

## EDITORIAL

Vor fast zehn Jahren und frisch an der Hebammenschule machte ich meine ersten Erfahrungen im Gebärsaal. In der Erinnerung steigt immer



wieder das gleiche Bild in mir auf. Die gebärende Frau liegt in einem Bett, von einigen Kissens unterstutzt, Kabel und Rohre überall um sie herum. Ihre von der PDA schwer gewordenen Beine müssen bei den vaginalen Untersuchungen festgehalten werden und drohen trotzdem zur Seite zu kippen... Die Frau liegt da und wartet. Sie wartet darauf, dass sich ihr Muttermund öffnet, dass das Kind ans Licht drängt und dass ihr die Hebamme sagt, sie könne jetzt pressen. Manchmal spricht sie ihrem Kind Mut zu. Die Stunden ziehen sich in die Länge, unterbrochen vom Ritual der vaginalen Untersuchungen, die vielleicht eine gute Nachricht bringen. Für diese Frauen endete das Warten leider allzu oft in einer Zangengeburt. Es wurde eine schmerzlose Geburt, wegen der wirkungsvollen Anästhesie, aber auch eine „Phantomgeburt“. Die Passivität dieser Gebärenden beeindruckte mich tief. In der Folge war für mich der Zusammenhang zwischen der Gebärposition der Frau und dem Tiefertreten (oder Nicht-Tiefertreten!) des Kindes regelmässig evident. Eine liegende oder halb-liegende Haltung, ein irgendwie unter die Knie geschobenes Kissen gewährleistet am Ende nur eine geringe Chance für eine einfache Geburt.

Glücklicherweise hat die Technik der PDA Fortschritte gemacht, sie erlaubt den Frauen heute mehr Bewegungsfreiheit. Also, zögern wir nicht, bringen wir unsere gebärenden Frauen dazu, sich zu bewegen oder ermutigen wir sie zumindest, eine Position einzunehmen, welche die Kindslage optimal begünstigt. So, wie es in dieser Nummer nachgelesen werden kann.

C. Finger

Christine Finger-Peitrequin

## Optimierung der Kindslage

## Vom Sofa weg

**In den vergangenen Jahrzehnten hat die Anzahl Kinder, die bei Geburtsbeginn eine hintere Hinterhauptslage (HHL) einnehmen, zugenommen. Die Konsequenzen aus dieser Entwicklung sind weit reichend und haben insbesondere dramatische Auswirkungen auf die Normalgeburtsrate. Jean Sutton, eine Hebamme aus Neuseeland, hat das Konzept «Optimierung der Kindslage» (Optimal Fetal Positioning, OFP) entwickelt, um damit die Babys zu ermutigen, eine vordere HHL einzunehmen, bevor die Geburt einsetzt.**

## Sue Brailey

**GEGENWÄRTIG** befinden sich etwa 15–20% aller Kinder bei Geburtsbeginn in einer hinteren HHL (Beischer, Mackay and Colditz, 1997), verglichen mit 10% im Jahre 1953 (Myles, 1953) und 3,6% von 1860 (Playfair, 1860). Die Auswirkung der Kindslage bei der Geburt ist gross. Jedes Mittel zur Senkung der Inzidenz von posterioren Schädellagen sollte begrüsst werden, wenn wir eine Rate von 80–85% physiologischen Geburten erreichen wollen, wie es die WHO empfiehlt. Die Methode zur Optimierung der Kindslage (OFP) trägt dazu bei, die Normalgeburtsrate zu erhöhen, indem sie die Anzahl vorderer HHL vermehrt.

## Vorteile von OFP

Die Methode ist nicht eine neue Erfindung, sondern sie stützt sich auf überliefertes Wissen, das jedoch im Zuge der zunehmenden Medikalisierung der Geburt vergessen ging. In diesem Beitrag möchte ich die Prinzipien der OFP darlegen, mit dem Ziel, dass mehr Hebammen diese Methode in ihre tägliche Praxis aufnehmen können, wie das bereits in Grossbritannien der Fall ist. OFP können die schwangeren Frauen für sich selbst tun und damit ihre Chancen auf eine Geburt ohne Interventionen erhöhen. Die Umset-

zung von OFP ist billig und wirkungsvoll und stärkt die Frauen. Und wenn die Methode in einer höheren Anzahl Kinder in vorderer HHL resultiert und somit in einer geringeren Anzahl an Interventionen unter der Geburt, dann zahlt sich das auch für das Gesundheitswesen aus.

## Risiken von ungünstigen Lagen

Die Risiken einer hinteren HHL sind gut dokumentiert, mit Auswirkungen, die oft bereits in der Schwangerschaft

beginnen. Der Geburtsbeginn kann sich verzögern, was möglicherweise zu einer Einleitung mit all ihren assoziierten Risiken führt. Oder es kommt wegen des hochliegenden Köpfchens am Termin zur Falschdiagnose eines Kopf-Beckenmissverhältnisses. Auch ein vorzeitiger Blasensprung kann Folge einer hinteren HHL mit unausgeglichenem Druck auf die Fruchtblase sein. Oft zieht sich der Geburtsbeginn in die Länge: der Kopf tritt nicht in den Beckeneingang ein und kann nicht in die

vordere Lage rotieren, was eine zu schwache Wehentätigkeit zur Folge hat. Auch können starke Rückenschmerzen auftreten, was hohe Schmerzmittelgaben mit den damit verbundenen Risiken nach sich zieht.



**Sue Brailey**, Krankenschwester und Hebamme, ist nach ihrer Berufsausbildung und achtjähriger freiberuflicher Tätigkeit in London mit ihrer Familie nach Bern gezogen. Sie arbeitet im Geburtshaus Oberburg und ist Mitglied der Redaktionskommission.

# auf alle Viere



Die richtige Kindslage kann entscheidend sein für eine komplikationsfreie Geburt.

Fotos: Susanna Hufschmid

Das Risiko für eine vaginal-operative Entbindung ist stark erhöht.

Bei Kindern, die aus einer hinteren HHL geboren werden, kann das Köpfchen stark verformt sein. Solche Kinder sind oft sehr unruhig und trinken schlecht. Wenn die Hebamme mit der schwangeren Frau die möglichen Auswirkungen der Kindslage auf den Geburtsverlauf bespricht, dann bedeutet dies einen echten Anreiz für die Frau, ihr Kind zum Einnehmen einer günstigen Lage zu ermutigen, ganz abgesehen davon, dass dieses Thema eine gute Gelegenheit bietet, um mit der Schwangeren über alle möglichen Aspekte der Geburt zu sprechen.

## Regelrechte Geburtslage

Die grosse Mehrheit der Kinder nimmt die vordere HHL während den letzten Schwangerschaftswochen ein. Bei Erstgebärenden ist das in der

Regel eine erste (linke) vordere HHL. Grund dafür ist der bei Primiparas leicht nach der rechten Seite hin geneigte Uterus, um so dem Colon auszuweichen; dadurch entsteht links mehr Raum für den Fetus. Bei Erstgebärenden ist der schräge Beckendurchmesser rechts am längsten; der schräge Durchmesser links ist wegen Colon und Rectum verkürzt. Fazit: die meisten Kinder nehmen eine erste (linksseitige) vordere HHL ein. Der grösste Teil der hinteren HHL sind rechts, linksseitige hintere Lagen kommen relativ selten vor.


Mehrgebärende Frauen haben häufiger eine rechte vordere HHL, weil der Uterus bei ihnen eher eiförmig als birnenförmig ist und wegen der Dehnung aus vorangegangenen Schwangerschaften generell mehr Platz bietet. Liegt das Baby bei Geburtsbeginn in einer vorderen Lage, dann ist sein Kopf gut gebeugt und das Gewicht

seines Rückens lehnt sich gegen die Wölbung der mütterlichen Bauchwand. Das Baby hat zunächst genug Platz am Beckenrand, und einmal ins Becken eingetreten, kann es seinen Kopf optimal beugen. Der Durchmesser des so eingetretenen Kopfes beträgt 9,5 cm, im Gegensatz zu 11,5 cm bei einer hinteren HHL. Denn der Rücken des Kindes in posteriorer Lage lehnt sich gegen die mütterliche Wirbelsäule und Hals und Kopf sind gestreckt. Wenn dieses Kind nicht in den Beckeneingang eintritt oder sich im Becken nicht noch in eine vordere Lage drehen kann, dann wird eine operative Geburtsbeendigung mit hoher Wahrscheinlichkeit notwendig.

## Weiche Sofas, schlechte Körperhaltung

Warum sehen wir immer häufiger hintere Hinterhauptlagen? Viele Fak-





**Achtet die Mutter in den letzten Wochen vor der Geburt auf eine aufrechte Haltung, dann hilft sie ihrem Kind, eine optimale Lage einzunehmen.**

toren beeinflussen die Position, die ein Fetus gegen Schwangerschaftsende hin einnimmt. Einer der wichtigsten Faktoren ist möglicherweise unsere moderne sitzende Lebensweise und eine schlechte Körperhaltung.

Beim Stehen oder aufrechten Sitzen nimmt das weibliche Becken einen natürlichen Winkel von etwa 55 Grad ein, eine Haltung, die das Baby zu einer vorderen Lage animiert. Heute verbringen Schwangere wahrscheinlich mehr Zeit als frühere Generationen zurückgelehnt in weichen Sesseln oder Sofas, auf Sitzgelegenheiten

also, die vor allem für möglichst bequemes Fernsehen entworfen wurden. Früher, als die Frauen vor allem nähten oder lasen, sassen sie auf altmodischen Stühlen mit hohen Lehnen. Wenn die moderne schwangere Frau sich

also in ihrem Sessel oder auf dem Sofa entspannt, dann kippt ihr Becken und somit auch das Ungeborene nach hinten. Die natürliche, leicht vorwärts gekippte Haltung des Beckens geht verloren. Und zusätzlich schlagen die Frauen in dieser Haltung oft

auch die Beine übereinander, was den Platz im vorderen Teil des Beckens zusätzlich verkleinert. Das Baby hat dann keine andere Möglichkeit, als sich gegen den rückwärtigen Teil des Beckenraums zu verlagern. Schwangere verbringen oft einen grossen Teil ihrer Spätschwangerschaft in solchen Positionen.

Wie oft sagen wohlmeinende Mitmenschen einer schwangeren Frau, sie solle sich entspannen und ihre Beine hoch lagern! Nimmt eine Schwangere diese Haltung regelmässig ein, dann hat das Kind wenig Chancen, sich gegen die Schwerkraft in eine vordere Lage drehen zu können; es wird wahrscheinlich in seiner hinteren Lage verharren.

## **Mehr Schrubben, weniger Autofahren**

Ein weiterer Faktor, der einen Einfluss auf die Körperhaltung von Frauen und somit auf die Lage des Ungeborenen in der Gebärmutter hat, sind die Hilfsmittel, die der Frau heute im Haushalt zur Verfügung stehen, und deren Einfluss auf ihren Arbeitssalltag. Vor wenigen Jahrzehnten noch schrubbten Frauen die Böden auf allen Vieren und alle Arbeitsflächen waren niedriger, mit der Folge, dass Frauen sich stundenlang vornüber beugten oder auf Händen und Knien arbeiteten. Beides sind Haltungen, die es dem Baby zusammen mit der Schwerkraft erleichtern, sich in eine vordere und geburtsgünstige Lage zu drehen. Der ungebremste Vormarsch des Personenwagens hat zur Folge, dass auch Frauen heute öfter zurückgelehnt im Auto sitzen und weniger zu Fuss unterwegs sind, wobei Gehen eine Aktivität wäre, die den richtigen Eintritt des Babys ins Becken begünstigt.

Wenn schwangere Frauen in den späten Schwangerschaftswochen auf ihre Körperhaltung achten und vorwiegend eine aufrechte oder nach vorne gelehnte Position einnehmen, dann gibt das ihrem Kind die beste Möglichkeit, sich in eine für die Spontangeburt günstige Lage zu drehen. Denn sobald das Becken etwas nach vorne kippt, erweitert dies den Platz im Becken und ermöglicht dem biparietalen Durchmesser des kindlichen Kopfes, optimal ins Becken zu sinken. Auch bekommt der Rücken des Kindes vorne mehr Platz, um sich nach vorne zu wenden.

## **Gewohnheiten anpassen**

Oft muss die Frau dazu ihre Gewohnheiten ändern; anstatt dass sie sich beispielsweise zurückgelehnt im Sofa ausruht, sollte sie aufrecht auf einem Stuhl mit gerader Lehne sitzen oder, von Kissen gestützt, auf dem Boden knien und sich auf einem niedrigen Tischchen oder Sessel abstützen. Setzt sie sich in einen Lehnstuhl oder in den Autositz, genügt manch-

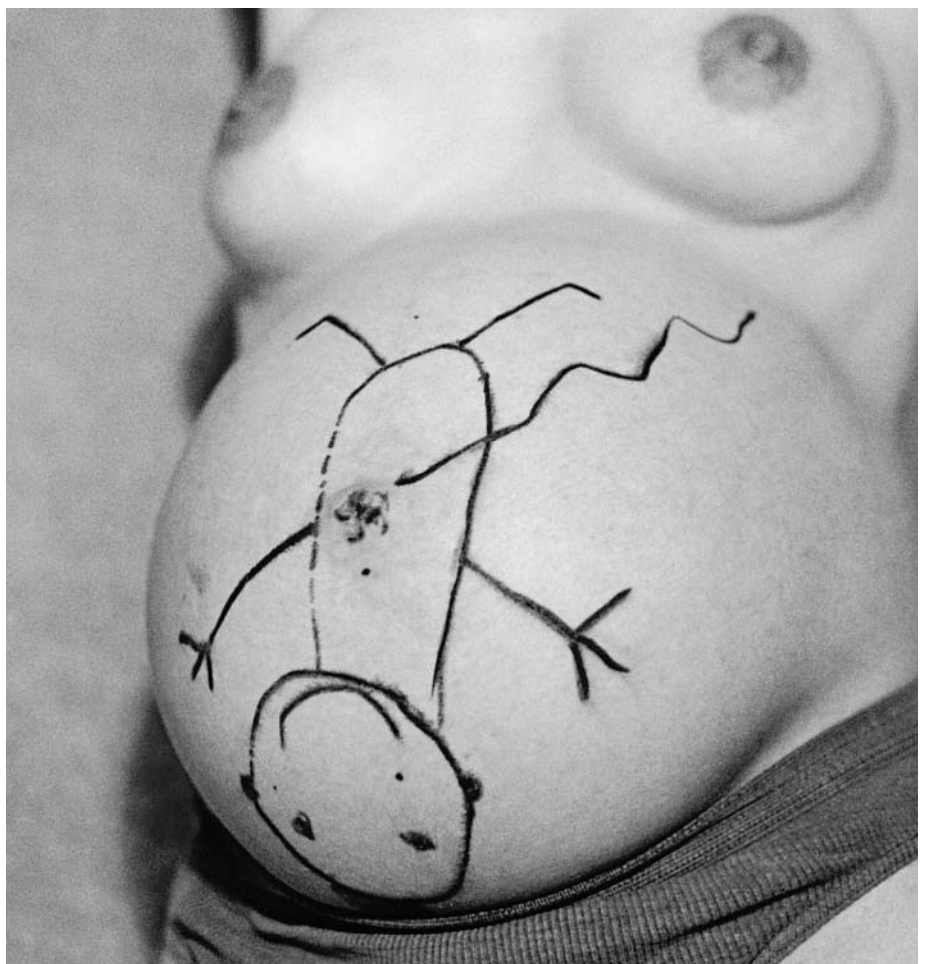
**Die richtige Kindslage kann entscheidend sein für eine komplikationsfreie Geburt.**

mal ein Kissen im Rücken, damit das Becken gegen vorne kippen kann. Beim Hinlegen oder Schlafengehen sollte die Schwangere möglichst auf ihrer linken Seite liegen und das obere Bein angewinkelt auf die Matratze legen. Dies erzielt einen «Hängematteneffekt» im Unterleib und das Baby kann sich besser drehen. Ich sage allerdings den Frauen immer, sie sollten diese Stellung nur einnehmen, wenn sie sich dabei auch wohl fühlen, und nicht etwa deswegen die halbe Nacht wach liegen. Brustschwimmen ist ebenfalls eine sehr gute Methode, um eine Wendung nach vorne zu ermutigen.

Erstgebärende haben oft kräftige Bauchmuskeln und ihre Kinder treten früh ins Becken ein, was spätere Lageveränderungen erschwert. Bei ihnen ist es wichtig, dass sie schon ab der 32. bis 34. Schwangerschaftswoche auf ihre Körperhaltung achten, denn in dieser Phase bewegen sich die meisten Feten in die spätere Geburtslage. Mehrgebärende können bis zur 38. SSW warten. Normalerweise bleibt ihren Kindern in der geräumigeren Gebärmutter mehr Platz für Bewegungen, auch sind die Bauchmuskeln schlaffer und das Köpfchen tritt später ins Becken ein.

## Drehversuche können schmerzen

Es kann vorkommen, dass Frauen über Schmerzen in der Schambeuge oder über zahlreiche Braxton Hicks-Kontraktionen klagen, wenn sie vermehrt gegen vorne gelehnte Haltungen einnehmen. Dies ist oft ein Zeichen dafür, dass das Baby sich zu drehen versucht, und sollte positiv bewertet werden. Hat ein Kind bereits eine linke vordere HHL eingenommen, dann rate ich der Schwangeren, einfach generell auf ihre Körperhaltung zu achten, d. h. möglichst aufrecht zu gehen und nicht während längerer Zeit zurückgelehnt zu sitzen. Liegt ein Baby jedoch in der hinteren Lage oder in einer rechten vorderen HHL, dann ermutige ich die Frau dazu, zwei Mal täglich mindestens 20 Minuten eine nach vorne lehrende Position einzunehmen, so oft als möglich schwim-



men zu gehen und so viele Aktivitäten als möglich auf allen Vieren zu erleben.

## OFP gelingt!

Als Hüterinnen der Normalgeburt haben wir Hebammen meiner Meinung nach die Aufgabe, die Chance der Frauen auf eine natürliche Geburt zu optimieren. Ein Element dabei ist, die Frau dabei zu unterstützen, dass sie ihrem Ungeborenen in eine optimale Geburtslage verhilft. Bauen wir das Optimieren der Kindslage in die Schwangerschaftsbegleitung und Geburtsvorbereitung ein, dann, so meine Erfahrung, gelingt uns das in der Regel auch. Das Prinzip von OFP ist es, der Frau zu erklären, wie ihre Körper funktioniert und was sie dazu beitragen kann, damit die physiologischen Prozesse von Schwangerschaft und Geburt ablaufen können. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die meisten Frauen alles dafür tun wollen, um ihrem Baby das Einnehmen einer optimalen Geburtslage zu erleichtern.

Während den acht Jahren, in denen ich als freischaffende Hebamme in einer lebhaften Londoner Hebammen-

praxis gearbeitet habe, hat OFP wesentlich dazu beigetragen, dass wir unsere Raten von vorderen und asynklitischen Geburten senken konnten. Nachdem wir begonnen hatten, die Frauen zu ihrer Mitarbeit für OFP zu ermutigen, brachten wir in sechs Jahren und bei etwa 400 Frauen bloss ein einziges Baby mit einer hinteren HHL zur Welt – eine Beobachtung, die von anderen Hebammen, die mit OFP arbeiteten, ebenfalls gemacht wurde. ◀

Übersetzung: Gerlinde Michel

Jean Sutton, Pauline Scott:

## Die Optimierung der Kindslage

Edition Hebamme, 2001.  
85 Seiten, 20 Abb., Fr. 23.–,  
Hippokrates Verlag Stuttgart.



## Referenzen

N. A. Beischer, E. V. Mackay, P. Colditz: *Obstetrics and the Newborn*. Philadelphia, 1997.  
M. Myles: *Textbook for Midwives*. London, 1953.  
*Playfair: The Science and Practice of Midwifery*. 1860.