

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	- (1982)
Heft:	1
Artikel:	Die Gebärhaltung der Frau
Autor:	Kuntner, L.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930227

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: 10.02.2026

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

Die Gebärhaltung der Frau

L. Kuntner

Einleitung

Seitdem es wissenschaftlich fundierte Ansichten über den Geburtsmechanismus gibt, wird auch die Frage nach der optimalen Position der Frau während der Geburt erörtert. Darstellungen aus den einzelnen Kulturepochen und von verschiedenen Völkern und Rassen führten zur Diskussion über Stellungsmöglichkeiten bei der Geburt. Die Geburtsdarstellungen aus den Ausgrabungen von Catal Hüyük (Türkei) dürfen wohl zu den ältesten der Welt gerechnet werden. Sie stammen aus dem Neolithikum, also dem 6.-5. Jahrtausend v. Chr. Diese Skulpturen, wie auch frühe bildliche Darstellungen aus Mesopotamien, Ägypten, Indien, Griechenland und den indianischen Kulturen Alt-Mexicos zeigen, dass die vertikale Stellung bei der Geburt die übliche war – sei es die stehende, kniende, hockende oder sitzende. Diese vertikale Gebärhaltung treffen wir auch noch heute fast überall bei den Naturvölkern an.

Obwohl in der heutigen westlichen Geburtsmedizin die Rückenlage als die beste Stellung für die Gebärende angesehen wird, war sie also bei den Naturvölkern nicht üblich und auch in der Antike wurden ganz andere Körperstellungen eingenommen. Sie hingen von der Bauart und der Form des Beckens der Frauen ab; auch änderten diese ihre Haltung während der Geburt je nach der Richtung des kindlichen Kopfes im Becken. Instinkt und Erfahrung lehrten die Urvölker, dass durch Wechseln der Stellung die Geburt beschleunigt werden kann. Bei der kniend-kauernden Haltung mit Erfassen eines Seils 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 meist in einer geneigten Stellung erwartet: kniend, hockend oder halbsitzend, auf dem Stuhl oder im Schosse des Gatten oder einer Gehilfin. Zur Ausstossung der Plazenta behielt die Frau ihre Gebärstellung bei. Bei einer Verzögerung der Geburt wendeten die meisten Völker die Knie-Ellenbogenlage an. Wir finden sie schon erwähnt in den Schriften von Hippokrates, Soran, Galen und P. von Aegina; sie wurde auch von bedeutenden arabischen Geburtshelfern wie Al-Razi, Avicenna u.a. empfohlen (6).

Um sich von der Mithilfe des Mannes zu emanzipieren, entwickelte sich allmählich

die Idee eines Gebärstuhls. Er war bereits den Griechen und Römern bekannt; Hippokrates z.B. empfahl ihn bei schweren Geburten. 1547 begründete ihn der Arzt Savonarola wissenschaftlich. Im 17. und 18. Jahrhundert fand der Gebärstuhl seinen Weg von Italien nach Deutschland und Frankreich, verschwand aber dort im 19. Jahrhundert wieder. Vor der Verbreitung des Gebärstuhls wurde in Europa vorwiegend in halbsitzender Stellung geboren, seit ungefähr 120 Jahren in Rückenlage.

Auf Grund eines eingehenden Studiums der Gebärhaltungen und -stellungen darf angenommen werden, dass verschiedene Gründe die Frauen dazu veranlassten, eine geburtsfördernde Haltung einzunehmen. Einmal wurde durch die verschiedenen Stellungen die Erschlaffung der Oberschenkelmuskulatur sowie des Beckenbodens angestrebt, zudem wollte man das Zusammenspiel der zur Geburt notwendigen Muskeln nicht stören. Die Überwindung des Skelettmuskel-Abwehrreflexes, der als Reaktion auf die Geburtsschmerzen deutlich in Erscheinung tritt, muss immer wieder angestrebt werden, da die kyphotische Krümmung der Lendenwirbelsäule, die Entspannung der Adduktorenmuskeln und des Beckenbodens dem Kind den Austritt wesentlich erleichtern können. Sicherlich wollte man auch das Becken weitstellen und Becken und Lendenwirbelsäule in einheitliche Funktion bringen. Die Wirkung der Kyphosierung liegt vor allem darin, dass der Verlauf der Geburtsachse verbessert und das Tiefertreten des Kopfes erleichtert wird.

Neue Untersuchungen beweisen, dass die Veränderung der Körperstellung zur Erleichterung des Geburtsaktes beiträgt. Ich zitiere Mendez-Bauer: «Die Entbindung in Rückenlage ist geburtsmechanisch nicht unbedingt die physiologischste. Sowohl die sitzende als auch noch mehr die stehende Position der Mutter beschleunigen und erleichtern die Eröffnungsphase. Beim Wechsel aus liegender in sitzende oder stehende Position nimmt die Wehenfrequenz zwar ab, die kontraktile Effizienz des Uterus jedoch verdoppelt sich. Im Stehen erreichten die Wehen eine Intensität von 30 bis maximal 100 mmHg, im Liegen dagegen nur durchschnittlich 30 mmHg. Alle Gebärenden gaben außerdem an, die Wehen im Stehen bzw. beim Umherlaufen und im Sitzen weniger schmerhaft zu empfinden.»

Verschiedenen Fragen zur Klärung der physiologischsten Gebärhaltung ist der argentinische Geburtshelfer *Perrusi* (Buenos Aires) bereits um 1950 nachgegangen. *Perrusi* glaubt an Hand einer 8jährigen, gemeinsam mit Anatomen, Röntgenologen, Physiologen und Ethnologen durchgeführten Studie über den Geburtsmechanismus bei vertikaler Geburt die Schlussfolgerungen ziehen zu können, dass die jetzt übliche liegende Stellung der Gebärenden «die normale funktionelle Dynamik umstößt, die jeglichen physiologischen Vorgang sonst harmonisiert» (vgl. 10). Er stellte zudem fest, dass in der vertikalen Haltung der sakro-posturale Kreuzbein-Rückenschmerz in der Eröffnungsperiode wesentliche nachlässt. Diese Erfahrung wurde von anderen Autoren und auch von mir an Hand von Geburtsberichten bestätigt.

Weiter beschreibt *Perrusi* die Wichtigkeit der möglichst langen Erhaltung der vorangehenden Fruchtsackblase zu reflexlosen Enthaltung des Halskanals, die nur durch die vertikale Entbindungsmethode einigermassen gewährleistet werden könne. *Geiger* wirft die Frage auf, ob auf diesem Prinzip die relative Schmerzlosigkeit und das Fehlen spastischer Hemmungsfaktoren beruhe, die er bei Gebärenden in sitzender Position beobachtete. Diese benötigten u.a. weniger Spasmolytika. Diese Beobachtung wird auch bei Anwendung anderer sogenannter reflexhemmenden Stellungen – wie die kauernden und der Knie-Ellenbogenlage gemacht.

In neuester Zeit wurde ein Teil dieser Fragen durch die Untersuchungen des schwedischen Geburtshelfers *Ehrstrom* abgeklärt; die Beobachtungen und Annahmen von *Perrusi* konnten bestätigt werden. Wir kommen weiter unten, bei den Ausführungen über den Gebärstuhl, darauf zurück.

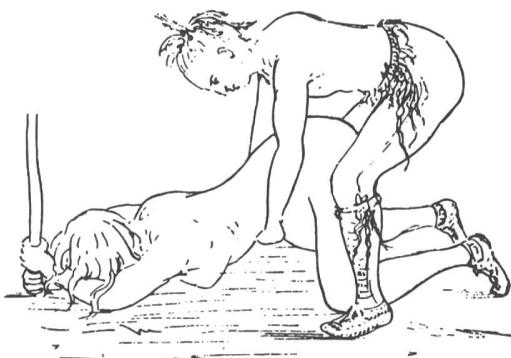
Weitere Vorteile der vertikalen und Nachteile der horizontalen Gebärhaltung wurden in der Literatur oft erörtert. Von besonderer Bedeutung scheinen mir in diesem Zusammenhang bisher eher vernachlässigte Faktoren zu sein, nämlich Atmung und Motorik, denen die folgenden Abschnitte gewidmet sind.

Körperstellung und Atemform

Auf Grund biomechanischer Beobachtungsweisen begreifen wir das Zustandekommen einer Atemform und das natürliche Zusammenwirken der verschiedenen Komponenten Muskelkraft – elastische Kraft – Schwerkraft. Von der Krankengymnastik her wissen wir, dass der Organismus



Gebärstellung der Japanerin



Kuenai-Frau; Knie-Gesichtslage, der Beistand rittlings



Halb liegende Haltung im Schosse des Gatten (Ohio)



Gebärstellung der Perserin

immer bestrebt ist, erhöhte Atemarbeit zu mindern und dass der Patient immer Körperstellungen sucht, die ihn leichter atmen lassen. Das der Grundtonus der Atemmuskeln in die Regulation der gesamten Skelettmuskulatur eingeschaltet ist, können sich Änderungen und Disregulationen des Muskeltonus auf den Atemvorgang übertragen und die Atemform modulieren.

Bei der Geburt ist zu beobachten, dass sich die Form der Atembewegungen bei Änderung der Stellung oder Haltung entsprechend der funktionell-anatomischen Gegebenheiten verändert. Dank der Kenntnis der mechanischen Bedingungen in den verschiedenen Körperstellungen können wir beurteilen, welche Vorteile Lageveränderungen während der Geburt mit sich bringen.

Bekanntlich ist die horizontale Körperlage bei normalen Personen hinsichtlich Lungenreserven die schlechteste Position. Beim Sitzen und im Stehen verbessern sich die Lungenvolumina um etwa 10%, d.h. Vitalkapazität und Atemreserven werden größer. Eine Verbesserung der Vitalkapazität gerade bei komprimierten Lungen durch ein hochgestelltes Zwerchfell bedeutet u.U. eine entscheidende Hilfe. Ferner ist auch das gesamte intrathorakale Gasvolumen im Stehen und Sitzen höher als im Liegen, was in praxi bedeutet, dass Alveolen, Bronchiolen und Bronchien weniger zum Kollaps neigen. Abdominelle Prozesse wie auch Schwangerschaften neigen aber besonders zu Atelektasen durch die verminderte Zwerchfellbeweglichkeit; dadurch kann es wiederum zu einer Verminderung der Atemfunktion kommen.

Atemerleichterungen während der Eröffnungswehen in den erwähnten Stellungen (besonders Knie-Ellenbogen- oder Fersensitz-Ellenbogenlage, auch Reit- und Kutschersitz) wurden von gebärenden Frauen bestätigt und diese Lagen daher fast bis zu vollständigen Eröffnung bevorzugt. In Kopftieflage muss das erforderliche Atemminutenvolumen fast ausschliesslich vom Zwerchfell geleistet werden, dessen Exkursionen sich voll auf die Verschiebung der Bauchorgane und damit auf die vordere Bauchwand übertragen. Bei der Zwerchfellkontraktion erhöht sich der intraabdominelle Druck.

Wird im Sitzen der Thorax mit Schultergurtelgewicht entlastet (durch Ablegen des Kopfes und der Arme), so kommt die Atemhilfsmuskulatur besser zum Einsatz, das Zwerchfell arbeitet unter erleichterten Bedingungen, d.h., zur Inspiration genügt eine mässige Kraft und die Bauchmuskula-

tur setzt sich unter erhöhten Ventilationsbedingungen ein.

Dem richtigen Verhalten in der Wehenpause messen wir grosse Bedeutung zu. Die Gebärende wird angehalten, ruhig und gleichmässig zu atmen und sich zu entspannen. Dadurch wird eine möglichst rasche Erholung erzielt, gleichzeitig eine Leistungssteigerung erreicht und die Sauerstoffversorgung des Kindes verbessert. Da im Sitzen die Rippen aus ihrer Ausatemstellung heraus grössere Bewegungsmöglichkeiten zur Hebung haben als im Liegen, werden die Atembewegungen auch in der Wehenpause erleichtert und können das erforderliche Atemminutenvolumen besser leisten. Für die Motorik wird die Atmung bei anstrengender Willküraktion mit vermehrtem Sauerstoffbedürfnis aktiviert.

Die Beziehung zwischen Körperstellung und Atemform könnte möglicherweise mithelfen, die ethnologischen Erkenntnisse über die Körperstellung der Frau während der Geburt und die in einzelnen Kliniken mit verschiedenen Stellungen und Lagen erreichten Erfolge zu erklären.

Atembewegungen in der Austreibungsphase

In vertikalen Positionen könnte, was die Atmung betrifft, auch das traditionelle Pressen geändert werden. Bei der üblichen Presstechnik, also Aufforderung zur maximalen Inspiration und zum Anhalten der Luft, sind soviele Atemmuskeln beteiligt, dass es oft schwierig zu sein scheint, zum Beckenausgang ausdauernd und gezielt zu pressen. Die Aufforderung zur tiefen Inspiration beim Beginn einer Presswehe ist ein Störfaktor im Atemmechanismus und sollte daher unterlassen werden. Mein Vorschlag geht dahin, bei der Presswehe das tief Luftholen zu vermeiden und dafür während des Pressens die vorhandene Luft gebremst auszuatmen (Expirationsbremse: leises, nicht forciertes Blasen durch die Lippen). Der expiratorische Druckabfall im gesamten Tracheo-Bronchialsystem 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 kommt.

Diese Technik befähigt zu grösserer Ausdauer: die Atemwege werden möglichst lange weitgehalten. Die Expirationsbremse führt zudem zu einer nachfolgenden verstärkten reflektorischen Einatmung.

Bekanntlich wird in den vertikalen Positionen durch Anspannen der Bauchmuskeln während der Ausatmung der intraabdominelle Druck erhöht und das Zwerchfell expiratorisch in den Brustraum vorgeschoben. Es mag in diesem Zusammenhang interessieren, dass die Hippokratiker, um die Bauchpresse in Tätigkeit zu setzen, in eine Flasche blasen oder bei zugeklemmter Nase ausatmen liessen. Wer Gelegenheit hatte, den hervorragenden Film «Die Geburt im Knie bei den Zulus» (Institut für den wissenschaftlichen Film, Göttingen; Aufnahmeleitung Prof. Uhlig, Kiel) zu sehen, erinnert sich, dass das Ausstossen der Plazenta durch Blasen in eine Flasche – früher eine Kalebasse – erfolgte. Im Verlaufe der Nachgeburtspause nahm die Gebärende die gleiche kniende Stellung ein wie bei der Geburt. Im übrigen darf an Hand von filmischen Aufzeichnungen der Geburt bei verschiedenen Naturvölkern festgehalten werden, dass die bei uns übliche Presstechnik nicht angewendet, sondern dass spontan gepresst wird.

Diese geänderte Art des Pressens ist noch wenig erprobt, immerhin wurde sie im vergangenen Jahr von etwa 50 Frauen erfolgreich angewendet. Prof. Mendez-Bauer orientierte mich, dass Prof. Caldeyros-Barcia (Montevideo) experimentell versucht, neben dem traditionellen, dem sog. «Hebammenpressen», die Frauen spontan pressen zu lassen und dass er dabei die Expirationsbremse anwendet. Seine Beobachtungen bestätigen unsere Annahme, dass dadurch die Austreibungsphase erleichtert werden könnte.

Die traditionelle Art des Pressens ist sehr alt: sie wurde schon von Soran (um 100 n. Chr.) in seinem Hebammenbuch beschrieben. Es ist daher verständlich, dass es für Hebammen und Ärzte ein Umdenken bedeuten wird, die neue vorgeschlagene Presstechnik anzuwenden.

Sensomotorische Aspekte

Beim Geburtsvorgang ist Haltung und Bewegung wie bei jeder motorischen Leistung eng koordiniert und beides wird durch Sinnesmeldungen kontrolliert und gesteuert. Hess bezeichnet die Haltung als «Handlungsbereitschaft und Ausgangsstellung für aktive Bewegungen des wachen Organismus». Die Grundhaltung ist bei jedem Bewegungsablauf von entscheidender Bedeutung. Mit ihrer Muskeltonisierung ist sie notwendiger Unterbau und «aktive Stabilisierung eines dynamischen Gleichgewichts.» Die Stützinnervation ist nach Hess eine notwendige Vorbedingung jeder Bewegung,

geht ihr voran und bleibt mit ihr bis zum Abschluss koordiniert. Anders ausgedrückt: die Stützmotorik ist für die Gesamtheit der Bewegungsabläufe eine unabdingbare Voraussetzung.

Es scheint mir wichtig, den Geburtsvorgang und das Verhalten der gebärenden Frau wie andere sensomotorische Leistungen zu betrachten. Dann wird nämlich klar, dass bei der heute üblichen passiven Geburtshaltung in Rückenlage die aktive Steuerung und Kontrolle des Bewegungsvorgangs beeinträchtigt werden. Passives Liegen ist keine echte sensomotorische Haltung; die aktive Haltung ist vielmehr dadurch gekennzeichnet, dass der Kopf nach oben und die Augen nach vorne blickend gerichtet sind. Durch diese Kopfhaltung wird auch der vom Labyrinth beeinflusste Streckmuskeltonus verstärkt. Der Mensch verliert in Rückenlage den Muskeltonus der aufrechten Haltung; er wird passiver und hilfloser. Vereinfacht ausgedrückt brauchen die normalen Bewegungskoordinationen die aufrechte Körperhaltung und einen Grundtonus der Muskulatur. Auch beim Geburtsvorgang kann die aktive Austreibungsperiode durch Kopfanheben der liegenden Kreisenden verstärkt werden, obwohl die Wehentätigkeit des Uterus und seiner glatten Muskulatur von der zentral gesteuerten Skelettmuskelaktion sehr verschieden ist.

Von Siebold schrieb 1845 in seinem Werk «Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe»: Die einfachen Helfer, welche gewiss als die ältesten dem gebärenden Weibe und ihrer Leibesfrucht erzeugt wurden, beschränken sich zuvörderst auf eine der Gebärenden gegebene Lage, welche ihr Halt- und Stützpunkte während der Geburtschmerzen selbst gewähren kann. Zu einem bequemen Lager fordert die Natur selbst auf, indem das Weib während der Geburtschmerzen sich einen festen Punkt sucht, gegen welchen es sich anstemmen kann.»

Es wäre wichtig, zu wissen, welche Rolle Trieb- und Instinkthandlungen beim Geburtsgeschehen, spielen. Im Gegensatz zu Reflexen, die nur durch äussere Sinnesreize ausgelöst werden, entstehen biologisch bedeutsame Instinktbewegungen nach Lorenz triebartig «spontan» im Organismus selber nach Bedürfnissen oder hormonellen Aktivierungen. Triebe, Instinkte und Willensentschlüsse können allgemein als innere Bewegungsmotivationen zusammengefasst werden, die auch, wie der Geburtsvorgang, hormonell angeregt und sekundär auf äussere Ziele gerichtet sein können. Henatsch bezeichnet sie als «Selbstbewegung».

Dieser Begriff umfasst neben einigen unwillkürlichen Koordinationen auch die Willkürbewegungen. In der Verhaltensforschung ist willkürliches, automatisches und reflektorisches Handeln nicht schematisch zu trennen. *Jung* drückt dies wie folgt aus: «Bei der psychologischen und biologischen Betrachtung der Motorik muss man auch Zweck und Sinn des Handelns berücksichtigen und mit Trieb und Wille auch das Bewusstsein. Dies gilt auch für den Geburtsvorgang.»

Gebärende haben heute in Kliniken selten die Möglichkeit, die ihr persönlich angenehme, oder durch nationale Eigenart und Gewohnheit bestimmte Gebährhaltung zu wählen: sie werden liegend entbunden. Dass sich Frauen einen Instinkt für ihre individuelle Körperstellung bei der Geburt bewahrt haben, zeigen Vietnamesinnen, Kambodschanerinnen und Inderinnen bei Geburten im westlichen Ausland. Ihr Verhalten in der Austreibungsphase ist unterschiedlich, sie gebären aber nicht in Rückenlage.

Nach alter Tradition fällt der wesentliche Anteil an der mechanischen Geburtsförderung der Gebärenden selbst zu und wird durch ihr Verhalten in allen Phasen der Geburt bestimmt. Die Möglichkeit zu wehengerechtem Verhalten steht aber heute in krassem Gegensatz zum gezwungenermassen passiven Verhalten der Gebärenden infolge langer und dauernder kardiotokographischer Überwachung, insbesondere bei der programmierten Geburt. Die Störung und Verhinderung sinnvoller motorischer Abläufe bedeutet während der Geburtsarbeit erwiesenermassen eine erhebliche psychische Belastung und kann dadurch zu einer Erhöhung der Geburtsschmerzen beitragen. Nach *Langen* entstehen zwischen dem Verhalten und der Analgesie sich günstig auswirkende Wechselbeziehungen. Diszipliniertes Verhalten kann Analgesie bewirken, wenn auch nur durch die Möglichkeit zum Durchführen schmerzbefreiender Übungen (2). Die Mobilität der Frau und die ihr zugesagenden Lage- und Stellungsänderungen können zu wünschenswerten Erleichterung und Beschleunigung des Geburtsvorganges führen, was mit Vorteilen für Mutter und Kind verbunden ist.

Vertikale Entbindung im Gebärstuhl

In den letzten Jahren wurde von verschiedenen Seiten die Wiederverwendung des Gebärstuhls angestrebt. Der Erfolg der Bemühungen um seine Wiedereinführung zeichnet sich allerdings nur langsam ab. Die

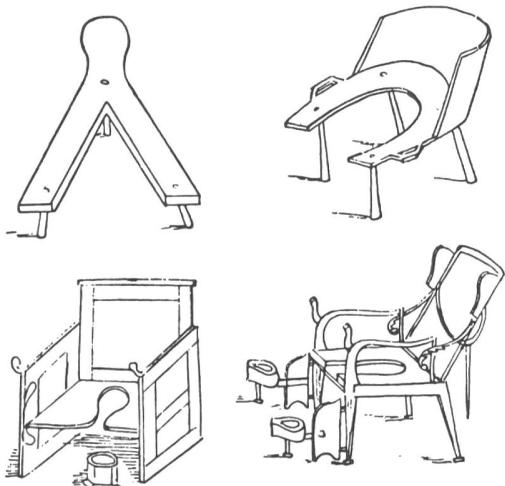
Gründe dafür mögen vor allem daran liegen, dass Gebärstühle schon lange nicht mehr zur Ausstattung von Geburtshelfern und Hebammen gehören, sondern höchstens noch Museumsstücke sind.

Die Gebärstühle, die ein Lebensalter lang von Haus zu Haus getragen wurden und aus Konstruktionsgründen (Holz) nicht leicht zu reinigen waren, hat man mit Recht aus sanitären Rücksichten abgeschafft. Leider hat man mit Ihrer Abschaffung aber die Vorteile vergessen, die die vertikale Haltung der Gebärenden bringt.

Die Abschaffung des Gebärstuhls mag unter anderem stark beeinflusst worden sein vom französischen Geburtshelfer *Mauriceau* (1637-1709). Dieser zog die Geburt im Bett aus folgenden Gründen vor: «Pour éviter l'incommodité et l'embarras de les y transporter après.» (20). Es war also die Bequemlichkeit des Arztes, die Frau nach der Geburt vom Gebärstuhl nicht ins Bett tragen zu müssen. Diese Bemühungen um die gebärende Frau war bereits in der Antike üblich und wurde z.B. von *Soran* eingehend beschrieben.

Bereits 1898 wiederum setzte sich der bekannte Geburtshelfer *Ahlfeld* in Marburg für die halbsitzende Stellung wie auch für die Wiedereinführung des Gebärstuhls ein. Er empfahl ihn für komplizierte Situationen unter der Geburt wie auch zur Abkürzung der Austreibungsphase. *Ahlfeld* schrieb dazu: «Die Anwendung eines Gebärstuhls ist angezeigt, wenn der Kopf den Beckenboden erreicht hat und die lange Dauer der Geburt oder die Ermüdung der Gebärenden eine Abkürzung dieser Austreibungsperiode wünschenswert machen – Verhältnisse, die den Arzt häufig kurzer Hand zu Zange greifen lassen.» (1). *Ahlfeld* beobachtete u.a. auch, dass der kindliche Kopf bei vertikaler Stellung der Gebärenden in der Wehenpause nicht wieder zurückrutscht; gleiches bewies auch *Perrusi*.

Bei der Wiedereinführung der vertikalen Stellung ging es *Ahlfeld* vor allem um die Funktion der Bauchpresse, der man eine bedeutende Rolle aus geburtserleichternder und verkürzender Faktor in der Austreibungsphase zusmisst. 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 Rumpfpressbewegungen in der vertikalen



Entwicklung des Gebärstuhls (Goodell):
Savonarola 1547, Eucharius Rhodius 1544, Deventer
1701, Stein 1805

Gebärhaltung zutrifft. Zahlreiche Beobachtungen zeigen, dass die Frau während der Austreibungsphase kauernde, «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 Fixierung (Stabilisation) beitragen. Schliesslich darf angenommen werden, dass bei vertikaler Stellung – Kauern, Knie oder Sitzen im modernen Gebärstuhl – durch die physiologisch richtige Beinhaltung die Schamfuge durch die Mitarbeit der Adduktoren maximal auseinandergehalten wird.

Wie bereits erwähnt, wird die Wiederverwendung des Gebärstuhls angestrebt. Die schwedische Firma *Lic* entwickelte ein Kombinationsentbindungsbett. Dieses Bett wurde auf Initiative des schwedischen Geburtshelfers *Ehrstroem* von ihm und anderen als Gebärstuhl eingesetzt. Er bedurfte allerdings noch einiger wichtiger Verbesserungen, die auf Grund von Anregungen der Autorin und *Ehrstroem* im Sinne der in dieser Arbeit geschilderten Bedürfnisse von der Firma vorgenommen wurde.

Die Verarbeitung der Presswehen in sitzender Haltung, wie sie der *Ehrstroemsche Gebärstuhl* ermöglicht, erfolgt bei voller Verfügbarkeit der Stützmotorik des Körpers; die Haltung wird auch dem grossen Kraftaufwand – dem Einsatz der Rumpfmuskelatur und der Bauchpresse – gerecht.

Wir zitieren in diesem Zusammenhang aus einer privaten Mitteilung *Ehrstroems* (5): «1972 und 1973 studierte ich diese Methode (Geburt in sitzender Haltung) im *Söder-Spital* in Stockholm. 40 Frauen gebaren in aufrechter Haltung, indem ein modernes Entbindungsbett in einen Gebärstuhl verwandelt wurde durch Aufstellen des Rückenteils um 70° gegen die Horizontale. In dieser Stellung hat der Geburtskanal eine vertikale Richtung und das Gewicht des Fötus unterstützt die Uteruskontraktion. Die folgenden Ergebnisse wurden registriert: die Geburtszeit verkürzte sich bei Primiparae um rund 1½, bei Multiparae um 1 Stunde. Die Fähigkeit zu pressen, zu atmen und die Bauchpresse einzusetzen war in aufrechter Haltung grösser. Der Beckenausgang erweiterte sich in der Sagittalrichtung um 0,5–1,5 cm, was auf Rotation und Zug in den iliosakralen Bändern zurückzuführen war – eine Vermutung, die durch Röntgenuntersuchung bestätigt wurde. Durch den erweiterten Beckenausgang konnte einige Male ein Kaiserschnitt vermieden werden.»

Hinzuzufügen ist, dass die gebärende Frau die aktive Kontrollmöglichkeit durch ihre Sinnesorgane hat; der Bewegungsablauf ist physiologisch und psychologisch richtig. Die Frau kann zudem ihr Kind sofort sehen und beobachten, was mit ihm geschieht.

Es ist zu wünschen, dass sich Fachleute, insbesondere Geburtshelfer mit dem vorhandenen Material über das natürliche Verhalten der Frau während der Geburt auseinandersetzen. Dadurch könnten der Geburshilfe neue Impulse verliehen werden.

Die Autorin hatte kürzlich (Frühling 1981) Gelegenheit, anlässlich eines Studienaufenthaltes in Ceylon Erfahrungen über die dort üblichen Stellungen bei der Geburt zu sammeln. Die heute noch üblichen Gebärstellungen bei den Tamilen im Hochland von Ceylon, in abgelegenen, fast unzugänglichen Teeplantagen sind: Kniend, von hinten gestützt. Während der Austreibungsphase findet Druck und Massage auf die Lendengegend und den Bauch statt. Weiter aufrecht sitzend auf einem kleinen Holzschemel, Oberkörper an die Wand gelehnt. Der Frau werden die Stellungen vor der Geburt demonstriert und erklärt. Eine be-

freundete Hebamme im Hochland von Ceylon, eine intelligente und erfahrene, aber des Lesens und Schreibens unkundige Frau, wendet bei Steisslage – wie zu Hippokrates Zeiten – die Knieellenbogenlage mit Erfolg an.

Leider wird die Möglichkeit, das traditionelle Verhalten bei der Geburt zu beobachten und Informationen zu sammeln, auch in diesem Land rasch abnehmen. Vermehrt werden auf Empfehlung der Gesundheitsfürsorge des Landes staatliche Einrichtungen, wie das «Dispensary» und das «Rural-Hospital» zur Geburt aufgesucht, und das in allen Gegenden. Durch die Betreuung von Ärzten und Hebammen mit westlicher, schulmedizinischer Ausbildung erfolgt dort die Geburt ausnahmslos in flacher Rückenlage.

Da heute den medizinischen Kenntnissen und dem Vorgehen in der traditionellen Heilkunst, sei es von traditionellen oder primitiven Kulturen, vermehrt Beachtung geschenkt wird, sei kurz auf einige Zielvorstellungen der Ethnomedizin aufmerksam gemacht. Der Dialog zwischen Ethnologie und Medizin, ein interkultureller Vergleich, soll auf sinnvolle Praktiken der traditionellen Geburtshilfe aufmerksam machen und auf die Möglichkeit ihrer Anwendung in der modernen Geburtsmedizin hinweisen. Mit dem Erkennen sinnvoller volkstümlicher Elemente in der traditionellen Medizin und Geburtshilfe verschiedener Ethnien könnte kulturelles Erbe im medizinischen Bereich bewahrt werden.

Zusammenfassung

Medizin-historische und ethnologische Studien, Skulpturen aus der Prähistorie sowie frühe bildliche Darstellungen der Geburt aus verschiedenen Ländern beweisen, dass durch Tausende von Jahren die vertikale Körperhaltung bei der Geburt üblich war. Noch heute gebären verschiedene Naturvölker in kauernder, kniender und sitzender Stellung. Auf Grund neuer Untersuchungen ist bekannt, dass die Veränderung der Körperstellung zur Erleichterung der Geburt beiträgt. Neben den bekannten medizinischen Vorteilen der vertikalen Haltung wird die physiologische Wirkung auf Atmung und Motorik und den gesamten sensomotorischen Prozess bei der Geburt beschrieben. Neben einer neuen Atemform in der Austreibungsphase wird auch das Problem der optimalen Gebärhaltung, insbesondere die Wiedereinführung des Gebärstuhls zur Diskussion gestellt.

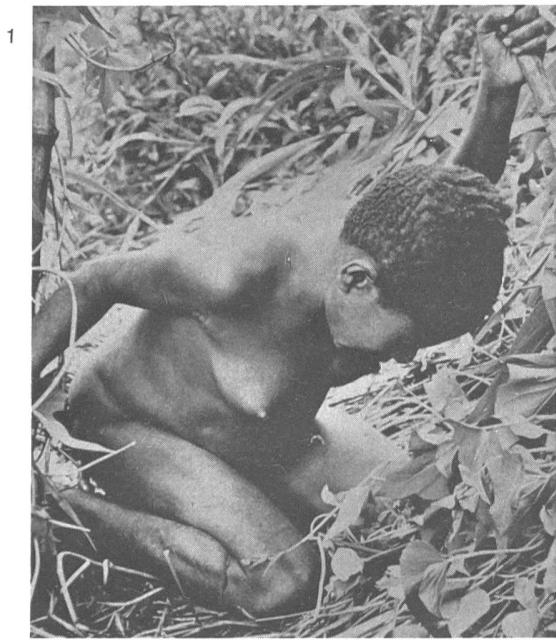
Literatur

- AHLFELD, F.: Lehrbuch der Geburtshilfe. Grunow, Leipzig 1898.
- CHERTOK, L. u. D. LANGEN: Psychosomatik der Geburtshilfe, Hippokrates, Stuttgart 1968.
- DUNN, P.: Obstetric Delivery To-day: For Better or For Worse. Lancet 1976/1, 790-793.
- EHRENBERG, H.: Zur Beurteilung der Atemform in verschiedenen Übungspositionen. Krankengymnastik 18, 329-335 (1976).
- EHRSTROEM, Chr.: Persönl. Mitteilung 1978.
- ENGELMANN, G.J.: Die Geburt bei den Urvölkern. Wien 1884.
- FATZER, S.: Persönl. Mitteilung 1980.
- FLYNN, A.: Mobiler Tokograph erprobt. Medical Tribune 20 (1977). S. a. Brit. med. J. 6040 (1976).
- GAUER, O. H., K. KRAMER u. R. JUNG: Physiologie des Menschen, Bd. 14. Sensomotorik. Urban & Schwarzenberg, München 1976.
- GEIGER, H.: Über die vertikale Entbindungsweise mittels Gebärstuhl. Zbl. Gynäk. 88, 229-230 (1966).
- HESS, W. R.: Psychologie in biologischer Sicht, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart 1968.
- JUNG, R.: Persönl. Mitteilung 1979.
- KELLER, R.: Persönl. Mitteilung 1977.
- KIRCHHOFF, H.: Gebärhaltung der Frau. Von der Prähistorie bis auf den heutigen Tag. gynäkol. prax. 3, 203-223 (1979).
- KUNTNER, L.: Über die Lage und Stellung der Frau während der Geburt bei verschiedenen Völkern und mögliche Anwendungen in der modernen Geburtsmedizin. Krankengymnastik 30, 51-64 (1978).
- LORENZ, K.: Über tierisches und menschliches Verhalten. Piper, München 1969.
- MENDEZ-BAUER, C.: Kongressbericht des 5. Europäischen Kongresses für perinatale Medizin, Uppsala 1976.
- PERRUSI, F.: Die vertikale Entbindungsweise. Sem. méd. 20, 829 (1964).
- RUMBERGER, E.: Zur Regulation der Atmung. Krankengymnastik 23, 170-175 (1971).
- SIEBOLD, F. v.: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe, 2 Bde. Enslin, Berlin 1839/45.

Ich danke den Herren Priv.-Doz. Dr. Ch. Ehrstroem (Stockholm), P.D. Dr. R. Keller (aaraus), Prof. Dr. C. Mendez-Bauer (Chicago) für ihre persönlichen, für meine Arbeit wichtigen fachlichen Mitteilungen und insbesondere Herrn Prof. R. Jung (Freiburg/Br.) für die Beurteilung des Abschnitts «Sensomotorische Aspekte» und für viele wertvolle Ratschläge. Für die Zurverfügungstellung des Bildmaterials danke ich Dr. Grete und W. Schiefenhövel (Seewiesen), Dr. Ursula und G. Konrad (Homburg), Prof. H. Uhlig (Kiel) und dem Institut für den wissenschaftlichen Film (Göttingen).

Mit freundlicher Genehmigung der Schriftleitung und des Verlages entnommen der Zeitschrift Gynaecologische Praxis 5, 17-28 (1981) Hans Marseille Verlag München.

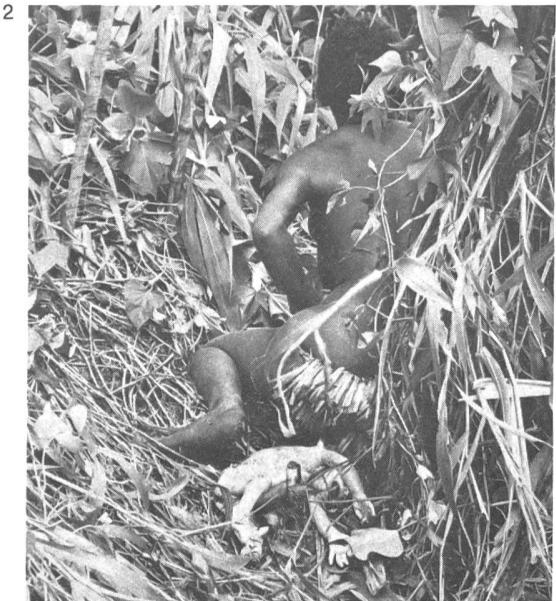
Anschrift der Autorin: Liselotte Kuntner
Dipl. Physiotherapeutin
Kornweg 6
CH-5023 Küttingen / Aarau



1 Fotos aus dem Film: Perinatalzeit einer Erstgebärenden. Birme/Irian Jaya, WestNeuguinea 1975 (Dr. U. u. G. Konrad, Homburg)

Austreibungsphase: wehengerechtes Verhalten der Gebärenden, sie presst zu den Wehen

2 Austreibung der Nachgeburt: Anreiben der Nachwehen mit Druckübung vergleichbar dem *Baerschen Handgriff* in der Schulmedizin. Während dieser Zeit (die Plazenta wird etwa 15 Min. nach dem Kind geboren), bleibt die Gebärende in Hockstellung



3 Geburt bei den Eipo 1975

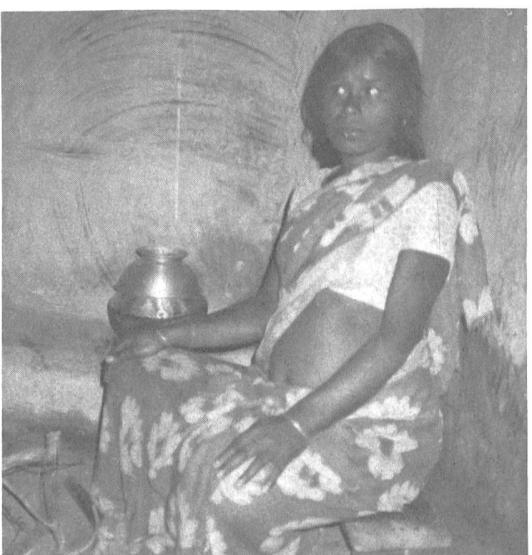
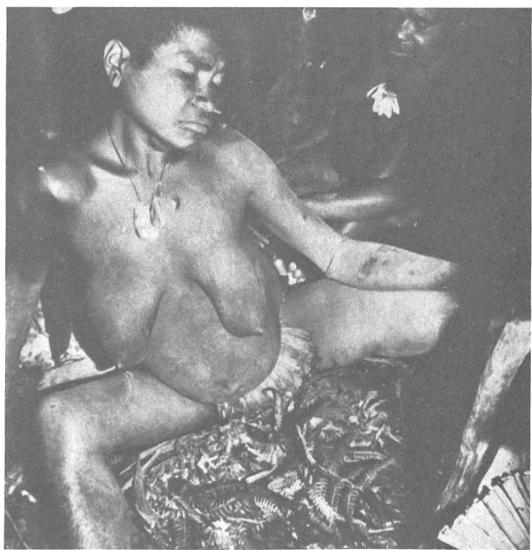
Durch die Ausnutzung eines Hanges kann die auf ihm liegende Gebärende eine Körperneigung von ca. 45° aufweisen. Ausschnitt aus einem Film von Dr. G. und W. Schiefenhövel, Seewiesen. Aufgenommen im Hochland von Irian-Jaya (Indonesisch-Neuguinea).

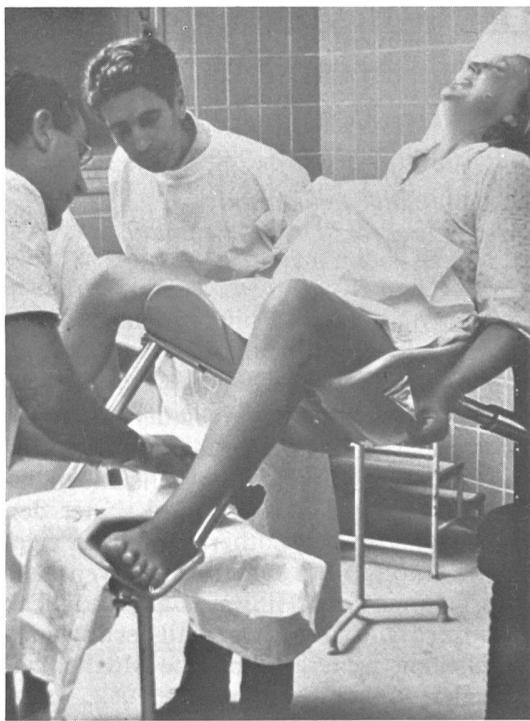
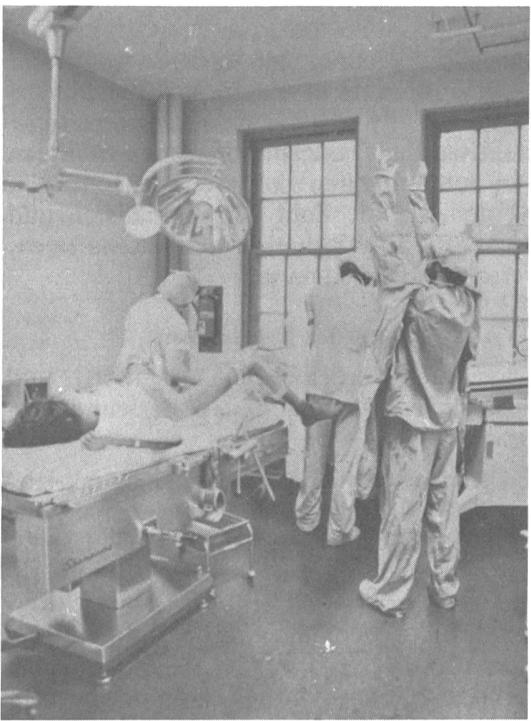
4 Fotos aus dem Film: Geburt im Knie. Zulu, Südafrika

5 1975. Prof. Dr. H. Uhlig, Kiel, zur Verfügung gestellt vom IWF (Institut für den wissenschaftlichen Film, Göttingen)

6 Geburt bei den Tamilen im Hochland von Ceylon

Sitzend auf einem Schemel.
(Foto: L. Kuntner, Küttigen)





9

7 Klinikentbindung in flacher Rückenlage
Wird in der Geburtshilfe der westlichen Schulmedizin
immer noch als richtig betrachtet.

8 Die sitzende Geburt im modernen Gebärstuhl; 1973
(Foto: Dr. Chr. Ehrstroem, Stockholm)

9 Sitzende Geburt im modernen Gebärstuhl der
10 amerikanischen Firma Century (1976)
(Bild: Prof. Valenti, Klinik Villa Bianca, Rom)



10

