

seitlich hinten, kleine Fontanelle nicht tastbar

**Tiefer Querstand:**

**Problem:** der Kopf steht über längerer Zeit mit querverlaufender Pfeilnaht in Beckenboden, ist die PN leicht schräg handelt es sich um einen tiefen Schrägstand

**Ursache:** kleiner rundlicher Kopf, mangelnde Beugehaltung des Kindes, sekundäre Wehenschwäche, Beckenanomalien (plattes Becken oder Trichter-Becken)m

**Diagnose:** PN steht quer bis leicht schräg, und Fontanellen werden links und rechts fast auf der selben Höhe getastet, Frau kann trotz guter Wehen das Kind nicht rausschieben

**Roederer-Einstellung: (auch eine Haltungsanomalie)**

**geburtshilfliche Problem:** Kopf ist bereits in BE gebeugt, und die kleine Fontanelle führt, frühe Rotation des Kopfes

**Ursache:** allgemein verengtes Becken, Makrosomie, verkraмпftes unteres Uterinsegment

**Diagnose durch Vaginale Untersuchung:** kleine Fontanelle führt in BE, Pfeilnaht un BE schräg, im Verlauf dann starke Kofiguration des Kopfes-> protrahierter geburtsverlauf

**Aufgaben der Hebamme:** Aufrechte Geburtspositionen, Asymmetrische Positionen, wechselnde Seitenlagen, großzügige Analgesie und Entspannung fördern

**Vordere Scheitelbeineinstellung**

**geburtshilfliches Problem:** vorderes Scheitelbein geht in Führung, querverlaufende Pfeilnaht verläuft in Richtung Kreuzbeinhöhle

**Ursache:** plattes Becken, spastisches Uterinsegment, großer Kopf

**Diagnose:** Kopf steckt lange in BE, protrahierte EP, man tastet keine PN in Führungslinie, PN steht weit richtung Promotorium, Fontanellen kaum

tastbar, Stufenbildung durch überlappende Scheitelbeine tastbar CAVE: oft mit hohen Geradstand verwechselbar  
**Aufgaben der Hebamme:** vorderes Scheitelbein schiebt über hinteres, Kopf wird schmaler und kann BE überwinden-> Knopfhochmechanismus, viel Beckenmobilisation, zurückgelehnte Positionen

**Hintere Scheitelbeineinstellung**

**Problem:** hinteres Scheitelbein geht in Führung, PN verläuft quer und geht richtung Symphyse

**Ursache:** plattes Becken, spastisches Uterinsegment, großer Kopf

**Diagnose:** keine PN in Führungslinie tastbar, kurz vor Symphyse tastbar-> selben Symptome wie bei vorderer Scheitelbeineinstellung -> GEBURTUNMÖGLICH -> Sectio

**Aufgaben der Hebamme:** asymmetrische Positionen, nach vorn gebeugte Positionen, Analgesie

**Haltungs- und Einstellungsanomalien**

geschrieben von  
**Julia Gaspert**

**Gesichtshaltung:** Der Kopf ist vollständig überstreckt, das Gesicht des Kindes führt. Das Kinn Orientierungspunkt  
**Ursache:** plattes und verengtes Becken, Beugebehinderung durch Nabelschnurumschlingung tiefer Plazentasitz, unklare Ursachen  
**Diagnose: VU:** Vaginal: Mund, Nase, Augen deutlich tastbar. Bestimmung der Kinnlage, Ultraschall zur Lagebestätigung  
**Aufgabe der Hebamme:** Versuchen, das Kind zum Beugen des Kopfes und zur Drehung nach vorne zu bewegen, Dazuwerden die gleichen Gebärhaltungen und Manöver wie bei einer hinteren Hinterhauptshaltung empfohlen  
**Stirnhaltung:** Stirnhaltungen sind selten und geburtsmechanisch am ungünstigsten, da sie mit dem größten Durchmesser das Becken überwinden müssen  
**Ursache:** unklar, ähnliche Ursache wie bei den restlichen Deflexionshaltungen  
**Diagnose:** unregelmäßige, etwas eckige vorangehende Teil bei VU, große Fontanelle

**Vorderhauptshaltung:** Der kindliche Kopf ist teilweise deflektiert-> größerer Umfang . Das Vorderhaupt tritt in den Geburtskanal ein. Erst auf Beckenboden beugt sich der Kopf zum Austritt an.  
**Diagnose:** VU: Pfeilnahtverlauf in der Beckenhöhle im entgegengesetztenschrägen Durchmesser. Die große Fontanelle ist zu tasten und geht bereits im BE seitlich vorne in Führung. Die kleine Fontanelle ist nur schwer zu tasten. Tastet man eine Verlängerung, handelt es sich um eine Stirnhaltung  
**Aufgabe der Hebamme:** Geburtspositionen wechseln wie bei anderen Deflexionshaltungen, Stützen des Hinterhauptes am Darm, damit das Gesicht langsam unter der Symphyse erscheinen kann, nach Kopfgeburt übliche Kindsentwicklung.

**Einstellungsanomalien:**  
**Hintere Hinterhauptshaltung:** Problem: Kopf ist regelrecht gebeugt, das Kind liegt aber dorsoposterior (Rücken hinten)  
**Ursache:** kleine und enge Distanz zwischen spinnae ischiadicae, vorz. BS, Frühgeburt, Vorderwandplazenta, Makrosomie  
**Diagnose durch Vaginale Untersuchung:** Fontanelle führt, PN verläuft im II. Schrägen DM, kleine Kindstille vorne am Bauch tastbar, kleine Fontanelle führt, PN verläuft im II. Schrägen DM, Lagerungen zur Rotation (Vierfüßler, Seitenlage), Förderung aufrechter Positionen, Beobachtung des Geburtsfortschritts, äußerer Beckendruck, CAVE: hohe Dammbelastung-> Dammschutz sobald HH geboren ist und eine feste Kopfhemse

**Lageanomalien:** Eine Lageanomalie liegt vor, sobald Längsachse des Kindes von der Längsachse der Mutter abweicht, oder ein anderes Körperteil vorangeht -> Querlage, Beckenendlage, Schräglage.  
**Einstellungsanomalie:** Problem: Abweichung des VTS von der normalen Beziehung zum Geburtskanal -> hintere Hinterhauptshaltung, tiefer Querstand, hoher Geradstand, vordere und hintere Scheitelbeineinstellung, Roederer-Einstellung  
**Haltungsanomalie:** der kindliche Kopf nimmt sich nach hinten (Deflexion) -> Scheitelhaltung, keine physiologische Beugehaltung an, er streckt sich nach hinten (Deflexion), Stirnhaltung, Vorderhauptshaltung, Stirnhaltung, Gesichtshaltung