

Gebärpositionen – Historie und Pathophysiologie

In den modernen Kliniken unserer hochzivilisierten westlichen Welt werden die Kinder bis heute überwiegend in der Rückenlage der Kreißenden geboren – normalerweise. Normal ist das allerdings nur für rund ein Drittel der derzeit lebenden Menschen. Schätzungsweise zwei Drittel der Menschen finden andere als die Horizontallage der Frauen unter der Geburt normal.

Vor diesem Hintergrund gibt dieser Artikel beispielhaft einen Abriss über die in vergangenen Zeitepochen und in verschiedenen Völkern realisierten Gebärpositionen. Er geht sodann auf physiologische und pathophysiologische Aspekte der verschiedenen

Gebärpositionen ein und hinterfragt die günstigen und gegebenenfalls ungünstigen Auswirkungen verschiedener Gebärhaltungen für Mutter und Kind. Aus den dargestellten Untersuchungen wird abgeleitet, was Frauen und Müttern empfohlen werden kann und was Hebammen und Geburtshelfer „vor Ort“ erwägen sollten.

1. Historischer Abriss realisierter Gebärpositionen

Das älteste uns erhaltene Dokument über eine Geburtsdarstellung ist 12 000 Jahre alt und stammt aus der Zentralsahara (Abb. 1). Als

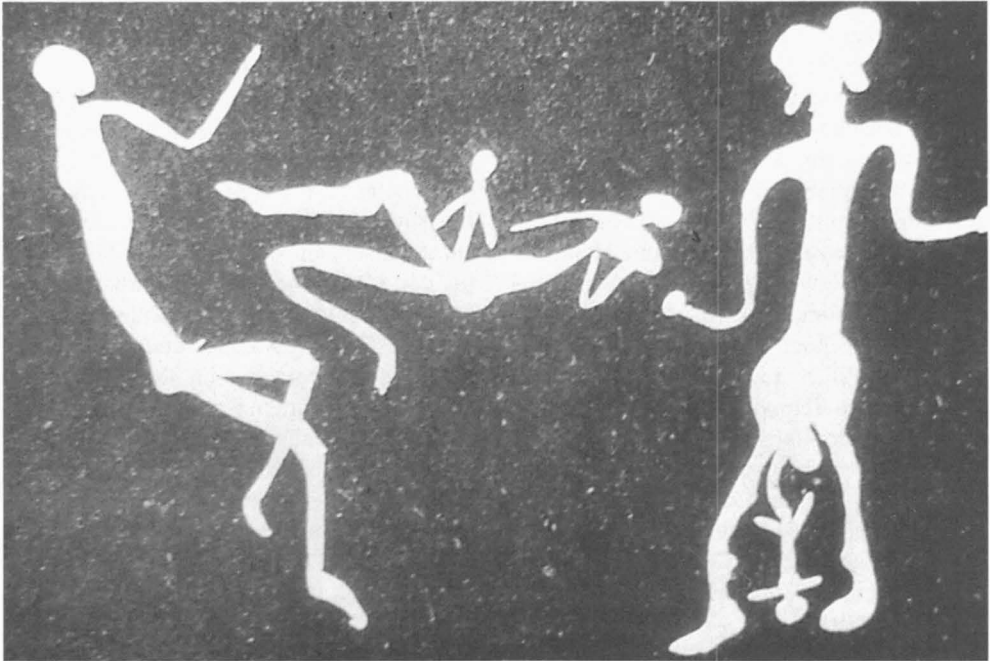


Abb. 1 Geburt im Stehen und im Liegen. Zentralsahara, 10000 v. Chr.

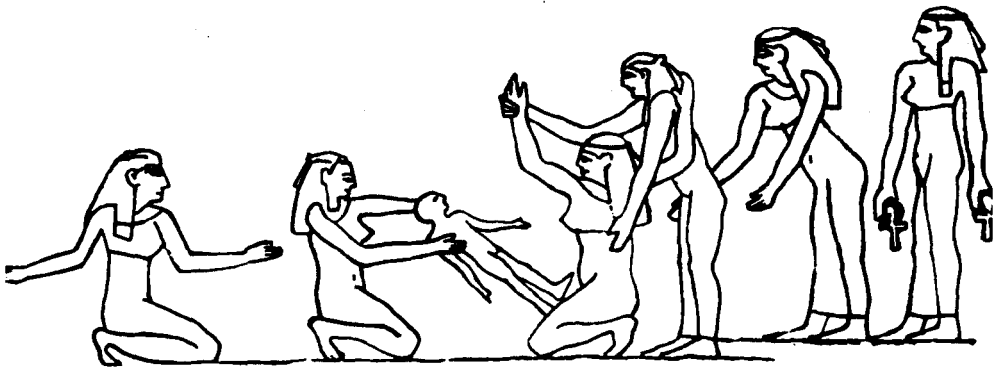


Abb.2 Geburtdarstellung auf einem Flachrelief, Tempelanlage von Erment

ob die Diskussion über die beste Gebärhaltung immer schon unentschieden war, sind hier gleich zwei mögliche Varianten der Gebärpositionen dargestellt, die *horizontale* und die *vertikale* Gebärposition, wohingegen die Anwesenheit einer männlichen Person (vielleicht der Erzeuger?) bei der Geburt hier bereits dokumentiert ist. In den folgenden Jahrtausenden hat sich die horizontale Gebärposition zunächst nicht durchgesetzt; die vertikale Gebärposition wurde favorisiert. Die nächste uns bekannte Darstellung eines Geburtsaktes stammt aus der Neusteinzeit und wird auf das 6. Jahrtausend vor Christus datiert. Es zeigt die Geburt einer Göttin auf einem Leopardenthron sitzend; das kindliche Köpfchen erblickt man zwischen den Beinen (Catal Hüyük, Museum, Ankara). In Ägypten ist neben der sitzenden Position auch die Geburt im Knien üblich gewesen, wie auf einem Flachrelief im Tempel von Erment, welches die Geburt der Kleopatra zeigt (Abb. 2). Allerdings hat es in Ägypten auch Alternativen zum Knien während der Geburt gegeben (Spiegelberg, 1929). Es existieren auch Darstellungen ägyptischer Gebärstühle, die oft nur aus einigen Ziegelsteinen bestanden (Weindlers, 1915).

Aus dem klassischen Altertum ist die Geburt in der *Hockstellung* dokumentiert, die nicht

selten zur Mißdeutung „Defäkationsstellung“ veranlaßte (Abb.3). Das Gebären in der Hocke oder auf dem Boden haben die Menschen nach Ansicht vieler Völkerkundler und Religionswissenschaftler aus der Vorstellung abgeleitet, daß das Neugeborene der „Mutter Erde“ entstammt und ihr durch die Hockstellung der Gebärenden gleichsam wieder zurückgegeben wird (zitiert nach Kirchhoff 1979, 1983).

Auch in der griechisch-römischen Mythologie wird der *Geburt im Knien* viel Beachtung geschenkt. Besonders bemerkenswert ist der Bericht der Entbindung der Leto. Von der eifersüchtigen Hera verfolgt, flüchtete Leto auf die Insel Delos. Mit Hilfe der Schutzgöttin der Hebammen und Geburtshelfer Eileithyia konnte sie dort „die Knie gegen den weichen Rasen gestemmt und sich an eine Palme haltend“ nach neun Tage langer Wehentätigkeit von dem Zwillingsspaar Artemis und Apollon entbunden werden (Abb.4).

Es gibt aber auch Anhaltspunkte aus sehr frühen geschichtlichen und ethnologischen Untersuchungen, daß die Gebärhaltung im Verlauf der Geburt nicht starr beibehalten wurde, sondern nach Instinkt und Erfahrung durchaus variabel gestaltet wurde (Rigby 1857).

Aus dem europäischen Mittelalter findet man viele Dokumente, die belegen, daß die Ge-



Abb. 3 Geburt im Hocken. Spätklassik, Tarent



Abb. 4 Geburt von Artemis und Apollon

burt dort *vornehmlich im Sitzen* ablief. Beispiele für solche Geburtshaltungen sind belegt aus dem 16. Jahrhundert in dem damals weit verbreiteten Hebammenbuch von Jakob Rueff aus Zürich mit dem Titel: „Schön lustig Trostbüchlein von den Empfengknussen und Geburt des Menschen“; im 17. Jahrhundert findet man die *sitzende Gebärposition* in dem niederländischen Hebammenlehrbuch von Samuel Janson dokumentiert und im 18. Jahrhundert in der von der Pariser „École de Chirurgie“ in Auftrag gegebenen klassizistischen Darstellung einer *Geburt halb im Sitzen, halb im Liegen* (Abb. 5).

Aus dem einfachen Gebärsitz aus Ziegeln in Ägypten war im Mittelalter der immer wieder enthusiastisch propagierte Gebärstuhl geworden, den es in verschiedenen Varianten gab, vom eleganten, hübsch verzierten

Modell (Abb. 6) bis zum einfachen Holzstuhl, der der Gemeinde gehörte und zur Entbindung ausgeliehen wurde. Doch war in der damaligen Zeit der Gebärsstuhl nicht unumstritten, und es gab auch ablehnende Stimmen, aus denen Mitleid mit den „strapazierten Frauen“ sprach:

So liegt ein Reisebericht des Hamburger Gynäkologen *Justus Heinrich Wiegand* vor, in dem er über einen Besuch in der Berliner Charité erzählt (1815):

„Empört es nicht alle sittlichen und religiösen Gefühle, wenn man in den großen Entbindungssaal der Charité tritt und nun zuerst den mitten im Saal aufgebauten, wie ein Notstall erscheinenden Osianderschen Gebärstuhl erblickt, der wie ein lauerndes Ungeheuer mit weit aufgerissenem Rachen (dem großen Ausschnitt am Sitzbrett) auf



Abb.5 Antoine E. Gibelin, Kupferstich im Auftrag der Pariser „École de Chirurgie“, 18. Jahrhundert

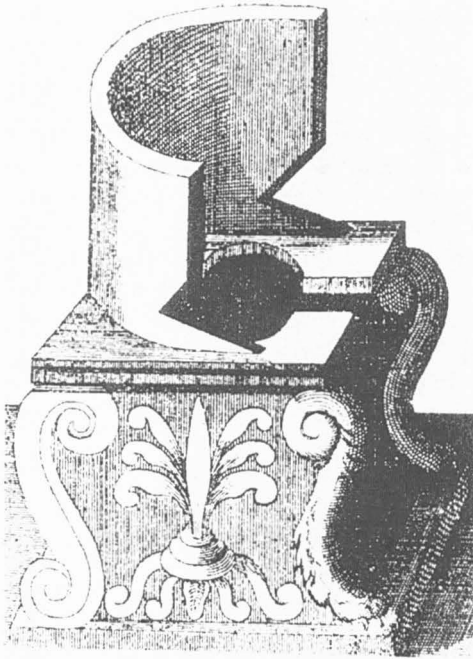
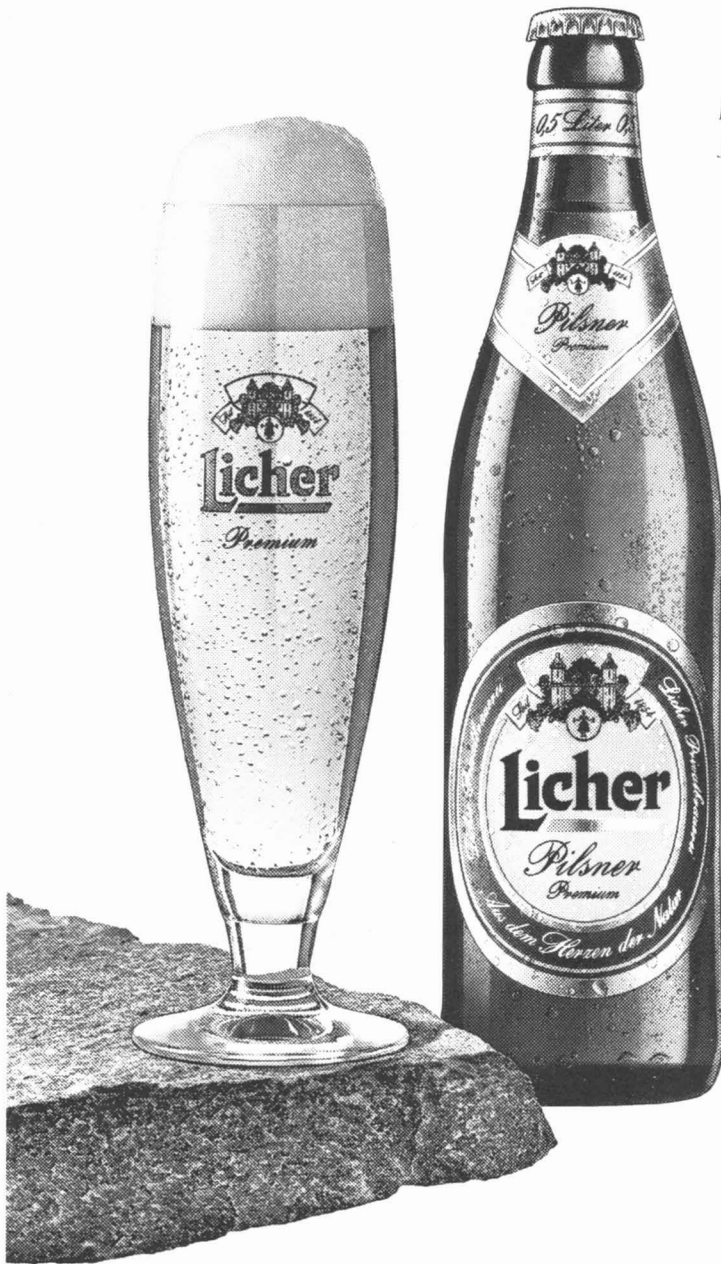


Abb.6 Gebärstuhl, Porphyr, Italien

seinen 6 Füßen (Abb.7) ausgestreckt da-
steht und auf das bedauernswerte Schlacht-
opfer wartet?“

Eine weitere Spielart aus der Sammlung der
Gebärstühle ist der „lebende Gebärstuhl“, al-
so der Schoß einer Hilfsperson, meistens der
des Ehemannes, dessen Anwendungen auch
nichts grundlegendes Neues war, wie die
Geburtsszene auf einer Graburne aus der
Mochica-Kultur in Peru (Abb.8) zeigt. Im
19. Jahrhundert fand der lebende Gebärstuhl
große Verbreitung. Anscheinend gab es bei
den lebenden Gebärstühlen auch schon Spe-
zialisten, wie folgende Anekdote berichtet:

Aus einer Monographie von Ploss aus dem
Jahr 1872 mit dem Titel „Lage und Stellung
der Frau während der Geburt bei verschie-
denen Völkern“ entnehme ich: Ein Mann im
Dorf war berühmt, daß er einen glänzenden
Gebärstuhl abgab. Es war im Dorf bekannt,
daß die Geburt viel leichter vonstatten ging,
wenn die Frau mit ausgespreizten Schenkeln
auf dem Schoß dieses Mannes saß. Er hatte



Licher Privatbrauerei
Jbring-Melchior KG
35423 Lich



Licher.® Aus dem Herzen der Natur.

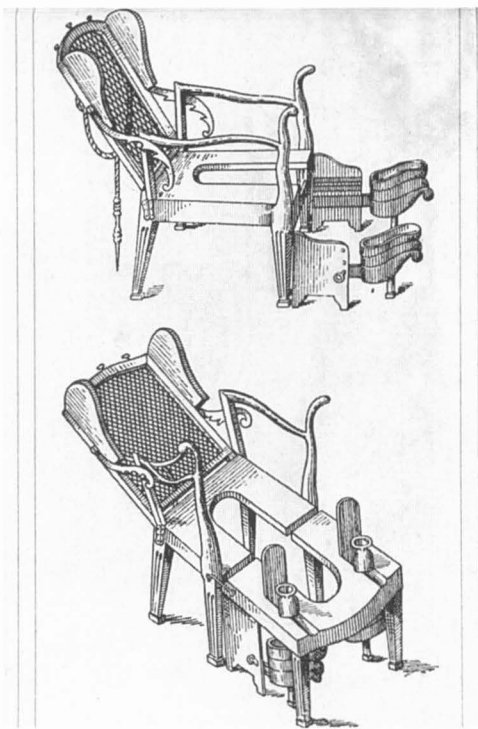


Abb. 7 Gebärstuhl (1772), Variante von Georg Wilhelm Stein d. Ä. (1731–1803), Professor und Geburtshelfer in Marburg

den Ruf, daß kein Weib im Dorf mehr ohne ihn entbinden wollte. Er wurde aber überdrüssig und sagte: „Ei da hätte ich viel zu tun, wenn ich jedem Narren sitzen müßte, der auf mir kälbern möchte!“ So soll er zu seiner Entlastung einen Gebärstuhl hergestellt haben.

2. Gebärhaltungen in anderen Kulturkreisen

Bei den Apachen wie bei den Wakamba-Negern war die Geburt im Stehen üblich. Bei schwierigeren bzw. langwierigen Geburten wurde ein umgelenkter Strick zur Hilfe genommen (Murken 1994). Der Strick war auch hilfreich bei der Geburt im Knien, wie dies bei

den Comanchen üblich war. (Im Berner Oberland findet man den Gebärstrick noch bis um die Jahrhundertwende, Abb. 9). Bei den Azteken wurde die hockende Position bevorzugt (Felkin 1885, Loytved und Albrecht-Engel 1987, Kuntner 1992, Schiefenhövel 1983).

3. Entwicklung der heute üblichen Gebärhaltung

Bei soviel vertikaler Gebärhaltung durch all die vielen Jahrhunderte und durch die verschiedenen Kulturkreise stellt sich die Frage: Woher kommt die Verbreitung der horizontalen Geburtslage in Mitteleuropa? Während in Deutschland der Gebärstuhl noch üblich war, fand man in Frankreich bereits im 17. Jahrhundert das Gebärbett. Vermutlich geht dies auf eine Empfehlung von



Abb. 8 Gebärhaltung im Sitzen auf dem Schoß. Urne, Mochica-Kultur, Peru, 400 n. Chr.

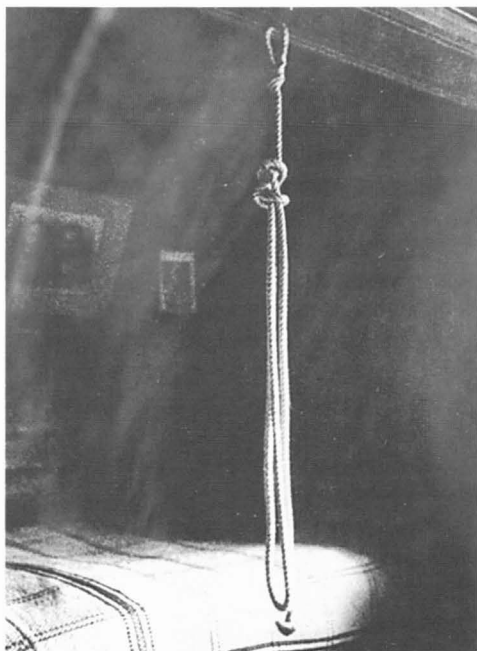


Abb. 9 Ausschnitt eines Gebärzimmers mit Seilschlinge am Deckenbalken. Berner Oberland, um 1900



Abb. 10 Fr. Mauriceau, französischer Geburtshelfer (1637–1709)

Mauriceau (Abb. 10) zurück, der angeblich zu bequem war, die Frau nach der Entbindung in ein weiches Bett zu legen und deshalb die Entbindung direkt im Bett befürwortete („...pour éviter l'incommodité et l'embarras de les y transporter après“). Im 17. und 18. Jahrhundert war Frankreich die „kulturelle Führungsmacht“, und so hat das Gebärbett auch in Deutschland nach und nach den alten Gebärstuhl verdrängt.

Rational fanden sich für das Gebärbett auch gute Argumente: Im Bett sei zum einen eine bessere Hygiene gegeben als auf dem schlecht zu reinigenden hölzernen Gebärstuhl. Die vertikale Position während der Geburt wurde angeschuldigt, einen allzu raschen Durchtritt des Kopfes zu fördern und damit die Gefahr von Geburtsverletzungen zu erhöhen. Auch würde bei der sitzenden Position der Preßdrang viel zu früh induziert (Kuntner 1991). Der Hauptvorteil der vertikalten Position lag jedoch in

den Augen der damaligen Geburtshelfer in dem bequemeren Zugang zu den Geburtswegen bei geburtshilflichen Untersuchungen und geburtshilflichen Operationen wie Zangenentbindungen.

In Vergessenheit geraten war der lang bewährte Gebärstuhl nach seiner Verdrängung nicht. Wohl unter dem Eindruck der Eigenarten des Gebärbettes plädierten namhafte Vertreter der Geburtshilfe gegen Ende des vorigen Jahrhunderts – vergeblich – für die Wiedereinführung des Gebärstuhls (Engelmann 1884, Ahlfeld 1898).

4. Physiologische und pathophysiologische Aspekte verschiedener Gebärpositionen

Die Liberalisierung der Geburtshilfe und das Hinterfragen überkommener Normen in den 70er Jahren unseres Jahrhunderts hat auch

die bereits im letzten Jahrhundert geführte Diskussion (Felkin 1885) um die optimale Haltung der Gebärenden belebt (Kirchhoff 1983). Hierbei überwiegt leider in vielen Fällen die emotionale Diskussion; die wissenschaftlichen Untersuchungen über die Vorzüge und Nachteile einzelner Gebärpositionen sind eher spärlich (Chan 1963, Diaz et al. 1980, Flynn und Kelly 1976, Flynn et al. 1978, Mendez-Bauer et al. 1976, Schneider-Affeld 1983, Roberts 1989). Die Synopse der vorhandenen Untersuchungen soll einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion liefern.

Als Gründe gegen die horizontale und für die vertikale Gebärposition werden aufgeführt (Bung und Schneider-Affeld 1995):

1. historische und ethnologische Betrachtungen
2. bessere Einpassung des kindlichen Kopfes in das mütterliche Becken
3. Nutzung der Schwerkraft
4. Verstärkung der Wehentätigkeit
5. Förderung der Öffnung des Muttermundes
6. leichtere Entwicklung des Kopfes um die Symphyse
7. Verbesserung des Drucks beim Pressen
8. Verbesserung der fetalen Herzfrequenz (Reduktion des sog. Vena-cava-Okklusions-Syndroms)
9. Reduktion der Zahl vaginaloperativer Entbindungen
10. subjektive Erleichterung der Kreißenden unter der Geburt
11. Vergrößerung der mütterlichen Atemkapazität

Die Angaben über die Dauer der Eröffnungsperiode im Liegen oder Sitzen sind uneinheitlich. Schneider-Affeld (1993) findet keine signifikanten Unterschiede in seinem Kollektiv (n=159), weder bei Erst- noch bei Mehrgebärenden. In der Austreibungsperiode wird ein zeitlicher Vorteil lediglich bei der sitzenden *Erstgebärenden* beobachtet. Auch die Häufigkeit der Preßwehen war bei

der sitzenden Patientin geringer. Wichtig ist jedoch, daß die Rate an Geburtsverletzungen und der Zustand des Kindes nach der Geburt bei der liegenden und bei der sitzenden Gebärposition nicht signifikant verschieden waren.

Bleibt die subjektive Schmerzempfindung zu bewerten. Eine Übersicht (Schneider-Affeld 1993) weist uneinheitliche Ergebnisse in der Literatur nach. Überwiegend wird jedoch bei der sitzenden Position eine Reduktion des Geburtsschmerzes angegeben. Eine quantitative Aussage erhält Schneider-Affeld indirekt, indem er 42 Frauen die für sie angenehmste Form der Haltung unter der Geburt anbietet. Wenn die Gebärhaltung frei gewählt werden kann, entscheidet sich die überwiegende Zahl der Kreißenden für die vertikale Position (sitzend oder stehend).

So ergeben sich keinerlei wissenschaftlich begründbare Restriktionen gegen vertikale Gebärpositionen insbesondere bei der gut überwachten und unkomplizierten Spontangeburt.

Die letzten 40 Jahre haben in der Geburtshilfe zu einer Reduktion der mütterlichen Sterblichkeit unter der Geburt auf 1/10 geführt, haben in dem gleichen Zeitraum zu einer Reduktion der perinatalen Sterblichkeit der Kinder auf ebenfalls 1/10 geführt. In keinem Land der Erde ist die Sterblichkeit des Kindes vor, während und nach der Geburt heute geringer als in Deutschland.

Es hat gleichzeitig eine Zeit begonnen, in der wieder andere, als die überkommene Gebärposition diskutiert und zunehmend auch angewandt werden. Hierbei gibt es kein wissenschaftliches Argument für eine Indoktrinierung der horizontalen noch der vertikalen Gebärposition (Gareberg et al. 1994, Kafka et al. 1994). Mütter, Hebammen und Geburtshelfer können ermutigt werden, hier eingefahrene Gleise zu verlassen und unkonventionelle Gebärpositionen in ihr „Repertoire“ einzubeziehen. Weniger das Behar-

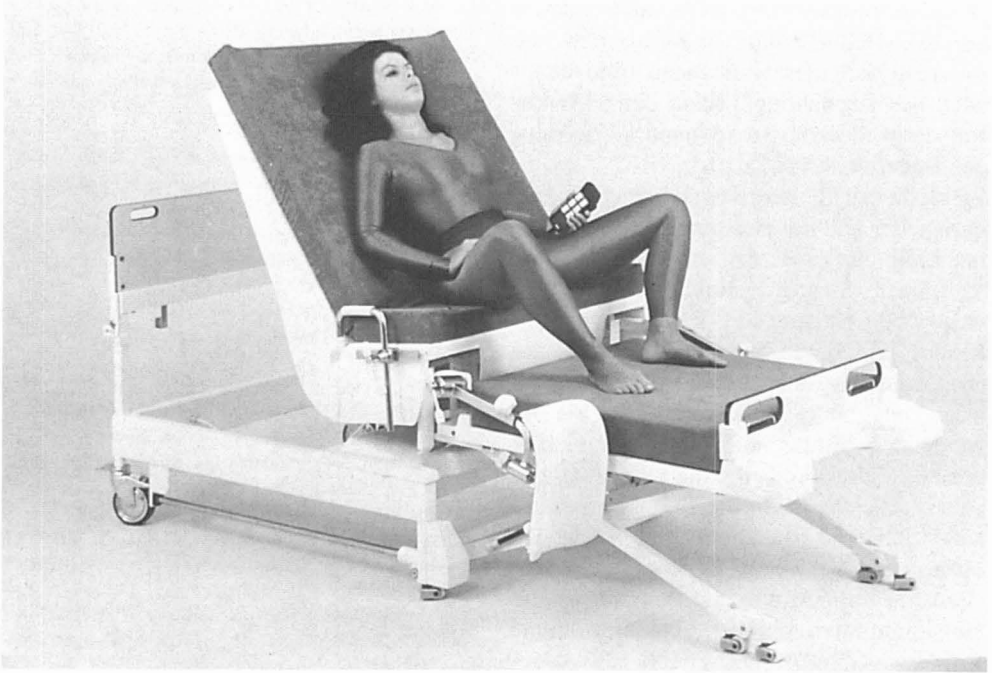


Abb. 11 Modernes Gebärbett für variable Gebärhaltungen und mit der Möglichkeit der vaginalen geburtshilflichen Operationen (Maquet)

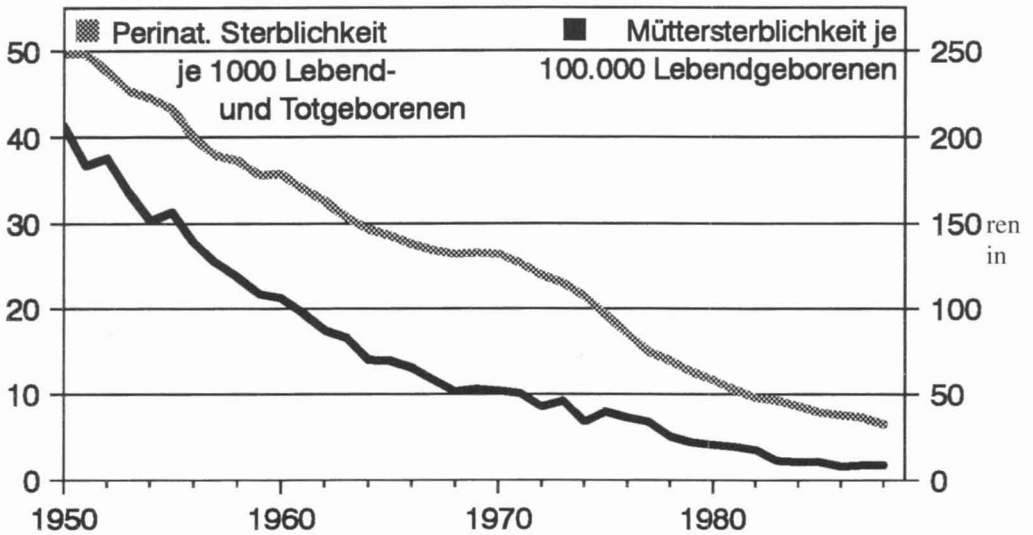


Abb. 12 Entwicklung der Müttersterblichkeit und der perinatalen Mortalität 1950–1988

einer bestimmten vorgegebenen Gebärhaltung als vielmehr die Variabilität bzw. die Beweglichkeit der Kreißenden (und damit auch des Beckenrings) kann den Geburtsfortschritt fördern (Brökelmann 1975, Mendez-Bauer et al. 1983).

Es bleibt bei dieser Entwicklung dem Geburtshelfer und der Hebamme jedoch um so mehr die Aufgabe, den erreichten geburtshilflichen Standard durch sorgfältige – wenn nötig lückenlose – Überwachung des Kindes und durch kompetente Betreuung und Anleitung der Mutter zu sichern und wenn möglich zu verbessern, wenn sie der werdenden Mutter auch unter der Geburt neue bzw. alte Freiheiten und Annehmlichkeiten schenken will, die für ein gesundes Kind und eine glückliche und zufriedene Mutter sorgen (Abb. 11), ohne 1% an Sicherheit für die Mutter und auch nur 1% an Sicherheit für das anvertraute ungeborene Kind auf's Spiel zu setzen (Abb. 12).

Literatur

- Ahlfeld F: Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig 1898
- Brökelmann J: Die Körperhaltung der Gebärenden im Wandel der Zeiten. Antrittsvorlesung, Medizinische Fakultät Bonn 1975
- Bung P, Schneider-Affeld F: Die Gebärhaltung der Frau aus Sicht der Ethnologie, der Gebärphysiologie und der geburtshilflichen Praxis. Perinatal Medizin 7 (1975) 31–40
- Chan DPC: Positions during labour. Br Med J (1963,1) 100
- Diaz AG, Schwarz R, Fescina R, Caldeyro Barcia R: Vertical position during the first stage of course of labour and neonatal outcome. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 11 (1980) 1–7
- Engelmann GJ: Labour among primitive peoples. Chambers St. Louis, 3. Auflage 1884
- Felkin RW: Über Lage und Stellung der Frau bei der Geburt. Marburg 1885
- Flynn A, Kelly J, Hollins G, Lynch PF: Ambulation in labour. Br Med J (1978,2) 591–593
- Flynn A, Kelly J: Continuous fetal monitoring in the ambulant patient in labour. Br Med J (1976,2) 842–843
- Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, Wennerholm U-B, Wennergren M, Hagberg H: Birth in standing position: a high frequency of third degree tears. Acta Obstet Gynecol Scand 73 (1994) 630–633
- Kafka M, Riss P, Troitsenburg M, Maly Z: Gebärhocker – ein geburtshilfliches Risiko? Geburtsh Frauenheilkd 54 (1994) 529–531
- Kirchhoff H: Die Gebärhaltung der Frau: horizontal oder vertikal. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 35 (1983) 33–35
- Kirchhoff H: Geburt im Knien? Medizin 9 (1979) 7–21
- Kuntner L: Die Gebärhaltung der Frau. München, 3. Auflage 1991
- Kuntner L: Gebären und Gebärhaltung im Kulturvergleich. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 44 (1992) 2–5
- Loytved C, Albrecht-Engel I: Gebärpositionen, Geschichte und Völkerkunde aus medizinischer Sicht. Deutsche Hebammen-Zeitschrift 39 (1987) 3–7
- Mendez-Bauer C, Arrayo J, Menendez A et al. Effects of different maternal positions during labour. In: Rooth G, Bratteby LE (eds) 5th European Congress of Perinatal Medicine. Uppsala, 1976, 233
- Mendez-Bauer C, Arrayo J, Roberts J: Vorteile und Nachteile verschiedener mütterlicher Stellungen während der Geburt. Curare, Sonderband 1 (1983) 77–80
- Murken AH: Hebammen im Wandel der Zeit. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 54 (1994) M57–M62
- Ploss HH: Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern. Leipzig 1872
- Rigby E: Welches ist die natürliche Stellung der gebärenden Frau? Medical Times and Gazette 1857 (zitiert nach Kuntner L: Die Gebärhaltung der Frau. München, 3. Auflage 1991)
- Roberts J: Maternal position during first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds) Effective care in pregnancy and childbirth, 2, p 883 (1989)
- Schiefenhövel W: Geburten bei den Eipo. Curare, Sonderband 1 (1983) 41–56
- Schneider-Affeld F: Geburt im Sitzen oder Liegen? Eine Untersuchung über den Zustand von Mutter und Kind in der Perinatalperiode. Habilitationsschrift, Hamburg 1983
- Schneider-Affeld F: Geburtspositionen. Frauenarzt 34 (1993) 267–273
- Spiegelberg N: Annales du Service des Antiquités de l'Égypte. Tome 29, Kairo 1929
- Weindlers F: Geburts- und Wochenbettdarstellungen auf altägyptischen Tempelreliefs. München 1915