

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 84 (1986)

Heft: 7-8

Artikel: Dammschutz/Dammschnitt : Notwendigkeit oder unnötige Routine?

Autor: Daemen, Luise

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950313>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Hebamme/Arzt

Es gibt zwei Extremsituationen:

- die ausschliesslich ärztlich geleitete Geburt, bei der die Hebamme lediglich die Rolle einer Pflegerin innehat;
- und andererseits gibt es die Hebammengeburt, bei der der Arzt nur bei irgendwelchen Abnormalitäten oder Komplikationen beigezogen wird.

Diese beiden Extrembeispiele sind selten.

Im allgemeinen bewegen wir uns irgendwo im Zwischenfeld.

Die Leitung der Austreibungsperiode und im speziellen die Leitung der aktiven Phase ist wohl das Paradebeispiel, das Dissonanzen zwischen Ärzten und Hebammen aufkommen lässt. Wer kennt nicht den forschen jungen Praktiker oder Oberarzt, der nicht mit bravouröser Zange jede kritische Situation meistert?

Bereits 1914 schrieb Professor Ernst Bumm in seinem berühmten Lehrbuch der Geburtshilfe:

«Das sind schlechte Geburtshelfer, die das schonende Walten der Natur nicht abwarten können, die Geburt nach «chirurgischen Prinzipien» leiten wollen und immer gleich mit der Zange oder andern Eingriffen bei der Hand sind.»

Wer kennt auf der andern Seite nicht den jungen Mediziner, der seine ersten ärztlichen Gehversuche in der Klinik unternimmt?

Er erscheint stets zur falschen Zeit am falschen Ort und sagt im falschen Augenblick das falsche Wort.

An den grossen Kliniken mit Ausbildungsfunktion müssen wir mit diesen Belastungen leben.

Wir sind allerdings gut beraten, wenn wir daran denken, dass noch manch sonderbarer Anfänger auch unser Fachgebiet in brillanter Weise erarbeitet hat und am Ende eine glanzvolle ärztliche Karriere machte.

In seiner Retrospektive wird er erkennen, dass ihn jene, die in geduldiger Weise und trotz mannigfacher Störfaktoren das Geburtsgeschehen meisterten, geprägt haben.

Die andern aber, die mit endlosem Wortschwall junge Assistenten, Schülerinnen, den Ehemann und am Ende leider noch die gebärende Frau in ein egozentrisches Schema hineinpressen wollten, werden in seiner Erinnerung als solche dastehen, die von der Erhabenheit des Geburtsgeschehens wenig begriffen haben.

Gerade wenn die nervliche Belastung der am Gebärbett Helfenden gross ist, wird die Situation zum Prüfstein ihrer beruflichen Überlegenheit.

Es sind die Gelegenheiten, da wir mit unserm Verhalten prägen können.

An unserer Klinik gilt die Regelung, dass die Hebamme bei allen Spontangeburt den Dammschutz ausführt.

Ich erachte es als falsch, wenn nach stundenlanger hingebungsvoller Begleitung der gebärenden Frau die Hebamme beim krönenden Abschluss durch den Arzt verdrängt wird. Diese Lösung erfordert auf beiden Seiten einen ausgesprochenen Sinn für ein geburtshilflich-geburtsmedizinisches Zusammenspiel.

Es ist für die Hebamme verdräusslich, wenn der geschäftig eintretende Arzt viel zu früh die Episiotomie schneidet, möglicherweise noch bei ungenügender Lokalanästhesie, und es ist andererseits für einen gut ausgebildeten Kreissaalarzt stossend, wenn eine wenig aufgeschlossene Hebamme ständig auf die Frau einredet und dabei keine Ahnung hat von Atemphysiologie, geschweige denn merkt, wie schlecht es dem Kinde geht.

Damit sind Aus- und Weiterbildung angesprochen.

Das Angebot an hochstehender theoretischer Weiterbildung ist heute immens. Was nützt es aber der Grosszahl der uns anvertrauten gebärenden Frauen, wenn Ärzte und Hebammen Vorträge über ir-

gendwelche Theorien zu irgendwelchen Krankheitsbildern gehört haben.

Ich glaube, wir haben allgemein zuwenig Mut zur Rekapitulation des Alltäglichen in unserer Fortbildung.

Wir sollten uns auch vermehrt bemühen um die Fragen unserer unmittelbaren Zusammenarbeit.

Zu viele junge Hebammen beklagen die Unbeholfenheit älterer Gynäkologen gegenüber Kardiotokographiestreifen und sehen die Sektiofrequenzen in schwindelnde Höhen ansteigen. Und auf der andern Seite ärgern sich weitsichtige Gebärsaalärzte über den Widerstand von Hebammen gegen eine Mikrobiuntersuchung, die eine verworrene geburtshilfliche Situation klären würde.

Um solche Spannungsfelder abzubauen, braucht es die Bereitschaft – oder eigentlich muss es die Verpflichtung geben – sich weiterzubilden.

Geburtshilfe-Geburtsmedizin sind für mich keine Gegensätze. Sie sind für mich der Titel eines Spieles, das Uralt hergebrachtes mit neuester Wissenschaft verbindet, das Schematismus und Geschwätz nicht erträgt und am Ende ein Handwerk zu einer Kunst werden lässt.

Dammschutz/Dammschnitt: Notwendigkeit oder unnötige Routine?

Referat von Frau Luise Daemen, freischaffende Hebamme in Zürich

In den meisten Spitälern herrscht noch immer die Meinung, bei I-Para müsse eine Episiotomie geschnitten werden. Es wird auch oft angenommen: einmal Epi – immer Epi. In beiden Fällen habe ich gegenteilige Erfahrungen gemacht. Von meinen 58 Erstgebärenden hatten 24 einen intakten Damm, ohne Schürfung. Von den 37 Frauen, die seinerzeit im Spital mit Episiotomie geboren hatten, blieb der Damm bei mir bei 17 Frauen intakt.

Die Vorbereitung zur Vermeidung eines Dammschnittes beginnt schon während der Schwangerschaft mit Beckenbodenübungen. Dadurch wird ein gutes Gefühl für die Muskeltätigkeit geschaffen. Zwei Monate vor dem Geburtstermin empfehle ich Damm- und Vulvamassage mit Weizenkeimöl oder Kupfersalbe.

In der Hebammenschule hatte ich gelernt – und soviel mir bekannt ist, wird es auch heute noch so gelehrt – den Damm zu raffen und den Kopf langsam durchtreten zu lassen. Das war eigent-

lich alles zu diesem Thema. Ich gebe zu, dass ich mit diesen beiden Ratschlägen schon damals wenig anzufangen wusste. Noch heute frage ich mich, was es da eigentlich zu raffen gibt?

Während meiner Ausbildungszeit hörte ich durch meine Tante zum erstenmal von einer andern Art der Geburtshilfe. Sie lebt in Kalifornien USA auf dem Lande und ist von Beruf Physiotherapeutin. Bereits 50 Kindern hatte sie damals auf die Welt geholfen. Sie wurde einfach zur Geburt geholt, weil keine Hebamme da war. «Hast Du denn auch geschnitten?», fragte ich verwundert. Natürlich hatte sie nicht! Sie lege jeder Frau feuchtwarme Wickel auf den Damm und vermeide dadurch Risse, erklärte sie mir. Das leuchtete mir ein.

Später, als die ersten Frauen mit der Bitte an mich gelangten, ohne Dammschnitt zu gebären, erinnerte ich mich wieder an die Wickel meiner Tante. Und siehe da, ich hatte damit Erfolg! Ich begann sie bereits in der Eröffnungsperiode

de aufzulegen. Die Frauen empfanden sie als äusserst wohltuend und entspannend. Einmal damit angefangen, verlangten sie immer wieder danach.

Dazu hatte ich bei den Farmhebammen in Tennessee gelernt, den Damm ab Ende der Eröffnungsperiode mit Öl zu massieren. Ich versuchte nun, die beiden Methoden kombiniert anzuwenden; in der Eröffnungsperiode die warmen Wickel, in der Austreibungsperiode die Ölmassage. Beides empfanden die Frauen als angenehm. In diese Zeit fiel mein Entschluss, den Unsinn mit dem klassischen Dammschutzgriff aufzugeben. Ich halte nun meine Hände so an den Damm, dass ich den Kopf in meinen Händen spüre und lasse ihn unter dauerndem Massieren des Dammes sanft austreten.

Allerdings wäre dieser Griff meistens gar nicht nötig. Zwei Frauen habe ich erlebt, die allein geboren haben. Bei beiden blieb der Damm intakt. Zur Sicherheit halte ich jedoch immer die Hände am Kopf, schon damit ich das Kind gut auffangen kann. Die Frau soll bei der letzten Presswehe nicht drücken, sondern atmen (hecheln). So tritt der Kopf langsam durch.

Die Damm-Massage führe ich, ohne Handschuhe durch. Ich kann so den Damm besser massieren und bekomme ein Gefühl für die Beschaffenheit des Gewebes. Da die Geburt meistens im Halbdunkel stattfindet, kann ich den Damm sowieso nicht sehen. Vielmehr musste ich im Laufe der Zeit das Spüren erlernen, was durch Gummi hindurch nicht möglich gewesen wäre. Letztlich ist es sicher auch für das Kind angenehmer, von warmen, weichen Händen empfangen zu werden.

Ein wichtiger Faktor ist das Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau. Wenn ich hie und da einen Dammschnitt machen muss, weiss die Frau, dass es nötig war und zweifelt meine Entscheidung nicht an. Viele Frauen wählen eine Geburt zu Hause, weil sie unter anderem keine Episiotomie wollen. Ich meine, dies sollte auch im Spital möglich sein. Jedenfalls sollte dies kein Grund für eine Hausgeburt sein.

Ich mache nur mediane Episiotomien. Bis jetzt habe ich gute Erfahrungen damit gemacht. Noch nie gab es einen Weiterreiss in den After. Wichtig ist, dass die Frau gut vorbereitet ist und meine Anweisungen befolgt. Wenn ich sage: «nicht mehr pressen, nur atmen», weiss sie, dass sie dadurch einen Riss vermeiden kann. Wir alle, Vater, Arzt und ich, atmen dann demonstrativ mit. So wird es auch für sie einfacher. Keine der Frauen presste trotzdem weiter.

Die Vorteile einer medianen Episiotomie sind:

- Geringer Blutverlust
- Die Frauen können problemlos sitzen und gehen
- Gute und schnelle Heilung
- Kein Aufgehen der Naht
- Später keine Probleme beim Geschlechtsverkehr

Der Dammriss I und II verheilt ebenso gut wie eine mediane Episiotomie. Vereinzelt gab es Probleme beim Labienriss. Die Labien sind nicht so gut durchblutet, deshalb dauert die Heilung länger. Es kam auch schon vor, dass sich die Fäden beim Labienriss vor der Heilung auflösten. Ein Vaginalriss – richtig genäht – verheilt in der Regel gut.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass bei jeder weiteren Geburt die Beschädigung des Dammes kleiner wird; so ist z.B. bei einer Frau mit Dammriss II beim ersten Kind, bei der zweiten Geburt nur noch mit einem Dammriss I zu rechnen. Einer Frau mit Labienriss mache ich bei der nächsten Geburt einen kleinen medianen Einschnitt von etwa 3 mm. Sollte damit noch nicht genügend Platz geschaffen sein, reisst es da weiter, und nicht in die Labien. Einmal mussten wir bei einer erschöpften Frau die Geburt durch Vacuum beenden. Der Damm blieb intakt!

Eine meiner Frauen bereitete den Damm beim ersten Kind nach Vorschrift vor. Beim zweiten Kind fand sie es nicht mehr nötig – und prompt gab es bei gleicher Grösse des Kindes einen Dammriss I. Dies bewies mir einmal mehr, dass die Vorbereitung absolut notwendig ist.

Allgemeines zur Austreibungsperiode

Wann beginnt sie eigentlich? Laut Lehrbuch bei vollständig eröffnetem Muttermund. Dann erst dürfen oder müssen die Frauen pressen. Ich lasse die Frauen pressen, wann sie wollen – auch bei 8 cm eröffnetem Muttermund – wenn sie das Bedürfnis haben. Ich habe als Folge davon noch nie einen Cervixriss erlebt. Andererseits muss eine Frau nicht pressen, nur weil der Muttermund vollständig eröffnet ist. Wenn das Bedürfnis dazu fehlt, ermuntere ich die Frau, noch etwas heranzugehen. Während der Wehe steht sie still und lehnt sich über einen festen Gegenstand (Tisch, Stuhl, Person). Ich halte dann ihre Sitzhöcker in meiner Hand und schüttele sie leicht, oder sie stösst sie mir in die Hände. So kann sie nicht zusammenklemmen und der Druck wird stärker. Die Frau presst jeweils nur so lange sie dazu Lust verspürt, nie forciert. Sie atmet dabei mit Betonung aufs Ausatmen. Dem Kind geht es dabei besser als beim forcierten Pressen. Viele wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen dies.

Wenn der Kopf sich um die Symphyse dreht (den Bogen macht), kommt es hin und wieder zu einem kurzen Herztonabfall. Das beunruhigt mich nicht weiter. Ja keine Panik! Sie hilft niemandem und macht alles nur schlimmer. Sobald der Kopf in der Tiefe sichtbar wird, ermuntere ich die Frau, ihn mit ihren Fingern zu berühren. Gerade wenn sie den Mut verliert und nicht mehr daran glaubt, dass da jemals ein Kind herauskommen wird, hilft dies enorm. Leider ist dies im Spital nicht möglich, da der Bereich der Genitalien steril bleiben muss und nur durch die behandschuhten Hände der Hebamme oder des Arztes berührt werden darf.

Die Länge der Austreibungsperiode ist für mich nicht wichtig, solange es dem Kind gut geht. Die längste Austreibungsperiode dauerte bei mir vier Stunden. Einmal hatte ich eine Frau, bei der in der Austreibungsperiode die Wehen während zwei Stunden aussetzten. Die Fruchtblase war bereits gesprungen. Sie ruhte sich in dieser Zeit aus, nahm noch ein Bad und machte einen kleinen Spaziergang im Treppenhaus. Anschliessend setzte sie sich auf den Gebärstuhl, und mit einer einzigen Presswehe war das Kind draussen. Ich hatte keinen Grund zum Forcieren. Wir hatten alle Zeit und Ruhe, und ich glaube, dass dies das Wichtigste ist.

Über die spontane Art des Pressens liegt eine Arbeit von Caldeyro-Barcia vor. Bei den Untersuchungen wurden die Frauen angehalten, die Pressphase bzw. die Wehen spontan zu verarbeiten. Der Zeitpunkt zum Pressen – bei normalen Geburten – sowie die Anzahl der zu verarbeitenden Pressimpulse pro Kontraktion, schliesslich Dauer und Dosierung des Krafteinsatzes wurden von der Gebärenden selbst reguliert. Sie erhielten keine Anweisungen bezüglich Anhalten der Atmung und langdauerndem Pressen. Das sogenannte spontane Pressen dauerte durchschnittlich 5 Sekunden zu Beginn der Anstrengung. Das durchschnittliche Intervall zwischen den spontanen Pressimpulsen – während einer Kontraktion – wurde mit 2 Sekunden angegeben. Diese Zeit benützt die Gebärende, um weiter zu atmen. Die Dauer des spontanen Pressens ist laut Caldeyro-Barcia viel kürzer als die Dauer des diktierten Pressens, welche meistens länger als 10 Sekunden misst. Bekanntlich treten die Wehen, sobald die Austreibungsphase begonnen hat, alle 2–3 Minuten mit einer Dauer von jeweils 60–70 Sekunden auf und mit einer Amplitude von etwa 120 mm Hg. Die Dauer dieser Anstrengung beim Pressen verursacht bei der Mutter eine Apnoe; je länger daher die Dauer, um so stärker der Abfall des PO_2 und die Erhö-

hung des PCO_2 im mütterlichen arteriellen Blut. Die Folgen dieser Stresssituation der Gebärenden, besonders in Rückenlage, und die mögliche Auswirkung auf den fetalen Zustand, sollten Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen sein.

Im folgenden zeigen Auszüge aus dem Buch «Die Gebärhaltung der Frau» von L. Kuntner, Marseille Verlag, die Lage und Stellung der Frau unter der Geburt in verschiedenen Kulturen.

Allgemeines zu Gebärstellungen

Die Umstellung von der vertikalen Körperhaltung der Frau bei der Geburt zur Rückenlage wurde durch die technische Entwicklung der Geburtshilfe im 17. und 18. Jahrhundert verursacht. Mit dem französischen Geburtshelfer Mauriceau (1637–1709) begann die operative Geburtshilfe und damit die Abkehr vom Gebrauch des Gebärstuhls und von der vertikalen und anderen Gebärhaltungen. Die Änderung der Gebärhaltung wurde allerdings nur von der wissenschaftlich orientierten Geburtshilfe vorgenommen, erfasste also nur einen kleinen Teil der Weltbevölkerung. Selbst in der europäischen, mehr noch in der aussereuropäi-

schen volkstümlichen Geburtshilfe fand die Umstellung nur zögernd oder überhaupt nicht statt. Aber auch in der wissenschaftlichen Geburtshilfe blieb das Abgehen von der vertikalen Gebärhaltung nicht unbestritten. Trotz vieler Gründe, die eindeutig für die vertikale Haltung sprachen, betrachtete jedoch die wissenschaftliche Geburtshilfe des 19. und 20. Jahrhunderts die Geburt in Rückenlage als die richtige.

Bei mir gebären die meisten Frauen auf dem Gebärstuhl. Es ist auch meistens ihr Wunsch sitzend zu gebären.

Andere bevorzugte Stellungen in der Austreibungsperiode sind zudem auf allen Vieren oder stehend, wenn im Liegen, dann in Seitenlage. Zum erstenmal wurde der Gebärstuhl 100 Jahre v. Chr. von Artemidor (Griechen) erwähnt.

Die Erfindung der Buchdruckerkunst (um 1450) brachte auch auf dem Gebiete der Medizin und der Geburtshilfe einen grossen Wandel mit sich. Von da an finden sich Beschreibungen des Gebärstuhls in sämtlichen geburtshilflichen Schriften. Ihre Autoren hoben stets die Nützlichkeit des Gebärstuhls hervor; es scheint, dass in jener Zeit die Geburt ohne Gebärstuhl als regelwidrig galt. Vor der neuerlichen Verbreitung des Gebärstuhls wurde in Europa in verschiedenen vertikalen Stellungen geboren.

Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern

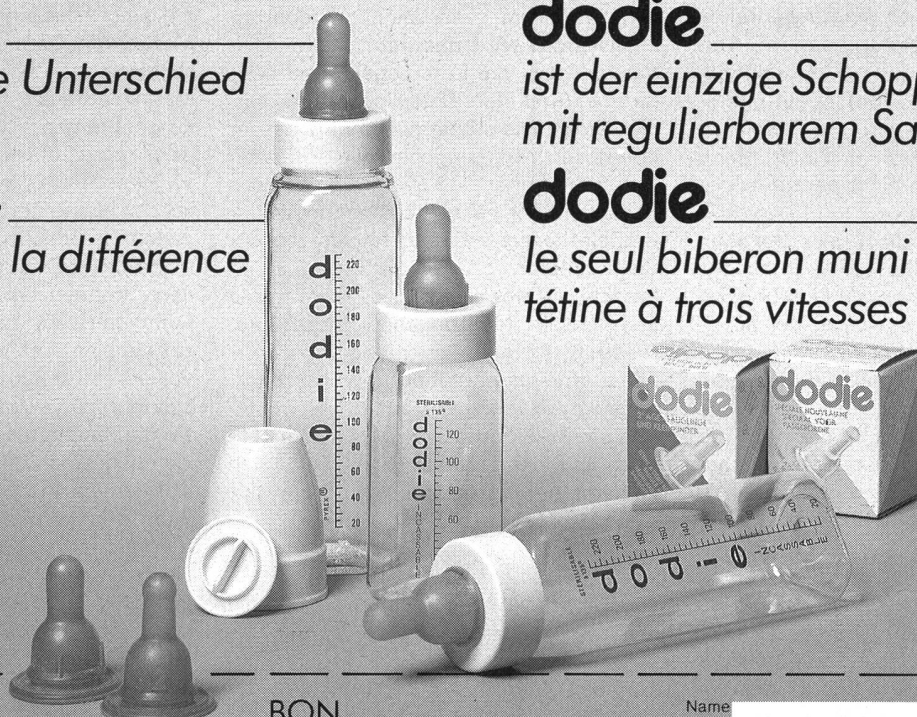
Seitdem es wissenschaftlich fundierte Ansichten über den Geburtsmechanismus gibt, wird auch die Frage nach der optimalen Position der Frau während der Geburt erörtert. Darstellungen im Bereich der Geburtshilfe aus einzelnen Kulturepochen und von verschiedenen Völkern zeigen uns, dass die vertikale Stellung bei der Geburt die übliche war. Zu den ältesten gehören wohl neusteinzeitliche Felsmalereien (Zentralsahara 10.–6. Jahrtausend v. Chr.) und Geburtsdarstellungen, die bei Ausgrabungen in der Türkei gefunden wurden; ebenfalls neusteinzeitlich (5.–6. Jahrtausend v. Chr.) Malereien, Skulpturen und andere bildliche Darstellungen aus Mesopotamien, Ägypten, aus dem östlichen Kulturkreis – China, Japan, Indien –, aus der griechisch-römischen Antike wie auch aus den alten Kulturen Amerikas, die uns ebenfalls Aufschluss über die jeweils übliche Gebärhaltung der Frau, sei es die stehende, kniende, hockende oder sitzende Stellung geben. Obwohl bei der Geburtshilfe des 20. Jahrhunderts die Rückenlage als die beste Stellung der Gebärenden angesehen wird, war sie praktisch allen Kulturen unbekannt.

dodie
der grosse Unterschied

dodie
c'est toute la différence

dodie
ist der einzige Schoppen
mit regulierbarem Sauger

dodie
le seul biberon muni d'une
tétine à trois vitesses de débit



GUTSCHEIN

Gegen Rücksendung dieses Gutscheins überreichen wir Ihnen gerne eine Dokumentation unserer Dodie-Produkte:

- 1 Schoppenflasche aus Spezialglas 220 ml
- 1 Schoppenflasche aus Kunststoff 220 ml
- 1 Sauger speziell für Neugeborene
- 1 Sauger für Kleinkinder

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse.

BON

Contre renvoi de ce bon, nous vous ferons parvenir avec plaisir une documentation concernant nos produits Dodie:

- 1 Biberon en verre spécial de 220 ml
- 1 Biberon en matière plastique de 220 ml
- 1 Tétine spéciale nouveau-né
- 1 Tétine 2ème âge

Nous vous remercions de votre intérêt.

Name
nom
Strasse
rue
PLZ Ort
NPL lieu

(Bitte in Blockschrift ausfüllen) (Ecrire s.v.p. en caractère d'imprimerie)

EXPHAR SA
Pumpwerkstrasse 23 8105 Regensdorf

Aus dem natürlichen, instinktiv ausgeübten Verhalten während der Geburt ergaben sich differenzierte Körperstellungen, die sich bei den verschiedenen Völkern zur Tradition ausbildeten. Nach Rigby standen, kauerten, knieten oder sassen die Frauen und änderten ihre Haltung während der Geburt je nach Richtung des kindlichen Kopfes im Becken. Instinkt und Erfahrung lehrten zudem die Frauen, dass durch Wechsel der Stellung die Geburt beschleunigt werden kann. Bei der kniend-kauernden Haltung mit Erfassen eines Sels oder Pfahls war es am besten möglich, die Körperachse zu verändern. Zu Beginn der Eröffnungsphase liess man die Gebärende aufstehen und umherlaufen, der Austritt des Kindes wurde meistens in einer geneigten Stellung erwartet: kniend, hockend oder halbsitzend, auf einem Stuhl oder im Schoss des Gatten oder einer Gehilfin. Zur Ausstossung der Plazenta behielt die Frau die Gebärstellung bei.

Der Einfluss der Körperhaltung auf verschiedene Faktoren des Geburtsvorganges (wissenschaftliche Ergebnisse)

Früheren Autoren, wie Ahlfeld, ging es bei der Wiedereinführung der vertikalen Stellung vor allem um die Funktion der Bauchpresse, der man eine bedeutende Rolle als geburtserleichternde und -verkürzende Faktor in der Austreibungsphase zumass. In der modernen Literatur der Geburtshilfe wird wohl die Aufgabe der Bauchpresse erwähnt, doch wird im allgemeinen nicht darauf hingewiesen, wie sie aktiviert und verstärkt werden kann. Auf die Praxis bezogen heisst dies, dass eine Annäherung des Beckens an die Rippen die Leistungsfähigkeit der Bauchpresse und der beteiligten Muskeln erhöht, wie es bei den Rumpfpresbewegungen in der vertikalen Gebärhaltung zutrifft. Zahlreiche Beobachtungen zeigen, dass die Frau während der Austreibungsphase kauern, zusammengekrümmte Stellungen sucht, die die Bauchpresse funktionell verstärken (wie dies auch beim Defäkationsvorgang in sitzender Stellung geschieht) und sich dabei um Stützpunkte bemüht, um den Rumpf zu fixieren. Es darf hier auf die Definition der Bauchpresse, wie sie in älteren Lehrbüchern zu finden ist, aufmerksam gemacht werden: die Kontraktion der gesamten Muskulatur, die eine wesentliche Verkleinerung des Bauchhöhlenraums zustande bringt. Dabei sind direkt beteiligt: das Zwerchfell, die Bauchmuskulatur, insbesondere der M. transversus abdominis und der Iliopsoas, indirekt alle Muskeln, die zur muskulären

Stabilisation beitragen. In der Geburtshilfe ist es seit Jahrhunderten üblich, die Bauchpresse durch die Atmung zu unterstützen, das heisst Luft einzuatmen, anzuhalten und zu pressen. Hierzu einige Hinweise aus elektromyographischen Untersuchungen bei normalen Personen über die Kontraktibilität der Bauchmuskulatur bzw. über die Bauchpresse. Versuchspersonen wurden aufgefordert, in liegender und sitzender Körperstellung, mit Anhalten der Luft, nach unten zu pressen. Es wurde festgestellt, dass der Grad der Kontraktion der M. obliquus externus und internus proportional zum Kraftaufwand war, dass der Rectus abdominis im Gegensatz dazu praktisch keine Aktivität zeigt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Atmung, die Aktivierung der Bauchmuskulatur bzw. der Bauchpresse sowie den Aufbau eines intra-abdominellen Drucks veranlassen uns zu folgendem Vorschlag: Beibehaltung der Ein- und Ausatembewegungen während der Presswehe, also ohne Anhalten der Luft. Zu Beginn des Pressens eine willkürliche Expiration mit Lippenbremse, das heisst nicht forciertes Blasen durch die Lippen. Die Expirationsbremse führt zu einer nachfolgenden verstärkten reflektorischen Einatmung. Diese Technik befähigt zu grösserer Ausdauer: Die Atemwege werden möglichst lange weit gehalten. Der expiratorische Druckabfall im gesamten Tracheobronchialsystem wird dadurch gleichmässiger, so dass die Luft ungehindert ausströmen und mehr Luft eingeatmet werden kann. Die Ausatmung wird besser koordiniert, die Lungenanteile entleeren sich homogener und synchron, so dass allgemein eine bessere Lungenbelüftung und ein besserer Gasaustausch zustande kommen.

Forschungsergebnisse und Erkenntnisse aus Medizin, Medizingeschichte, Ethnomedizin, Biologie, Psychologie und Verhaltensforschung haben uns überzeugt, dass die Ablösung von der zurzeit bestehenden Tradition der Geburt in Rückenlage und der Übergang zur vertikalen Gebärhaltung, nur noch eine Frage der Zeit sein dürfte.

Die Geburtshilfe bei den alten Griechen

Die Austreibung
Um den Geburtsstuhl gruppieren sich nach Soran, ausser der Hebamme, noch drei Frauen: soviel Hilfe hält er für nötig. Zwei dieser Frauen stehen auf der Seite, sie helfen in der von Soran beschriebenen Weise mit Drücken und Reiben von oben. Die dritte Frau hält die Kreissende vom Rücken her, um zu verhindern, dass sie während der Wehe nach vorne rutscht. Dieses Trio wurde Tradition,

wir finden es oft in späteren Darstellungen. Die Hebamme sitzt (nach Soran) am besten auf einem niedrigen Schemel vor den Kreissenden und sorgt durch Zurückhalten derer linken Schenkel dafür, dass ihrer linken Hand die nötige Bewegungsfreiheit bleibt. Sie versucht, wenn die Geburt sich ihrem Ende nähert, in der Wehenpause das Kind mit dem eingeführten linken Zeigefinger anzuziehen, was aber zur Vermeidung von Rissen und anderen Schädigungen niemals während einer Wehe selbst geschehen darf. Mit der rechten Hand massiert sie die Genitalien. Der Dammschutz erfolgt mit einer Wollkompressen, die eine der seitlich stehenden Helferinnen unterlegt. Der Dammschutz wird in der Geburtshilfe der Antike zum erstenmal bei Soran erwähnt. Sein Wert besteht hauptsächlich darin, späteren Senkungen der Unterleibsorgane vorzubeugen. Die Naht etwaiger Dammrisse wird in der Antike nirgends beschrieben.

Eine Art Dammschutz war in Indien, China und Japan bekannt. Beim Durchtreten des Kopfes suchte die Hebamme den After nach vorne zu schieben. Bei den Zulus, einem der heutigen Naturvölker Südafrikas, beschränkt sich die operative Geburtshilfe auf den Dammschnitt. Gelegentlich schneidet man mit einem fast rasiermesserscharfen kurzen Schilf- oder Grashalm, manchmal auch mit einer Glasscherbe oder einem alten Messer den Damm ein. Bei den Epios im Westiran werden am Genitaltrakt keine Manipulationen oder Untersuchungen vorgenommen. Nur selten, und zwar in der Austreibungsphase, wurde die Vulva inspiziert. Es wird auch kein Dammschutz ausgeführt. Bei den 140 Frauen, welche beobachtet wurden, schien niemand unter Geburtsverletzungen zu leiden. Wenden wir uns nun der Austreibungsphase zu. Bei den Presswehen begannen die Gebärenden erst dann mit voller Kraft mitzupressen, wenn sie den Drang dazu verspürten. Dazu benützten sie die Bauchpresse so extrem, dass sie sichtlich erschöpft waren. Sie erholten sich jedoch in der Wehenpause. Gegen Ende der Geburt bezeugten die Frauen durch enorme Kraftanstrengung, dass sie fest entschlossen waren, das Kind aus dem Geburtskanal herauszupressen. Zur Austreibungsphase schreiben G. und W. Schiefenhöfel: «Die Epio-Kindergleiten auf den zumeist mit Farnblättern bedeckten, grasbewachsenen Boden, ohne von der Mutter oder einer der betreuenden Frauen berührt zu werden – ein Vorgang, dessen physiologische Natürlichkeit uns deshalb so stark beeindruckte, weil er so sehr mit der eingreifenden Geburtshilfe unserer Prägung, mit dem Fassen des kindlichen Kopfchens und der Unterstüzung der Ro-

tation der Schultern durch Hebamme und Arzt kontrastiert».

Wochenbett:

Gerade im Wochenbett zu Hause sind die Frauen besonders darauf angewiesen, dass sie sich gut bewegen können, da sie mehr auf sind als im Spital. Frauen ohne Naht, einer kleinen Verletzung oder einer medianen Episiotomie haben viel mehr Freude am Stillen. Sie können ihr Kind bequem im Sitzen oder sogar im Schneidersitz stillen. Sie haben auch seltener Depressionen, wenn sie keine Schmerzen haben. Wichtig bei der Rückbildungsgymnastik sind die Beckenbodenübungen, um einem Gebärmuttervorfall vorzubeugen.

Statistik von 140 Geburten:

| | |
|-----------------------------|----|
| Damm intakt | 50 |
| Dammriss I | 30 |
| Dammriss II | 11 |
| Labienriss | 14 |
| Vaginalriss | 4 |
| Schürfung | 10 |
| Episiotomie median | 24 |
| Vaginalriss und Dammriss I | 1 |
| Episiotomie und Vaginalriss | 1 |
| Dammriss I und Labienriss | 1 |
| Dammriss II und Labienriss | 1 |
| Dammriss II und Vaginalriss | 1 |

Temporäre Arbeitsstelle?

Adia medical stellt sich vor

Frage: An wen muss sich eine Hebamme wenden, die mit Hilfe von ADIA MEDICAL kurzfristig und vorübergehend in ihrem Beruf arbeiten möchte?

Christoph Krähenbühl: Sie kann sich an irgendeine der 37 Adia-interim-Filialen in der Schweiz wenden und zwar unabhängig davon, wo sie arbeiten möchte. In zwölf Filialen sind von einer Pflegedienstleiterin ausgebildete Adia-medical-Personalberaterinnen tätig, die überregional arbeiten. Mit einer dieser Beraterinnen wird man die Stellensuchende in Verbindung setzen, beispielsweise indem die Beraterin sie zu einem günstigen Zeitpunkt – das kann auch abends sein – anruft.

Was hat sie bei einer solchen Kontaktnahme zu erwarten und was kostet eine Vermittlung?

Die erste Frage wird lauten: Was suchen Sie, und in welcher Region möchten Sie arbeiten? Dann wird in der nächstmöglichen Filiale ein Treffen vereinbart, zu dem die Stellensuchende den Lebenslauf, Zeugnis- und Diplomkopien und ein Foto mitbringen muss. Hier wird sie zu-

nächst gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, auf dem auch zwei Referenzen anzugeben sind. Eine Dia-Show informiert sie ihrerseits über Möglichkeiten, Rechte und Pflichten der Adia-Mitarbeiter. Die Einsatzmöglichkeiten sind dann meistens sehr rasch abgeklärt – wir haben ständig mehr offene Stellen als Stellensuchende –, worauf Adia medical ein Vorstellungsgespräch zwischen der Stellensuchenden und unserem Kunden vermittelt. Für Stellensuchende sind die Adia-Leistungen völlig kostenlos.

Wohin vermitteln Sie Einsätze und wie gut kennen Sie die Arbeitgeber?

Wir vermitteln Einsätze primär in Spitälern, dann aber auch in Alters- und Pflegeheimen, in Gemeinden, unter Umständen auch in Arztpraxen und, vor allem in der Westschweiz, bei Privatpersonen. Das Angebot an Stellen ist, wie schon gesagt, grösser als die Nachfrage; wir vermitteln den Einsatz deshalb immer dorthin, wo das Bedürfnis am dringendsten ist.

Der Kundenkreis ist uns persönlich bekannt und wird von uns regelmässig besucht. Bevor wir den ersten Einsatz vermitteln, sehen wir uns den Arbeitsplatz

B.S.S.M.



«Professionell ist, dass man bei Adia selbst in meinem Beruf temporär arbeiten kann.»

Heidi Schwaiger, Zürich, ist dipl. Krankenschwester AKP und ein Adia-Profi.

Mitglied Berufsverband SVUJA.

Für Temporär- und Dauerstellen
ADIA interim
Medical

Aarau, Baden, Basel, Bern, Biel, Bülach, La-Chaux-de-Fonds, Chur, Fribourg, Genève, Lausanne, Liestal, Lugano, Luzern, Neuchâtel, Olten, Reinach, St. Gallen, Schaffhausen, Sion, Solothurn, Sursee, Thun, Vevey, Wetzikon, Wil, Winterthur, Wohlen, Zug, Zürich.