

Frequently Asked Questions - FAQ

Äußere Wendung

Was versteht man unter einer äußeren Wendung?

Die äußere Wendung ist eine mechanische Methode, um die Lage des ungeborenen Kindes durch die Bauchdecke der Mutter hindurch so zu verändern, dass das Baby in Schädellage zu liegen kommt.

Sie kommt sowohl bei Quer- als auch bei Steißlagen zum Einsatz und verfolgt das Ziel, unnötige Kaiserschnitte zu vermeiden.

Wann kann eine äußere Wendung durchgeführt werden?

Die äußere Wendung kann bei Einlingsschwangerschaften ab 36+0 Schwangerschaftswochen durchgeführt werden. Davor können sich alle Kinder noch leicht spontan, d.h. alleine, in Schädellage drehen. Auch nach dem Geburtstermin darf eine Wendung durchgeführt werden, d.h. bis zum Beginn der Geburt ist eine Wendung nie zu spät, wenn keine absolute Kontraindikationen für eine vaginale Geburt bestehen.

Welche Vorbereitungen müssen dafür getroffen werden?

Wenn eine äußere Wendung geplant ist, soll vorab ein ausführliches Gespräch mit der Schwangeren und ggf. ihrem Partner / ihrer Partnerin über Ablauf und Risiken der äußeren Wendung erfolgen. Dies schließt die Aufklärung über einen Kaiserschnitt mit ein. Auch der Wunsch der Schwangeren bezüglich der Geburtsart bei Nicht-Gelingen der Wendung kann in diesem Gespräch bereits thematisiert werden. Außerdem wird eine Ultraschalluntersuchung zur Bestimmung der Lage und des Gewichts des Kindes durchgeführt, bei der auch der Sitz der Plazenta, die Fruchtwassermenge und eine eventuell vorhandene Nabelschnurumschlingung vermerkt wird. Während dieser Untersuchung kann ein Test erfolgen, ob der Steiß des Kindes einfach aus dem Becken der Mutter herausgehoben werden kann, oder fixiert ist. Vor Durchführung der äußeren Wendung wird das schriftliche Einverständnis der Schwangeren benötigt.

Wann schließt sich eine äußere Wendung aus?

Der Versuch einer äußeren Wendung sollte nur bei Frauen erfolgen, die eine vaginale Geburt wünschen und für die keine Gegenstände bzgl. einer vaginalen Geburt vorliegen. Gegenstände für eine äußere Wendung sind die folgenden: Vorliegen einer Plazenta praevia oder Vasa praevia, schwere Präeklampsie/HELLP-Syndrom, eine auffällige Herztonkurve (CTG), ein deutlich zu kleines Kind mit eingeschränkter Durchblutung sowie mütterliche Grunderkrankungen, die eine vaginale Geburt nicht empfehlenswert bzw. unmöglich machen. Zu den relativen Gegenständen, die im Einzelfall abgewogen werden müssen, gehören eine Nabelschnurumschlingung, Fehlbildungen der Gebärmutter, wiederholte Blutungen während der Schwangerschaft und Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft. Nach Blasensprung, bei reduzierter Fruchtwassermenge sowie bei ausgeprägter Adipositas der Schwangeren ist die Erfolgsrate für eine erfolgreiche Wendung vermindert.

Wo wird eine äußere Wendung durchgeführt?

Eine äußere Wendung wird stets in einem Krankenhaus durchgeführt, i.d.R. im dortigen Kreißsaalbereich. Grund dafür ist die unmittelbare Nähe zu allen Infrastrukturen für Mutter und Kind. Die Schwangere liegt zur äußeren Wendung des Babys auf einer herkömmlichen Liege oder im Geburtsbett.

Wer führt die äußere Wendung durch?

Die äußere Wendung wird in der Regel von ein oder zwei erfahrenen ärztlichen Geburtshelferinnen/Geburtshelfern oder einer Ärztin/einem Arzt in Ausbildung unter Supervision einer erfahrenen Geburtshelferin/eines erfahrenen Geburtshelfers durchgeführt.

Welche Risiken können mit der äußeren Wendung einhergehen?

Die äußere Wendung ist ein sicheres Verfahren und geht daher mit einer geringen Komplikationsrate einher. Dazu gehören kindliche Herztonauffälligkeiten, die fast immer selbstlimitierend sind und durch mütterliche Lageänderungen behoben werden können. Sehr selten sind Plazentalösungen (~0,18%), vaginale Blutungen (~0,35%) und die Notwendigkeit einer ungeplanten Kaiserschnittbindung (~0,35%). Die o.g. Komplikationen sind selten und sollen mit der werdenden Mutter bei einem offenen Gespräch zusammen mit den Geburtsrisiken bei einer Beckenendlage (vaginal oder Kaiserschnitt) besprochen werden.

Wie wird eine äußere Wendung durchgeführt?

Für den Erfolg einer Wendung ist ein entspannter Rahmen unerlässlich: Reizabschirmung, bequeme Rückenlage mit einer Rolle unter den Knien, keine Einengung durch Kleidung etc. Ein Ultraschall- und CTG-Gerät stehen bereit.

Eine leichte Kopftieflagerung der Mutter kann die Wendung vereinfachen. Manchmal ist es sinnvoll, der durch die Wendung angeregten leichten Wehentätigkeit schon im Vorfeld durch die intravenöse Gabe eines Wehenhemmers zu begegnen. Manche ärztlichen Geburtshelferinnen/-helfer nutzen Öl, CTG-Gel oder Puder, um die Haut vor unnötiger Reibung geschützt.

Zunächst wird versucht, den Po des Kindes zu mobilisieren. Wenn dies gelingt, stehen die Zeichen schon ganz gut. Danach wird mit der anderen Hand eine Vorwärts- oder Rückwärtsrolle des Kindes eingeleitet.

Der Wendungsversuch kann wiederholt werden. Zwischen den Versuchen oder während der Wendung wird ggf. eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, um die Lage des Kindes und dessen Herztöne zu kontrollieren.

Als Standard wird bei Rhesus negativen Müttern nach einer Wendung Anti-D Immunglobulin verabreicht. Falls das Kind eine Rhesus-negative Blutgruppe hat, kann hierauf verzichtet werden.

Wie oft gelingt die äußere Wendung?

Die Erfolgsrate der äußeren Wendung wird in der Literatur je nach Autor sehr variabel zwischen ca. 30% und 80% angegeben. Man kann sagen, dass im Mittel eine Erfolgsquote von ca. 50% - 60% besteht.

Die Erfolgsquote hängt von verschiedenen mütterlichen und kindlichen Faktoren ab. So ist der Wendungserfolg bei einer Erstgebärenden mit hohem BMI und geringer Fruchtwassermenge eher unterdurchschnittlich, bei einer schlanken Mehrgebärenden mit ausreichender Fruchtwassermenge eher überdurchschnittlich.

Muss mit Schmerzen gerechnet werden?

Die Schwangeren sollte darüber aufgeklärt werden, dass möglicherweise etwas Druck und Schwung erforderlich sind, um den kindlichen Steiß aus dem mütterlichen Becken zu heben. Die Empfindungen des Drucks werden von den Patientinnen sehr unterschiedlich wahrgenommen und in den meisten Fällen wird dieser nicht als schmerzhaft empfunden.

Es ist zu beachten, dass vor der äußeren Wendung nicht vorhersehbar ist, wie sich die Manipulation am Babybauch anfühlt und dass der "Eingriff" jederzeit auf Wunsch der Schwangeren abgebrochen werden kann. Ebenso können schmerzlindernde Maßnahmen eingesetzt werden.

Nach einer äußeren Wendung können blaue Flecken am Bauch vorkommen, welche durch den Druck und die Manipulation entstehen. Diese sind harmlos.

Was muss anschließend mit Blick auf die Geburt beachtet werden?

Nach erfolgreicher Wendung kann sich das Kind in ca. 2% zurückdrehen. Dies ist z.B. häufiger bei Mehrgebärenden und vermehrtem Fruchtwasser. Daher kann in Einzelfällen nach erfolgreicher äußerer Wendung direkt eine Geburtseinleitung sinnvoll sein. I.d.R. wird aber nach erfolgreicher Wendung der natürlichen Geburtsbeginn abgewartet.

Bei nicht erfolgreicher Wendung werden in Folgegesprächen die Optionen besprochen. Es kann eine vaginale Geburt oder ein Kaiserschnitt geplant werden.

Ca. 4% der Kinder drehen sich auch nach erfolgloser äußerer Wendung selbstständig in Schädellage.

Wie sieht die Studienlage zur äußeren Wendung aus (LL)?

Aktuell existiert keine deutsche Leitlinie zur äußeren Wendung, aber zwei sehr ausführliche Empfehlungen der britischen (RCOG, 2017) und amerikanischen (ACOG, 2020) Fachgesellschaften. Beide empfehlen eine äußere Wendung aufgrund der geringen Komplikationsrate allen Schwangeren mit einer Beckenendlage bei Fehlen von Kontraindikationen. In Deutschland wird in der Leitlinie zur Sectio caesarea ebenfalls die äußere Wendung ab 36+0 SSW empfohlen. Das Ziel der äußeren Wendung ist es, die Anzahl an vaginalen Schädellagengeburten zu steigern, da diese mit den geringsten Risiken für Mutter und Kind verbunden sind. Im Januar 2024 erschien eine ausführliche deutschsprachige Publikation zu Chancen und Risiken der äußeren Wendung (Bossung V und Andermatt M et al.). Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass eine Wehenhemmung sowie eine Regionalanästhesie die Erfolgsrate steigern können, insbesondere bei

vorangegangenen erfolglosem Wendungsversuch. Kürzlich wurde eine Berliner Studie zur äußeren Wendung beim führenden Zwilling von Zwillingsschwangerschaften veröffentlicht, auch wenn dies sicherlich derzeit keine gängige Praxis ist (Hinkson L. et al. 2022).

Autoren:

Maike Manz, Amr Hamza, Verena Bossung, Tino Hentrich, Anne-Christin Jankuhn-Janari, Julia Jückstock, Nina Kimmich, Mirjam Kunze, Wolf Lütje, Silke Michaelis, Anke Reitter, Nadja Uhlig

Korrespondierende Fachvertreterin

Dr. med. Maike Manz, MHBA

Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V.

Sektionssprecherin Klassische Geburtshilfe

Email: maike-manz@web.de

Die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (AGG)

Die AGG e. V. ist eine selbständige Untergliederung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie verfolgt die Förderung der Wissenschaft und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung von Medizinerinnen in den Themen- und Aufgabenbereichen der Pränatal- und Geburtsmedizin und befasst sich mit allen klinischen, wissenschaftlichen und organisatorischen Anliegen auf diesem Gebiet.

Mehr Informationen: <https://www.ag-geburtshilfe.de/>

Pressekontakt

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Manuela Rank | Melanie Herberger
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

Jägerstraße 58-60

10117 Berlin

Telefon: +49 (0)30-514 88 3333

E-Mail: presse@dggg.de

Internet: www.dggg.de

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

Die DGGG e. V. ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiter zu entwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.

Quellen:

American College of Obstetricians and Gynecologists. External Cephalic Version: ACOG Practice Bulletin, Number 221. *Obstet Gynecol* 2020; 135: E203–E212.
doi:10.1097/AOG.0000000000003837

Impey L, Murphy D, Griffiths M, et al. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2017; 124: e151–e177.
doi:10.1111/1471-0528.14465

AWMF online, Leitlinienprogramm der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG, der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ÖGGG und der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG: Sectio caesarea. AWMF Registernummer 015-084. 015-084I_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (awmf.org)

Bossung, V., Andermatt, M. Äußere Wendung – Chancen und Risiken. *Gynäkologie* (2024).
<https://doi.org/10.1007/s00129-023-05191-w>

Hinkson L, Schauer M, Latartara E, et al. The Charité external cephalic version for leading twin breech without regional anesthesia and tocolysis. A prospective study on feasibility, sonographic assessment and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022; 268: 62–67. doi:10.1016/J.EJOGRB.2021.11.426