

Die Logik der Gebärhaltungen

Hanna Fischer, Hebamme, Calw

Vor 20 Jahren erschienen in Deutschland die ersten Veröffentlichungen von Forschungsarbeiten über das Gebärverhalten der Frau. Die Forschung befasste sich mit der Geschichte des Gebärverhaltens im Kulturvergleich. Dabei wurde deutlich, dass aufrechte Gebärhaltungen bis vor 100 bis 200 Jahren überall auf der Welt üblich waren. Es wurde festgestellt, dass überall auf der Welt auch das Halten oder Hängen an Seilen, Stangen, Tüchern, an Balken, Bäumen etc. beim Gebären allgemein verbreitet war.

Die Begegnungen mit Liselotte Kuntner, Workshops und Gespräche mit Angela Heller, Gespräche und Übungen mit anderen Physiotherapeuten sowie meine eigenen Erfahrungen in der Klinik, in der Hausgeburtshilfe und Beobachtungen an Frauen mit ihren Verhaltensmustern während der Geburt haben mich neugierig gemacht und meinen Forscherdrang angestachelt.

In der Hausgeburtshilfe war es mir unbenommen, Gebärhaltungen auszuprobieren. Immer wieder habe ich mit den Frauen neue Erfahrungen gemacht und oft von den Frauen selbst gelernt. Beim Ausprobieren mit meinem eigenen Körper, insbesondere beim Abstützen und Hängen, war ich auf Spurensuche. Wie kommt es, dass beim Abstützen das Becken locker und beweglicher wird? Wie kommt es, dass beim »aktiven Anhängen« (Angela Heller) ein Öffnen und ein Druck nach unten deutlich spürbar wurden?

Grundlagen

Die Antwort auf diese Fragen liefern Erkenntnisse aus der **Krankengymnastik und aus der Funktionellen Bewegungslehre.**

Bewegung kann nur erfolgen, wenn ein Teil des Körpers stabil ist, nur dann kann der andere Teil mobil werden.

Beispiele: (Abb. 1 und 2)

- Die Stabilisierung des Oberkörpers im Stehen durch Abstützen oder Halten lässt das Becken mobil werden.
- Hängen im Tuch mit stabilem Schultergürtel und gleichzeitigem Fersendruck macht den ganzen übrigen Körper locker.

Daher rührt das Greifbedürfnis von Frauen unter der Geburt: Sie wollen sich intuitiv oben stabilisieren, damit sie unten locker werden können.

Diese körpereigene Fähigkeit wird leider von Hebammen und Ärzten/Innen dann ignoriert, wenn die Gebärende mit untergefassten Beinen pressen und dabei ein Mehrfaches an Kraft aufbringen muss.

Wenn die Gebärende ihrem Bedürfnis zum Mitdrücken nachgehen darf, sind die Intervalle des Nichtatmens sehr viel kürzer, das Kind wird besser mit Sauerstoff versorgt und das Mitschieben wird effektiver, insbesondere dann, wenn die Frau sich gleichzeitig am Tuch / Seil / Partner halten darf (Abb. 3 und 4).



Abb. 5: Einsatz der Hände und des Fersendruckes

Dies können und sollten alle Hebammen und Ärzte/Innen selbst ausprobieren und dabei erfahren, wie genial unser Körper in seiner Muskulatur, in der Beziehung zum Skelett eingerichtet ist, z.B. wie wir demzufolge in der Austreibung diese Kräfte und das Zusammenspiel der Muskulatur nützen können (Abb. 5). In diesem Zusammenhang wurde bei vorsichtigen Austreibungshaltungen in Paarkursen mit Einsatz der Hände und des Fersendruckes von Frauen oft geäußert: »Oh, ich glaube mein Kind kommt gleich«, und dies, obwohl der Kopf zu dieser Zeit natürlich noch bei weitem nicht auf dem Beckenboden und der Muttermund noch geschlossen war! Es kommt also nur durch Halten und Hängen schon der Druck an, den wir in der Austreibungsphase brauchen. Es steht außer Frage, dass diese Haltung erst recht



Abb. 1: Eröffnung, frühe Phase

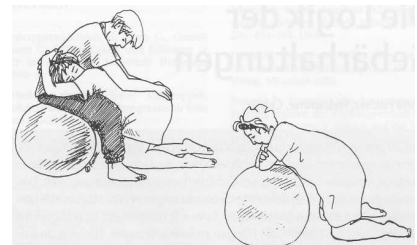


Abb. 2: Eröffnung, späte Phase

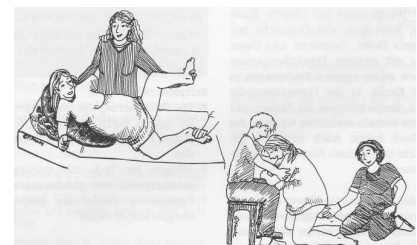


Abb. 3: Austreibung: Stabilität und Kraft / Zug in den Händen und Kraft / Zug in den Füßen

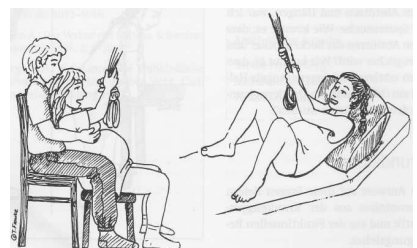


Abb. 4: Austreibung: Kraft / Zug in den Händen, die Arme sind leicht angewinkelt, die Hände zueinander und nach innen gedreht, Kraft / Zug in den Füßen

wirkt, wenn die eigentliche Austreibung beginnt! Ich habe diese Erfahrung in der Geburtshilfe vielfach gemacht.

In den Forschungsarbeiten wird immer wieder auf die Wirkung der Schwerkraft hingewiesen. Schwerkraft wirkt nicht nur im aufrechten Stehen, sondern auch in jeder anderen Körperhaltung. Hier können wir diese Kräfte nützen, um dem Kind zu helfen, in jeder Phase der Geburt seine Lage zu optimieren, d.h. den physikalischen Gesetzen des Köpfchens auf dem Weg durch das Becken folgen.

Gebärhaltungen sind also Möglichkeiten, den physiologischen und / oder pathologisch zu werden drohenden Geburtsverlauf mit Hilfe unterstützender und korrigierender Körperhaltungen zu verändern oder positiv zu beeinflussen.

Praktische Beispiele

Diese »Logik der Gebärhaltungen« soll an einigen Beispielen verdeutlicht werden (Abb. 6 bis 8).

1. Beckeneingang

Ungünstige Haltung (Abb. 6 a):

Schwerkraftbedingt drückt der Uterus mit Kind, Fruchtwasser und Plazenta gegen die Wirbelsäule. Dies verändert den Eintrittswinkel des Köpfchens. Der kindliche Kopf drückt gegen die Symphyse, die Wehenkraft wirkt nicht an der Zervix, sondern richtet sich gegen das untere Uterinsegment, welches unnötig gedehnt wird. Der Geburtsfortschritt verzögert sich oder bleibt aus.

Günstige Haltung (Abb. 6 b):

Durch das nach vorne gebeugte Abstützen fällt der Uterus der Schwerkraft folgend nur soweit nach vorne, dass das Köpfchen im richtigen Winkel zum BE und zur Zervix steht. Die Beweglichkeit des Beckens ist hier zusätzlich gegeben.

2. Beckenmitte

Die **erhöhte Seitenlage** (Abb. 7) fördert in jedem Fall den Geburtsfortschritt. Bei einer Lagerung auf die Seite des kindlichen Rückens erfolgt eine Druckübertragung über die Wirbelsäule auf den Punkt am Hinterhaupt, der den Kopf zur Beugung bringt. Dies wird unterstützt durch gleichzeitiges Greifen / Festhalten am Tuch / Partner.

Diese Haltung ist **besonders günstig**:

- bei schwierigem Durchtritt bis Beckenmitte: sie begünstigt eine frühere Beugung des Kopfes (vgl. Röderersche Einstellung).
- bei in Beckenmitte noch zu tastender großer Fontanelle, um eine Deflexionslage zu vermeiden. Zusätzlich kann der Rücken nicht nach hinten ausweichen! Der Uterus muss dabei durch Unterstützung mit einem Kissen in seiner Längsachse gehalten werden.

3. Beckenausgang

Ungünstige Haltung (Abb. 8 a):

Das Köpfchen will sich normalerweise mit der kleinen Fontanelle nach vorne drehen, die Schwerkraft des Uterus (mit Kind, Fruchtwasser, Plazenta) in Richtung Wirbelsäule wirkt dagegen!

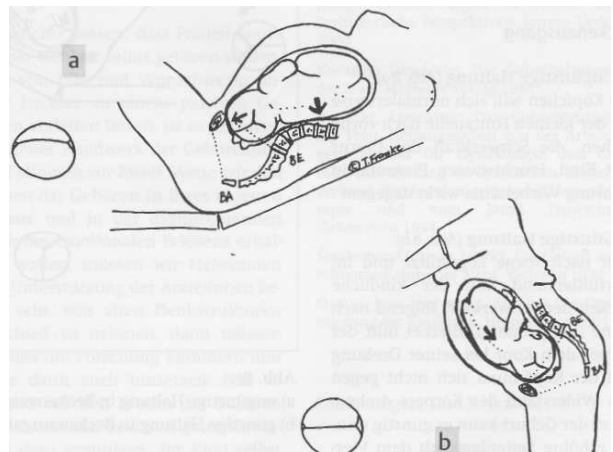


Abb. 6: a) ungünstige Haltung im Beckeneingang
b) günstige Haltung im Beckeneingang

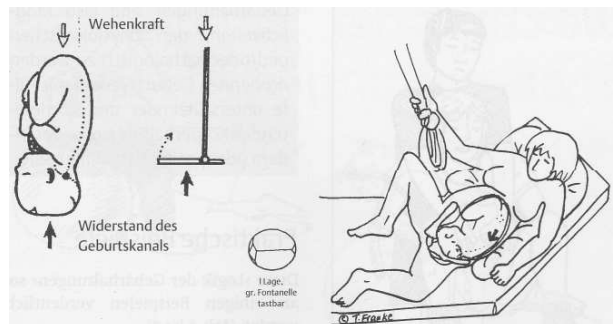


Abb. 7: Günstige Haltung in Beckenmitte

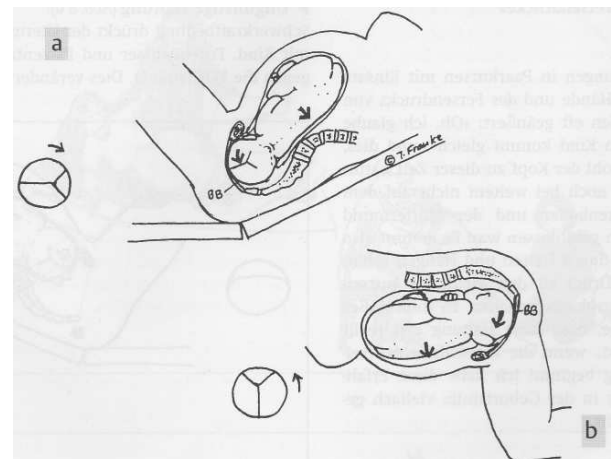


Abb. 8: a) ungünstige Haltung in Beckenausgang
b) günstige Haltung in Beckenausgang

Günstige Haltung (Abb. 8 b):

Weit nach vorne abgestützt und im Vierfüßlerstand fällt der ländliche Rücken der Schwerkraft folgend nach vorne (Hängematte). Hierbei hilft der Körper dem Kopf bei seiner Drehung und der Kopf muss sich nicht gegen den Widerstand des Körpers drehen. Unter der Geburt kann es günstig sein, die erhöhte Seitenlage mit dem Vierfüßlerstand abzuwechseln.

Beim physiologischen Geburtsverlauf folgt der kindliche Kopf bei diesen Haltungen physikalischen Gesetzen!

Pathologischer Geburtsverlauf

Bei einem pathologischen Geburtsverlauf können / müssen diese Möglichkeiten verstärkt oder angemessen verändert eingesetzt werden.

Wichtig ist hier Flexibilität der Hebamme in der Begleitung, also das vorausschauende Wissen, was das Köpfchen als nächstes tun muss, um gut geboren werden zu können.

Wenn das Köpfchen gut steht, kann wieder mehr Druck gemacht werden durch eine aufrechte Haltung mit Abstützen bzw. Hängen.

Fazit

Angesichts dieser Erfahrung und dieser Logik der Gebärhaltungen erscheint es notwendig, dass wir in Anlehnung an altes Wissen (Forschung), selbst neue Erfahrungen hinzu gewinnen, das Ganze mit der aktuellen Forschung verbinden und vergleichen und dieses dann wieder mit neuen Forschungen belegen.

Aus vielen Gesprächen mit Hebammen aus ganz Deutschland im Rahmen meiner Fortbildungskurse weiß ich, dass in vielen Kreißsälen, zumindest was die Haltungen beim Gebären angeht, viele Erkenntnisse nur unzureichend oder gar nicht umgesetzt werden. Ich weiß, dass Hebammen manches umsetzen möchten, dass aber auch Ärzte hier vielem widerstehen (»So, jetzt legen wir uns mal richtig hin!«), scheinbar haben viele Ärzte/Innen sich für die auch ihnen zugängliche Forschung in 20 Jahren nicht besonders interessiert. Auch manche Hebammen haben in 20 Jahren nicht wirklich umgesetzt, was in Forschung und Literatur, in Workshops und Vorträgen über die Vorteile vertikaler Gebärhaltungen und die Vorteile des Schiebens statt des gefährlichen Pressens veröffentlicht wurde (A. Heller 1989). Immer noch wird in vielen Häusern gepresst und das in Rückenlage oder halb sitzend mit untergefassten Beinen und mit dem Argument, so hätte man es doch schon immer gemacht.

Auch klagen Hebammen, dass es ihren, im oben beschriebenen Sinn anders vorbereiteten Frauen in vielen Kliniken verwehrt oder unmöglich gemacht wird, das Erfahrene und Erlernte unter der Geburt anzuwenden.

Viele Hebamenschülerinnen berichteten mir, dass sie in den Kreißsälen ihrer Ausbildungsstätten selten oder nie diese natürlichen Haltungen in der Austreibungsphase erleben. Dies gilt selbst für Universitätskliniken, die eigentlich auf dem neuesten Stand der Forschung und Lehre sein müssten und sein wollen. Es ist verständlich, aber bedauerlich, dass es nach der Ausbildung oft noch lange dauern kann, bis diese Hebammen in ihrer späteren Arbeit oder in Weiterbildungen diesen Dingen begegnen. Möglicherweise kann es noch einmal lange dauern, bis sie es schaffen, von den gelernten alten Mustern Abschied zu nehmen und mutig neue Wege zu gehen.

Prof. Martius soll zu seinen Hebammen nach dem Examen gesagt haben: »...und wehe, ich begegne euch in 10 Jahren und ihr macht immer noch dasselbe, was ich euch gelehrt habe.«

Angesichts dessen, dass Frauen heute immer weniger selbst gebären wollen, sich von PDA und Wunschsectio immer leichter zu einem passiven Gebären verleiten lassen, ist es für unser ureigenes Handwerk der Geburtshilfe fünf Minuten vor Zwölf. Wenn wir den Frauen das Gebären in ihrer eigenen Potenz und in der dazugehörigen Tiefe des emotionalen Erlebens erhalten wollen, müssen wir Hebammen mit Unterstützung der Ärzte/Innen bereit sein, von alten Denkstrukturen Abschied zu nehmen, dann müssen wir uns um Forschung kümmern und diese dann auch umsetzen. Nur so können wir den Frauen das Gebären erleichtern und sie damit guten Gewissens dazu ermutigen, ihr Kind selbst bei vollem Bewusstsein zur Welt zu bringen.

Was natürlich erschwerend hinzu kommt, ist die Tatsache, dass die Arbeitssituation in den Kreißsälen immer prekärer wird. Immer weniger Hebammen sollen immer mehr Frauen gleichzeitig betreuen bzw. werden so nebenbei mit immer mehr anderen Aufgaben betraut.

Die vertikalen Gebärhaltungen erfordern aber in der Begleitung mehr Präsenz der Hebamme. In der Austreibungsphase kann es durch die oben beschriebenen Haltungen sehr schnell zur Geburt kommen.

Dann allerdings ist ein 1:1-Schlüssel in der Betreuung unabdingbar und muss mit Nachdruck vertreten werden.

Literatur

- Duden, Barbara: **Rituale der Geburt**, C. H. Becksche Reihe, 1998
- Heller, Angela: **Geburtsvorbereitung** Methode Menne / Heller, Thieme 1989
- Metz-Becker, Marita und Schmidt, Stephan (Hrsg.): **Gebärhaltungen im Wandel, Kulturhistorische Perspektiven**, Jonaus Verlag 2000
- Kuntner, Lieselotte: **Die Gebärhaltungen der Frau**, Marseille Verlag 1985
- Kuntner, Lieselotte: **Das Gebärverhalten der Frau**, Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie und Geburtsvorbereitung im Deutschen Zentralverband für Krankengymnastik / Physiotherapie und vom Bund Deutscher Hebammen 1994
- Sonderband Curare 1 / 1993: **Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht**, Viehweg 1993
- Sutton, Jean und Scott, Pauline: **Die Optimierung der Kindslage**, Hippokrates 2001

Zeichnungen: Tara R. Franke

Anschrift der Autorin:
Hanna Fischer
Martin-Luther-Straße 14
75365 Calw-Altburg
E-Mail: Hanna.Fischer@t-online.de

Aus: Die Hebamme 2/2002 Seite 83-87