverlauf* in Beckeneingang findet sich während der Eröffnungsperiode bei ca. 2–3% aller Geburten. Zwei Formen werden unterschieden (Abb. 1 und 2):

- dorsoanteriorer hoher Geradstand
- dorsoposteriorer hoher Geradstand

Meist handelt es sich nur um eine *vorübergehende Einstellungsanomalie*, denn etwa zwei Drittel dieser Kinder drehen sich im Geburtsverlauf spontan und treten dann regelrecht ins Becken ein [6].

Bei ca. 0,5% aller Geburten persistiert die Fehleinstellung, das Kind bleibt bis zur vollständigen Eröffnung mit geradem Pfeilnahtverlauf im Beckeneingang stehen. Erst jetzt sprechen wir von einem *echten hohen Geradstand*.

Definition hoher Geradstand

Gerader Pfeilnahtverlauf in Beckeneingang | Muttermundswerte
8–10 cm | Offene Fruchtblase und kräftige Wehen

Wie kommt es zu dieser Fehleinstellung des kindlichen Kopfes?

Häufigste Ursache scheinen spastische Veränderungen im Bereich des Beckeneingangs zu sein, wodurch dieser seine querovale Form verliert [7], z.B. wegen eines angespannten unteren Uterinsegments oder sehr verspannten mütterlichen Lendenmuskeln (m. psoas). Manchmal findet sich ein langes oder allgemein verengtes knöchernes Becken oder ein zu grosser Kopf, ganz selten ein vorliegender Arm, eine Nabelschnurumschlingung oder ein Myom in Zervixnähe. Oft bleibt die Ursache unklar.

Diagnosemöglichkeiten

Durch frühzeitiges Erkennen eines gerade auf Beckeneingang stehenden Kopfes kann die Geburt positiv beeinflusst werden.

Frühe Hinweise sind ein hoch stehender kindlicher Kopf, eine IIb-Stellung des Kindes (Rücken rechts hinten), eine protrahierte Eröffnung, ein vorzeitiger Blasensprung und unregelmässige oder uneffektive Wehen in der Eröffnungsphase.

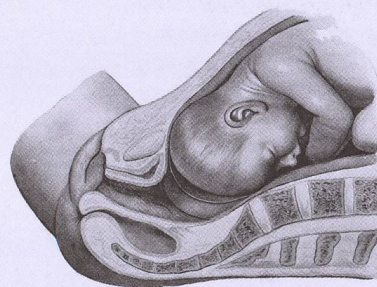


Abb. 1 Gerader Pfeilnahtverlauf über Beckeneingang, der Rücken steht vorne, die Fruchtblase ist intakt. Bei geöffnetem Muttermund, offener Fruchtblase und regelmässigen Wehen wird dies als dorsoanteriorer hoher Geradstand definiert (aus W. Weibel: Lehrbuch der Frauenheilkunde. Urban & Schwarzenberg 1943).

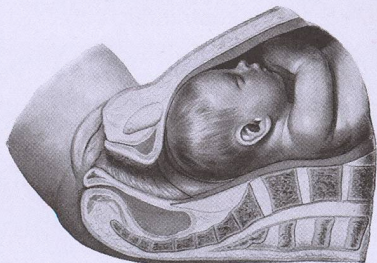


Abb. 2 Gerader Pfeilnahtverlauf über Beckeneingang, der Rücken ist hinten, die Fruchtblase ist intakt. Bei geöffnetem Muttermund, offener Fruchtblase und regelmässigen Wehen wird dies als dorsoposteriorer hoher Geradstand definiert (aus W. Weibel: Lehrbuch der Frauenheilkunde. Urban & Schwarzenberg 1943).

Befunde bei geradem Pfeilnahtverlauf in BE

Beim 3. *Leopold-Handgriff* tastet sich der Kopf auffallend schmal, denn Daumen und Zeigefinger umfassen statt des frontookzipitalen Kopfdurchmessers jetzt den biparietalen (Rücken steht vorne) oder den bitemporalen Durchmesser (Rücken steht hinten).

Der *Zangemeister-Handgriff* ist positiv, die Kopfhaut liegt gleich oder höher als die Symphysenhand.

Die *kindlichen Herztöne* sind am deutlichsten in der Mittellinie (vorderer hoher Geradstand) oder seitlich tief an den Flanken (hinterer hoher Geradstand) zu hören.

Bei der *vaginalen Untersuchung* findet sich ein hoch stehender Kopf, der trotz allmählicher Muttermunderöffnung nicht tiefer tritt. Der Pfeilnahtverlauf ist gerade, beide Fontanellen sind (wenn auch schwer) auf gleicher Höhe zu tasten, solange der Kopf nicht gebeugt ist.

Im Zweifelsfall sollte der Befund mit *Ultraschall* verifiziert werden, damit die Hebamme der Frau die richtigen Empfehlungen zur Optimierung der Kindslage geben kann.

Nach *Blasensprung* schwillt die Kopfhaut bei kräftiger Wehentätigkeit zu einem grossen Caput succedaneum (Kopfhautschwellung = Geburtsgeschwulst) an (Abb. 4), welches bei der vaginalen Untersuchung leicht zu der Fehldiagnose «Kopf ist tiefer getreten» führt. Viele Frauen empfinden trotz des hoch stehenden Kopfes Pressdrang^[8]. Die kindliche Leitstelle kann durch Konfiguration des Kopfes bis 1 cm über die Interspinallinie herabsinken^[2], sie ist vorne tief hinter der Symphyse zu tasten, während die Kreuzbeinhöhle leer bleibt^[1].

bleibt ein hoher Geradstand über 2 Stunden ohne Geburtsfortschritt bestehen, muss (je nach Wehenintensität) wegen der Gefahr einer Uterusruptur die Geburt per Sectio beendet werden.

Geburtsmechanik bei geradem Pfeilnahtverlauf in Beckeneingang

Die Eröffnungsperiode verläuft protrahiert, weil der Kopf lange Zeit nicht tiefer kommt und somit nicht ausreichend auf den Muttermund drückt.

Manche Kinder beugen ihren gerade stehenden Kopf in Beckeneingang maximal an, so dass die kleine Fontanelle die Führung übernimmt (*Roederer Einstellung*). Durch die so erreichte Verkleinerung des Kopfumfanges gelingt es ihnen, ins Becken einzutreten und mit (fast) geradem Pfeilnahtverlauf bis auf Beckenboden herabzusinken. Ein dorsoposteriorer hoher Geradstand wird dann zu einer hinteren Hinterhauptshaltung (Abb. 3). Bekommen diese Kinder durch mütterliche Beckenbewegung und Umlagerung genug Raum zur Drehung, können sie nach dem Eintritt ins Becken ihren Kopf weiter beugen, in Beckenmitte zur Seite drehen und auf Beckenboden in eine regelrechte vordere Hinterhauptshaltung gelangen.

Therapiemöglichkeiten

Zunächst müssen der Frau bzw. den Eltern die ungünstige Kopfeinstellung ihres Kindes mitgeteilt und die geplanten förderlichen Massnahmen erklärt werden.

Ein *Wechsel der Gebärlage* sollte nicht öfter als alle 10–20 Minuten erfolgen, sodass das Kind über mindestens drei Wehenpausen Raum und Gelegenheit bekommt, sich günstiger einzustellen.

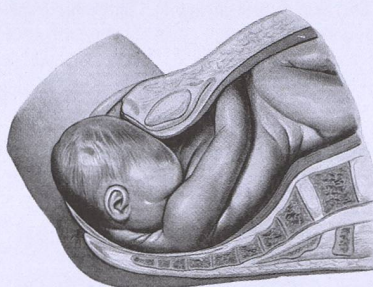


Abb. 3 Von einem dorsoposterioren hohen Geradstand hat sich das Kind durch Konfiguration und Anbeugen des Kopfes in eine hintere Hinterhauptslage gebracht (aus W. Weibel: Lehrbuch der Frauenheilkunde. Urban & Schwarzenberg 1943).

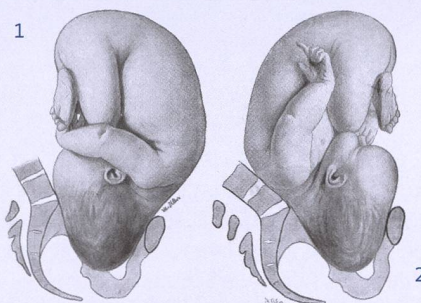


Abb. 4 Hoher Geradstand des Kopfes Dorso-anteriore (1), dorso-posteriore (2) Einstellung. Der Kopf hat sich durch zunehmende Konfiguration tief in den Beckeneingang gesenkt (aus E. Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Bergmann 1921).

Die Fehleinstellung des Kindes lässt sich über drei Wege beeinflussen:

1 Entspannung der Mutter und dadurch Verbreiterung des spastischen Beckeneingangs 2 Minderung des Kopfdrucks auf den Beckeneingang, um seine seitliche Drehung zu ermöglichen 3 eine mütterliche Gebärlageposition, die dem Kind das Anbeugen und Drehen des Kopfes erleichtert.

1 Entspannung fördern

Wärme/Massage

Baden mit Lavendelzusatz, Kreuzbeinmassage, Wärmeanwendung

Aromatherapie

Lavendelöl oder Tokolyseöl nach Stadelmann auf den Bauch streichen, dabei mit dem Kind sprechen und ihm die Vorteile der seitlichen Drehung erklären.

Periduralanästhesie zur Schmerzausblendung

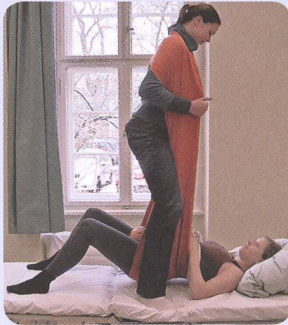
Beckenschaukeln mit dem Rebozo-Tuch (Abb. 5)

Das Hängen in einem breiten Schal (mexikanisch: Rebozo) ist für die Frau sehr angenehm, ihre Beckenräume lockern sich und dadurch kann das Kind seine Position verändern^[9].

Abb. 5 Das Beckenschaukeln mit dem Rebozo-Tuch gelingt leichter, wenn sich die Hebamme eine 35–40 cm breite Tuchschnur (z. B. Babytragetuch) über die Schultern legt. Die benötigte Tuchschnurlänge beträgt 2,90 bis 3,10 m für eine 1,60 bis 1,80 m grosse Hebamme.

a Falsche (stark rückenbelastende) Position zum Becken anheben mit einem Tuch: Die Hebamme hat statt der Knie

ihren Rücken gebeugt, ausserdem stehen ihre Füsse zu weit weg von der Hüfte. **b** Richtige Startposition: Der Rücken ist durchgedrückt und gerade, die Knie sind ausreichend gebeugt, die Füsse stehen neben den Hüftbeinen der Frau. **c** Der Körper der Frau kann jetzt ohne Mühe nur durch Strecken der Beine langsam angehoben und leicht geschaukelt werden.



a



b



c

- Die Frau liegt mit ihrer Hüfte (nicht Taille!) auf der ausgebreiteten Tuchschnur und stellt ihre Beine auf.
- Die Hebamme steht mit ihren Füssen neben den Hüftbeinen der Frau, beugt ihre Knie und legt sich das Tuch breit gefächert über die Schultern.
- Dann hält sie ihren Rücken ganz gerade, hebt die Frau durch Strecken der Beine langsam 5–10 cm an und schaukelt sie sanft hin und her.

2 Minderung des Kopfdrucks

Knie-Kopf-Lagerung

für 20 min, damit der Kopf von der Symphyse wegrutschen und sich neu einstellen kann (Abb. 6).

Kurzzeit-Tokolyse bei starken Wehen

Kopf hochschieben:

- Die Frau liegt mit leicht erhöhtem Becken auf dem Rücken (Abb. 7). In der Wehenpause umfasst die Hebamme den Kopf mit dem 3. Leopold-Handgriff und schiebt ihn langsam leicht rüttelnd in Richtung Fundus.
- Gleichzeitig kann die Mutter ihren Bauch zu einer Seite hin streicheln und dem Kind sagen: «Dreh dich doch mal etwas zur Seite, dann kannst du viel besser ins Becken eintreten.»
- Mit Wehenbeginn lässt die Hebamme den Kopf los, so dass er neu eingestellt in den Beckeneingang hineinrutschen kann.
- Das Kopfhochschieben kann in zwei weiteren Wehenpausen wiederholt werden. Die erfolgreiche Drehung zeigt sich durch das Umfassen eines nun breiteren Kopfes mit dem 3. Leopold-Handgriff.

Beckenrollen im Rebozo-Tuch (Abb. 8)

Mit dem von der mexikanischen Hebamme Naoli Vinaver empfohlenen Tragetuch kann das Kind dazu gebracht werden, sich in eine bestimmte Richtung zu drehen. Solange die Fruchtblase steht, machen wir uns die physikalische «Trägheit der schwimmenden Masse» – in diesem Fall des Kindes – zu Nutze.

Nach anfänglichem leichtem Schaukeln wird die Frau mehrmals im Tuch in eine Richtung gerollt, günstigerweise nach links, um eine I. Stellung zu erreichen. Dazu umfasst die Hebamme beide Tuchschnurlängen und zieht wiederholt ihre linke Hand hoch, während sie die rechte Hand sinken lässt.

Die Drehung der Mutter im Tuch wird das träge reagierende Kind nur wenig mitmachen, dadurch kann die Mutter um ihr Kind herum gedreht werden. (Bei diesem Manöver ist das gerade Halten des eigenen Rückens sehr wichtig, damit die hebende Hebamme keine Rückenschmerzen bekommt!)

Kegelkugelhandgriff (nach Liepmann)

Bei vollständig eröffnetem Muttermund kann versucht werden, die Kopfstellung innerlich zu korrigieren. Dazu braucht die Frau eine Periduralanästhesie. Es wird mit der ganzen Hand eingegangen, der Kopf mit 5 Fingern umfasst, etwas hochgeschoben und nach links oder rechts in den schrägen bzw. queren Durchmesser gedreht (wohin er sich am leichtesten drehen lässt). Ist dies gelungen, versucht eine zweite Person den Kopf von aussen ins Becken zu schieben.

3 Mütterliche Gebärpositionen

Vierfüsslerstand

Er ist bei einer dorsoposterioren Einstellung günstig (Abb. 9), da er den Eintritt des Kopfes in die Kreuzbeinhöhle erleichtert. Wenn möglich sollte die Frau in der Wehe ihr Becken kreisend oder vor- und zurückkippend bewegen.

Abb. 6 In der Knie-Kopf-Lage kann sich der kindliche Kopf vom Beckeneingang lösen, das Kind bekommt so die Möglichkeit den Kopf zu drehen oder gut anzubiegen, um in das Becken einzutreten. Die Lagerung ist für die Frau zunächst oft unbequem. **a** Mit Hilfe eines Polsters unter dem Brustbein (z. B. gefaltetes Badetuch) kann das Gewicht des Rumpfes zum grössten Teil abgestützt werden, dadurch werden Schultergürtel und Hals der Frau entlastet. **b** Manchmal bedarf es mehrerer Versuche, bis die optimale Höhe von Brustpolster und Kopfkissen für eine bequeme Lagerung gefunden wird.



a

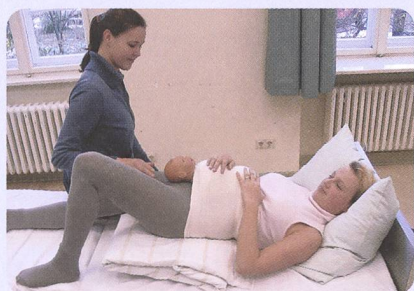


b

Abb. 7 a Hochschieben des kindlichen Kopfes in der Wehenpause bei einem dorsoposterioren hohen Geradstand. Die Frau streichelt ihren Bauch von links nach rechts und erklärt dem Kind die Vorzüge der Drehung. **b** Bei Wehenbeginn lässt die Hebamme den Kopf los, so bekommt das Kind die Möglichkeit sich neu einzustellen, bevor es durch Wehendruck wieder in den Beckeneingang geschoben wird.



a



b

Abb. 8 Beckenrollen im Rebozo-Tuch

a Nachdem die Frau eine Weile gewiegt wurde, nimmt die Hebamme beide Tuchstränge in die Hand und rollt die Frau mehrmals auf die linke Seite.

b Dazu zieht sie mit der linken Hand das Tuch zügig hoch, während ihre rechte Hand herabsinkt. Das Rollen der Frau kann auch durch rasches Absinken einer Schulter und Einknicken des Knies erreicht werden (auf den Fotos sehen Sie eine Kombination beider Methoden). Da das Kind im Fruchtwasser träge auf die Drehbewegung reagiert, bewegt sich die Mutter um ihr Kind herum. So kann ein mit dem Rücken hinten stehendes Kind langsam in eine I. Stellung gebracht werden.



Abb. 9 Wirkung einer Umlagerung in den Vierfüßlerstand: In Rückenlage drückt die kindliche Stirn gegen die Symphyse (1). Im Vierfüßlerstand sinkt der kindliche Körper nach vorne, der Kopf beugt sich an und kann tiefer in die Kreuzbeinhöhle rutschen (2). (aus: Geist/Harder/Stiefel. Hebammenkunde, 4. Auflage 2007).

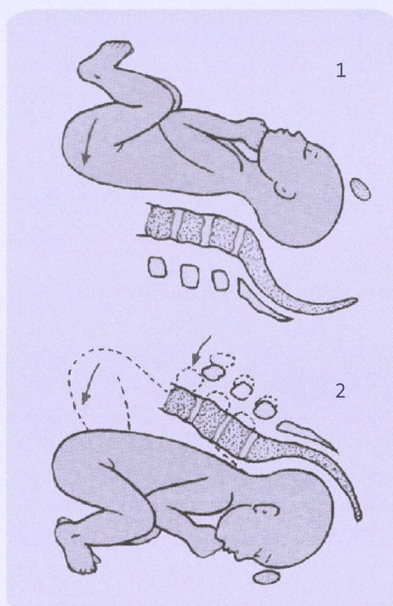


Abb. 10 Der wechselnde asymmetrische Vierfüßlerstand (nur mit hochgelagertem Oberkörper möglich) verändert die Position des Beckeneingangs zum kindlichen Kopf sowie die Form der Beckeninnenräume. Durch das abwechselnde Aufstellen des rechten und linken Beines entsteht mal rechts, mal links mehr Platz für die kindliche Drehung.



Wird der Oberkörper der Frau etwas höher gelagert (Abb. 10), kann sie im Wechsel mal das rechte, mal das linke Bein aufstellen. Dieser asymmetrische Vierfüßlerstand verändert die Form des Beckens, so dass abwechselnd mal rechts, mal links mehr Platz für die Drehung ist.

Der Oberkörper der Frau muss im asymmetrischen Vierfüßlerstand höher gelagert sein, sonst bekommt sie Dehnungsschmerzen im Hüftgelenk und ihr aufgestelltes Bein drückt unangenehm gegen den Bauch! Bei einer dorsoanterioren Fehleinstellung ist der Vierfüßlerstand wahrscheinlich nicht hilfreich, weil das nach vorne Sinken des kindlichen Körpers den Kopf verstärkt in eine Streckhaltung bringt.

Asymmetrische Rückenlage (Abb. 11)

Günstig bei einem dorsoanterioren hohen Geradstand. Durch die abwechselnde Hochlagerung eines Beines werden die Beckenräume mal rechts und mal links erweitert.

Asymmetrische Seitenlagerung im Wechsel (Abb. 12)

Die Frau wird alle 15 bis 20 Minuten von der einen zur anderen Seite gebeten.

Asymmetrische Seiten-Bauchlage im Wechsel (Simslage, Abb. 13)

Diese Position schafft viel Raum in der Kreuzbeinhöhle (ähnlich wie der Vierfüßlerstand). Die Frau wird alle 15 bis 20 Minuten von der einen zur anderen Seite gebeten.

Wechsellagerung auf einer Seite (Abb. 14)

Geeignet, wenn das CTG in einer Seitenlage ungünstige FHF-Veränderungen zeigt oder die Frau sehr unbeweglich ist. Die Frau wird z.B. auf die linke Seite in eine asymmetrische Seitenlage gebeten, dann werden nach 15 bis 20 Minuten die unterstützenden Beinkissen weggenommen, so dass sie in eine linke Seiten-Bauchlage gelangt. Da in dieser Position der Bauch nicht mehr zur linken Seite sinkt, sondern das Kind vom Bett nach rechts geschoben wird, wirkt diese Lage wie ein Wechsel zur rechten Seite.

Zilgri-Übungen

Sie sind gut geeignet, einem kindlichen Kopf den Ein- und Durchtritt durchs Becken zu erleichtern^[5]. Wenn die Mutter in der Wehe mit den Übungen Heckensänger, Wachtel, Krähe, Spiessente oder Weissstorch ihr Becken sanft hin- und herbewegt, kann sich der Kopf besser einstellen und tiefer treten. Eine anschauliche Anleitung der Zilgri-Übungen findet sich unter Imhorst D (2008) Zilgri-Übungen bei einer protrahierten Geburt mit regelwidriger Kopfeinstellung. Die Hebamme 21:234–238, Hippokrates.

Fazit

Es gibt viele praktisch erprobte Möglichkeiten, bei einer gut zu motivierenden Frau den beginnenden hohen Geradstand positiv zu beeinflussen. Viele der hier dargestellten Therapien eignen sich auch zur Korrektur einer hinteren Hinterhauptshaltung.

Literatur

- 1 Bumm E. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, 13. Auflage, Bergmann Verlag 1921: S. 220/221.
- 2 Drack G, Schneider H. in Schneider/Husslein/Schneider (Hrsg.). Die Geburtshilfe, 3. Auflage Springer Verlag 2006.
- 3 Harder U. in Geist/Harder/Stiefel (Hrsg.). Hebammenkunde, 4. Auflage. Hippokrates Verlag 2007.
- 4 Hähnlein K. Korrektur einer kindlichen Deflektionshaltung in der Schwangerschaft. Deutsche Hebammen Zeitschrift. 1998; Heft 1, S. 6.
- 5 Imhorst D. Erfahrungen mit der Zilgri-Methode unter der Geburt bei regelwidrigen Kopfeinstellungen. Die Hebamme. Hippokrates Verlag 1998; 11 S. 173–175.
- 6 Käser O, Friedberg V et al. (Hrsg.). Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag 1998; 2. Auflage, Bd.II/2.
- 7 Martius G. Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus. Enke Verlag 1994.
- 8 Starke P. Falscher Pressdrang. Hebammenforum. 2007; Heft 9, S. 769.
- 9 Richter K. Hebammengeheimnisse aus Mexiko – das Rebozo in der Hebammearbeit. Hebammeninfo des BfHd. 2004; Heft 2, S. 51/52.
- 10 Weibel W. Lehrbuch der Frauenheilkunde. Urban & Schwarzenberg. 1943; 6. Auflage, S. 205–207.
- 11 Simkin P, Ancheta R. Schwierige Geburten – leicht gemacht, Dystokien erfolgreich meistern. Verlag Hans Huber Bern 2006 2. Auflage.

Abb. 11 Asymmetrische Positionen erweitern die Beckenräume auf der Seite des nach aussen rotierten Beines. So kann in halbsitzender Rückenlage das Tiefertreten des Kopfes gefördert werden, indem abwechselnd ein Bein mit Hilfe eines Stillkissens zur Seite gelagert wird (hilfreich z.B. bei dorsoanteriorem hohem Geradstand oder für eine sitzende Frau nach PDA-Legung).



a



b

Abb. 12 Wechselnde asymmetrische Seitenlagerung. **a** Ungünstige Lagerung, durch ein zu kurzes Kissen hängt der Fuss seitlich herab, dadurch baut sich entlang des Oberschenkels eine Spannung bis in den Beckenboden auf, welche das Tiefertreten des kindlichen Kopfes negativ beeinflussen kann. **b** Richtige Lagerung mit hochgelegtem Bein, der Unterschenkel ist optimal abgestützt und liegt parallel zum Bett. **c** Seitenwechsel nach rechts, jetzt wurde noch ein drittes Kissen unter den Unterschenkel gelegt, um das Becken noch weiter zu öffnen.



a



b



c

Abb. 13 Asymmetrische Seiten-Bauchlage (Simslage). Die Frau liegt halb auf dem Bauch, sie hat ihr unteres Bein ausgestreckt und das obere um mindestens 90° angewinkelt auf einem Kissen gelagert. Alle 15 bis 20 Minuten wechselt sie die Seite, dabei kann sie **a** ihren unteren Arm vor den Körper oder **b** hinter den Oberkörper legen, je nachdem wie es ihr angenehmer ist.



a



b

Abb. 14 Eine Wechsellagerung kann auch realisiert werden, ohne dass sich die Frau drehen muss. **a** In dieser asymmetrischen Seitenlage sinkt der Leib und das Kind nach links; **b** in der asymmetrischen Seiten-Bauchlage wird der Bauch vom Bett nach rechts geschoben, dadurch wirkt diese Position wie eine rechte Seitenlagerung.



a



b

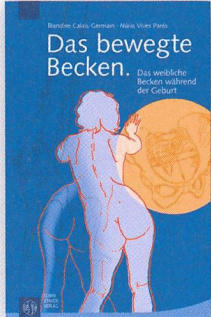
Kontakt
Ulrike Harder Institut für
berufliche Bildung im Gesundheitswesen,
Hebammenschule am Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Str. 48, D-12351 Berlin
ulrike.harder@gmx.de

Nachdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Hippokrates Verlags in Stuttgart.
Von Ulrike Harder aktualisierte Version per Februar 2014.
Erstmals erschienen: Harder. Hoher Geradstand des Kopfes. Die Hebamme, 2008; 21: 226–232.

Blandine Calais-Germain,
Núria Vives Parés (2013)

Das bewegte Becken

Das weibliche Becken während
der Geburt Hannover: Staude



Die beiden Autorinnen aus Frankreich und Spanien haben sich viele Jahre mit Forschung zum Thema «Körperarbeit zur Unterstützung der Geburt» beschäftigt. Blandine Calais-Germain veröffentlichte bereits 1984 ein Grundlagenbuch «Anatomie der Bewegung». Das neue Werk vertieft die Kenntnisse über grundlegende Zusammenhänge, indem es aufzeigt, wie das Becken beschaffen ist, und wie dessen Beweglichkeit den gesamten Geburtsprozess beeinflussen kann. Zahlreiche Zeichnungen und Anwendungsbeispiele zu verschiedenen Bewegungen und Gebärhaltungen unterstützen die praktische Umsetzung.

Deutscher Hebammenverband (2010)

Geburtsarbeit

Hebammenwissen zur Unterstützung
der physiologischen Geburt

Stuttgart: Hippokrates



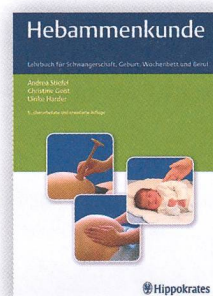
Hebammen aus Klinik und Praxis, viele mit langjähriger Berufserfahrung, haben mit diesem Buch eine gelungene Mischung von traditionellem, erfahrungs-

und forschungsbasiertem Hebammenwissen zusammengetragen. Neben der Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess über Manualdiagnostik, Gebärhaltungen und Kinaesthetik in der Geburtsarbeit werden praxisnah die verschiedenen Phasen der Geburt und mögliche Probleme wie stagnierender Geburtsfortschritt oder Haltungs- und Einstellungsanomalien beschrieben. Hervorzuheben sind die jeweils eingebauten Fallbeispiele und die anschaulichen Fotos.

Ulrike Harder (2013)

Einstellungs- und Haltungsanomalien

In: A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.)
Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft,
Geburt, Wochenbett und Beruf | Stuttgart:
Hippokrates | 5. Auflage, S. 405–425



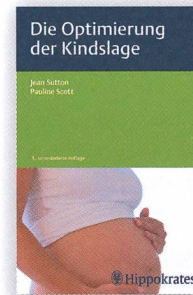
Im Kapitel über Haltungs- und Einstellungsanomalien setzt sich die Autorin ausführlich mit der Beschreibung der Problematik, Diagnostik, Geburtsmechanik und Therapie auseinander. Hier werden besonders die Hebammenaufgabe und Möglichkeiten mittels Positionsveränderung und Beckenmobilisation den Geburtsverlauf positiv zu beeinflussen, hervorgehoben.

Jean Sutton, Pauline Scott (2010)

Die Optimierung der Kindslage

Stuttgart: Hippokrates | 3. Auflage

Jean Sutton und Pauline Scott aus Neuseeland beschreiben in der 3. Auflage ihres kleinen, kompakten Werks das Konzept der Optimierung der Kindslage und zeigen damit auf, wie das Kind bereits



vor Wehenbeginn unterstützt werden kann, sich in eine für die Geburt günstige Position zu begeben. Sie geben praktische Tipps, wie Fehlhaltungen des Kindes unter der Geburt vermieden werden können. Dieser Teil ist im Vergleich zu den anderen hier vorgestellten Werken allerdings sehr kurz gehalten.

Penny Simkin, Ruth Ancheta (2006)

Schwierige Geburten – leicht gemacht

Dystokien erfolgreich meistern

Bern: Hans Huber. | 2. Auflage



Das Buch der beiden amerikanischen Autorinnen, die in Zusammenarbeit mit Suzy Myers von der Hebammenschule Seattle entstanden ist, war eines der ersten Bücher, das sich mit dem Thema der Hebammenunterstützung bei schwierigen Geburten schwerpunktmässig auseinandergesetzt hat. In der zweiten Auflage haben die Autorinnen wieder mit vielen Abbildungen mögliche Unterstützungsmaßnahmen visualisiert. Für die Praxis besonders hilfreich ist das Kapitel 7 Massnahmenkatalog für den Geburtsfortschritt.

Literaturtipps zusammengestellt von:
Andrea Stiefel, stv. Studiengangleitung
Bachelorstudiengang Hebamme,
ZHAW, Winterthur