

Der Vierfüßlerstand - eine optimale Gebärhaltung bei Beckenendlage

Dr. med. Michael Krause, Nürnberg

Bis vor kurzem war es üblich, die Ausbildung der manuellen Techniken bei einer Beckenendlage am geburtshilflichen Phantom in simulierter Rückenlage durchzuführen und eine vaginale BEL-Geburt in Rückenlage zu beenden.

„Neuere“ – aber eigentlich alte – Erfahrungen zeigen jedoch, dass eine vaginale Beckenendlagegeburt aus dem Vierfüßlerstand einige Vorteile für das Kind, die Gebärende und das geburtshilfliche Team bringt.

Heute wird einer Schwangeren mit Beckenendlage (BEL) von ärztlicher Seite fast ausschließlich eine Sectio caesarea empfohlen. Obwohl wissenschaftlich der angenommene Vorteil der operativen Entbindung hinsichtlich der kindlichen Entwicklung gegenüber einer vaginalen Entbindung widerlegt wurde, wird dennoch hauptsächlich dieser Geburtsmodus empfohlen. Die benötigte Erfahrung für die Leitung einer vaginalen Geburt aus BEL nimmt daher ständig weiter ab.

Es zeigt sich aber auch eine gegenläufige Bewegung: Nicht alle Geburtshelfer schließen sich diesem Sectio-Trend an. Es gibt eine Reihe von Kliniken in Deutschland, die nach wie vor – nach entsprechender Risikoselektion und Aufklärung der Schwangeren – eine vaginale Geburt bei BEL zulassen.

Auch in den neuen Empfehlungen der ACOG (American Collage of Obstetrics and Gynecology) vom Juli 2006 wird festgestellt, dass die Entscheidung zum Geburtsmodus bei BEL viel mehr von der Expertise des Geburtshelfers abhängt. Die ärztliche Empfehlung zur Sectio caesarea bei einer Beckenendlage rührt von der fehlenden Erfahrung der meisten Geburtshelfer her. Inhaltlich ähnliche EBM-basierte Empfehlungen sprach das RCOG (Royal Collage of Obstetrics and Gynecology) Ende 2006 aus.

Geschichtliche Aspekte

Die Geschichte der vertikalen Gebärhaltung (Hock- oder Sitzstellung, Vierfüßlerstand) reicht bis in prähistorische Zeiten zurück. Bereits vor mehr als 30.000 Jahren gebaren Frauen in vertikaler Position, was sich durch bildliche und plastische Darstellungen nachweisen lässt.

Diese archaische Gebärform in aufrechter Position zieht sich wie ein roter Faden bis in die unmittelbare heutige Zeit. Aus Überlieferungen, aus Erfahrungen traditioneller Kulturen der heutigen Zeit als auch aus aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der modernen Perinatal- und Geburtsmedizin wissen wir, dass vertikale Gebärpositionen eine optimalere Gebärhaltung darstellt als die Rückenlage. Diese Aussage gilt nicht ausschließlich für Schädellagen, sondern auch für eine Geburt aus Beckenendlage.

Unter dem sich verstärkenden Einfluss der ärztlichen (männlichen) Geburtshilfe vor ca. 200 bis 300 Jahren wurde die vertikale Gebärhaltung zunehmend durch die horizontale verdrängt. Die Geburt im Liegen bzw. in Rückenlage ist demnach eine ärztliche Erfindung! Sie ermöglicht eine bessere Übersicht des Geburtshelfers bei der

Geburt bzw. bei operativen Eingriffen, ohne dabei die Belange der Gebärenden zu berücksichtigen. Andererseits erscheint es, dass durch die Einnahme der Rückenlage als Gebärhaltung oder die damit im Zusammenhang stehende Immobilisation der Gebärenden der Anteil an Lage- und Einstellungsanomalien zunimmt und damit die Rate an vaginal- und abdominal-operativen Entbindungen ansteigt.

Meiner Erfahrung nach führt gerade die Immobilisation der Gebärenden im Gebärbett, insbesondere am Ende der Eröffnungsperiode bzw. in der frühen Austreibungsperiode, zu Haltungs- und Einstellungsanomalien. Aus diesem Grund sollte die Rückenlage als Gebärposition vermieden werden.

Ich gehe davon aus, dass vor der „ärztlichen Ära der Geburtshilfe“ eine Geburt aus BEL nicht in Rückenlage bzw. im Liegen vonstatten ging. Der dynamische Prozess des Geburtsvorganges legt es nahe, dass das Zusammenspiel zwischen vertikaler Gebärposition, Wehentätigkeit, mütterlichem Becken und kindlichen Rotations- und Flexionsbewegungen während der Beckenpassage – im Sinne des physikalischen Gesetzes des geringsten Widerstandes – als ein optimierter Prozess aufgefasst werden kann. Daher stellte ich mir vor einigen Jahren folgende Frage: Warum sollte der Geburtshelfer bei der vaginalen BEL-Geburt in Rückenlage das Kind gegen die Schwerkraft heben und um die Symphyse herum entwickeln, wenn sich das Kind bei der Geburt aus dem Vierfüßlerstand oder aus einer vertikalen Position „wie von selbst“ entwickelt?

Ein Blick in das Archiv deutschsprachiger Publikationen zu diesem Thema ließ mich erkennen, dass sich „berühmte“ deutsche Geburtshelfer genau diese Frage ebenfalls stellten und dazu äußerten. Es existiert z.B. ein interessanter Wissenschafts- und Meinungsstreit zwischen Thiessen und Bracht aus den 1950er- und 1960er-Jahren zur Entwicklung des Kindes aus BEL: Ich möchte an dieser Stelle mehrere interessante Textpassagen aus einer dieser Publikationen zitieren:

„Die Schwerkraft, die dem Austritt der Frucht beim Vierfüßler zugute kommt, in dem sie die Rotation der Frucht um die Symphyse unterstützt, stört in der Rückenlage einschneidend von dem Moment an, in dem etwa die Hälfte des kindlichen Rumpfes geboren ist, und hat dadurch der Beckenendlage ihren ungünstigen Ruf eingetragen und so viele differente Hilfeleistungen heraufbeschworen... Die sinnvolle Anordnung der einzelnen Teile der Frucht wird durch dieses Moment zerstört und beschwört die Komplikationen herauf.

Es grenzt ans Wunderbare, wie die Natur es verstanden hat, die für den Austritt in Beckenendlage so ungünstig vom Rumpf abgehenden – gewissermaßen wider den Strom gerichteten – Extremitätenpaare so zweckmäßig unterzubringen. Auf dem Wege der Steißlagefrucht durch das kleine Becken ordnen sich Ober- und Unterextremitäten auf der Vorderseite des kindlichen Rumpfes dicht aneinander geführt zu einem Mosaik mit planer, glatter Oberfläche an:

beide Unterarme liegen gekreuzt quer unter dem Kinn. Den Unterarmen folgend, ihnen stufenlos anliegend, die quer gestellten Fußsohlen. Füße und Unterarme, dicht aneinandergesetzt die Nische zwischen Kinn und Brust ausfüllend, decken beim Tiefertreten der Frucht das eckige Kinn ab wie gegenüber der Scheidenwand und dem Damm. Sie schaffen dem Kinn Platz und leiten es, einem Schuhlöffel vergleichbar, über den Damm. Der Rumpf ist also mit den Extremitäten zu einer Rolle

mit glatter Oberfläche geformt, die beim Tiefertreten mit ihrer Achse genau die Beckenführungslinie verfolgt, natürlich auch mit dem bereits ausgetretenen geborenen Teil der Verlängerung der Führungslinie verfolgend, die um die Symphyse kreisend sich bauchwärts wendet.

Jetzt aber ergibt sich durch die Rückenlage fraglos ein Dilemma. Der geborene Teil des Rumpfes gehorcht dem Gesetz der Schwere, verlässt die Kurve der Führungslinie und sinkt gegen das Lager herab. Hiermit wird sofort die geradezu wunderbare Harmonie der Anordnung der einzelnen Körperteile zerstört: die auf das Kinn herabsinkende Brust presst die Arme seitlich aus der Unterkinnfurche heraus. Da beim Herabsinken des Rumpfes die starke Lordose des um die Symphyse gekrümmten Rückens verloren geht, so geht auch die Hyperextension der Beine im Knie in Streckstellung oder leichte Beuge über, so dass die Füße das Herausdrängen der Arme aus der Unterkinnnische noch fördern.

Ist aber der Stein aus dem wunderbaren Mosaik, zu dem die Extremitäten zusammengefügt sind, herausgebrochen, so bricht das ganze Gefüge auseinander.“

Diese wunderbare Beschreibung der vaginalen Steißlagengeburt aus der vertikalen Position zeigt uns den optimalen Gebärprozess, wie er schöner und vollkommener durch die Natur nicht kreierte und nicht hätte sein können.

Bleibt für mich die unerklärte Frage, warum sich die alten ärztlichen Geburtshelfer von dieser phantastischen Eigendynamik entfernten und die wesentlich komplizierteren manuellen Techniken und Manöver einführten.

Eigene Erfahrungen

Seit einigen Jahren motivieren wir eine Gebärende mit BEL zur Geburt den Vierfüßlerstand einzunehmen, unabhängig von der Parität, vorausgesetzt, es liegt ein ungestörter und dynamischer Geburtsfortschritt vor. Dabei machte ich folgende Beobachtungen:

- Das Geburtshilfeteam ist in der Regel ausschließlich Zuschauer.
- Die Geburt des Neugeborenen erfolgte in den allermeisten Fällen ohne jegliche Manipulation am Kind oder am Damm.
- Armlösungen waren bisher in keinem Fall notwendig, ebenso keine manuelle Kopfentwicklung (Veit-Smellie), allenfalls übte ich leichten Druck auf beide kindlichen Schlüsselbeine aus, um die kindliche Kopfentwicklung zu beschleunigen.
- Sehr selten traten sog. Pathologische fetale Herzfrequenzmuster in der Austreibungs- bzw. Pressperiode auf. Beim Vierfüßlerstand befindet sich die Nabelschnur auf dem Rumpf des Kindes, also oberhalb dessen und wird daher nicht komprimiert. (Im Gegensatz dazu befindet sich die Nabelschnur bei Rückenlage „unter“ dem Kind, also hinten, sie kann durch das kindliche Gewicht häufiger komprimiert werden.)

- Lebensfrischere Neugeborene (bessere Apgar-Werte)
- Kein Vena-Cava-Syndrom
- Selten Dammverletzungen (eine Episiotomie ist nur in Ausnahmefällen erforderlich).

Fazit

Die evolutionäre Entwicklung der menschlichen Geburt hat eine vertikale Gebärhaltung hervorgebracht. Dies entspricht einem optimierten Prozess.

Alle Abweichungen von diesem idealen Geburtsablauf beschwören vermehrt Komplikationen herauf, die dann wiederum zu ärztlichen Eingriffen führen. Dies sollte vermieden werden.

Unser Ziel sollte es sein, die evolutionären Elemente des Gebärpzesses zu reaktivieren und sie in unser tägliches Handeln zu integrieren. Das bedeutet das Aufgeben der Geburt in Rückenlage und die vermehrte Hinwendung zu aufrechten Gebärhaltungen. Das gilt gleichermaßen für Schädellagen- als auch für Beckenendlagegeburten.

Dies setzt aber in Bezug auf die BEL-Geburt voraus, dass wir uns von den Auffassungen der BEL als Poleinstellungsanomalie trennen und akzeptieren, dass es sich bei der Beckenendlage um eine physiologische Normvariante der Längslage handelt, die grundsätzlich eine gebärfähige Poleinstellung darstellt. Mit dieser Auffassung werden die „Angst“ und der „Schrecken“ vor einer vaginalen BEL-Entbindung verloren gehen.

Aus meinen bisherigen guten Erfahrungen kann ich alle GeburtshelferInnen nur ermuntern, unabhängig von der Poleinstellung des Fetus, eine Gebärende mit Beckenendlage zur Geburt aus dem Vierfüßlerstand bzw. aus einer vertikalen Position zu motivieren.

Die hohe Kunst des Geburtshelfers liegt vor allem darin begründet, die Gebärende in ihrem physiologischen Prozess zu unterstützen und sie gewähren zu lassen. Ganz im übertragenen Sinne von Ernst Bumm: „Ein guter Geburtshelfer ist dadurch charakterisiert, dass er wenig tut.“ Dazu braucht es aber viel Erfahrung, die nicht verloren gehen darf.

Quelle:

Fachzeitschrift „Die Hebamme“ 3/2007

Autor:

Dr. med. Michael Krause

Leiter des Schwerpunkts „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“

Klinikum Nürnberg Süd

Breslauer Straße 201, D-90471 Nürnberg

Email: michael.krause@klinikum.nuernberg.de