

Klinik / Praxis:

Patientendaten:

Der Geburtstermin ist am (Datum):

Liebe werdende Mutter,

für die bevorstehende Entbindung liegt Ihr Kind noch nicht in optimaler Lage (Schädellage) im Becken. Neben geburtsunmöglichen Lagen (wie z. B. Quer- oder Schräglage) ist die häufigste Lageanomalie die Beckenendlage. Obwohl auch hier eine spontane, vaginale Entbindung möglich ist, ist das Risiko für kindliche Schäden während und nach der Geburt erhöht. Mit der äußeren Wendung kann versucht werden, das Kind im Bauch in Schädellage zu drehen.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Behandlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

GRÜNDE FÜR EINE ÄUSSERE WENDUNG

Während der Schwangerschaft drehen sich Babys mehrmals im Mutterleib. Gegen Ende der Schwangerschaft haben dann die meisten Kinder die endgültige Position für die bevorstehende Geburt eingenommen. Sie liegen dann mit dem Köpfchen voran im Becken der Mutter (sog. Schädellage). Diese Lage ist für die Geburt am besten geeignet, da das kindliche Köpfchen den Geburtskanal weitet.

Dreht sich das Baby nicht mehr und bleibt mit dem Gesäß im Becken der Mutter liegen (Abb.), spricht man von einer sogenannten Beckenendlage oder Steißlage. Diese Position ist für eine spontane Geburt mit mehr Risiken verbunden. So kann es während der Geburt aus Beckenendlage zu einer verzögerten Geburt des Köpfchens kommen, was zu Sauerstoffunterversorgung und Nervenschädigung beim Kind führen kann. Daher wird in diesem Fall häufig ein Kaiserschnitt empfohlen.

Gegen Ende der Schwangerschaft (ca. in der 37. Woche) kann mit einer äußeren Wendung schonend versucht werden, das Kind in die natürliche Geburtsposition zu bringen.

ABLAUF DER ÄUSSEREN WENDUNG

Vor der Maßnahme wird an Ihrem Unterarm eine Venenverweilkanüle gelegt, über die bei Bedarf schnell Medikamente gegeben werden können. In der Regel sind für die äußere Wendung jedoch keine Schmerz- oder Beruhigungsmittel notwendig.

Für die Wendung liegt die Patientin mit leicht hochgelagertem Becken auf dem Rücken oder in Seitenlage. Vor der Behandlung überprüft der Arzt mittels Ultraschall die Lage und Größe des Kindes, die Menge an Fruchtwasser und wo der Mutterkuchen (Plazenta) liegt. In bestimmten Fällen, z. B. bei geringer Fruchtwassermenge, bei vorgelagerter Plazenta (sog. Plazenta praevia), Nabelschnurumschlingung, einer Gebärmutterfehlbildung, Vorderwandplazenta, großem Kind, bei kindlichen Fehlbildungen oder bei vorzeitigem Blasensprung, kann die Maßnahme nicht

durchgeführt werden.

Spricht nichts gegen eine äußere Wendung, versucht der Arzt nun durch vorsichtigen Druck auf den Unterbauch das Baby zu einer Vorwärts- oder Rückwärtsrolle zu bewegen. Zwischen den Wendungsversuchen können die Lage des Kindes sowie die Herzfrequenz mittels Ultraschall überprüft werden. Eine Hebamme steht zusätzlich der Schwangeren beiseite und kann die Herzöne des Kindes mit einem CTG (Cardiotokogramm) messen.

Der Druck auf den Bauch wird von manchen Frauen als unangenehm empfunden. Wenn Sie sich unwohl fühlen oder Schmerzen verspüren, geben Sie dem Arzt bitte sofort Bescheid, dann kann die Behandlung jederzeit unterbrochen oder abgebrochen werden.

In den meisten Fällen wird ein wehenhemmendes Medikament gegeben, damit die Gebärmutter während der Wendung entspannt ist. Das Medikament kann die mütterliche und kindliche Herzfrequenz erhöhen und ggf. für Sie als unangenehm empfunden werden.



Die äußere Wendung dauert in der Regel nur wenige Minuten. Der Arzt prüft anschließend mittels Ultraschall, ob das Kind nun richtig liegt.