Gebärpositionen

E.	Elisabeth	Kogler-Bonomo
----	-----------	---------------

KH Hallein (Vorst.: Prim. Dr. B. Rudelstorfer)

Elisabeth Kogler-Bonomo, Hebamme. KH Hallein. A- Hallein

Am Krankenhaus Hallein in Salzburg arbeiten wir vorwiegend mit

Gebärstuhlkombinationsbetten (Schwedisches Modell/LIC). Aber auch andere Alternativen stehen den Frauen zum Gebären offen (Gebärhocker, Hocken, Viefüßlerstand, Stehen . . .)

Eine Sectiorate von nur 3,04 % (sekundäre Sectios) auf 923 Ge-burten 1993 spricht für sich.

Primäre und sekundäre Sectios 1993 = 4.4%

Forceps (alle am Gebärstuhl) 1993 = 6.4%

Am liebsten arbeite ich mit einem einfachen Gebärhocker, der dem mittelalterlichen

„Kindsstuhl“ sehr ähnlich ist. Zum einen ent-spricht diese Art zu entbinden unserer Tradition und Kultur als „Sesselsitzer“, zum anderen entspricht es am ehesten dem Gefühl der Frauen in der Austreibung (nämlich dem Gefühl „groß“ auf die Toilette zu müssen).

Weiters läßt sich die Hockergeburt mit meiner Arbeit als Heb-amme, sowie mit medizinischen Notwendigkeiten, die auftreten können (Epi) und einer kontinuierlichen Herz-/Wehenmessung (CTG) absolut vereinbaren.

Dazu stelle ich eine Studie über 81 Hockergeburten vor, die von Juni 1993 bis Juni 1994 am Krankenhaus Hallein stattgefunden haben.

Sehr praktisch ist eine kleine Schüssel, die unter dem Hocker steht, in der sich Stuhl, Ham, Fruchtwasser und Blut sammelt, an-statt sich wie üblich gleichmäßig im Bett zu verteilen. Es gibt keine andere Entbindungsart, die so sauber und hygienisch ist, wie eine Hockergeburt. Auch läßt sich eine Blutung viel objektiver beur-teilen, da man jeden Bluttröpfchen sieht und hört!

Nach vielen Hockergeburten habe ich die Erfahrung gewonnen, daß sich der Hocker am besten in der Austreibungsphase bewährt, ab verstrichenem Muttermund. Davor kann es zu einer Kompression der Cervix kommen, die dann ödematös anschwillt (die Distraction der Cervix durch Retraktion des Uterus wird behindert).

Bei Erstgebärenden ist es günstiger, wenn der Schädel ausrotiert ist bevor die Frau am Hocker sitzt. Weiters wirkt es sich ungünstig aus, wenn eine Frau länger als 30 Minuten auf dem Hocker sitzt und die Geburt nicht mit den nächsten Wehen zu erwarten ist. Der Damm kann ebenfalls ödematös anschwellen, was einen Dammriß begünstigt.

Einige Wehen zwischendurch in Seitenlage führen auch für die Psyche der Frau zu einer entspannenden Abwechslung.

Setzt sich die Frau in der Austreibung auf den Hocker, wird das Druckgefühl, gerade wenn sie aus einer liegenden Position kommt, momentan sehr stark (darauf sollte man die Frau vorbereiten).

Es ist besser vor allem die ersten Wehen auf dem Hocker zu ver-atmen, da es sonst oft zu ausgeprägten Dip I kommt. Der Druck auf dem Hocker ist so stark, daß die Kinder auch ohne aktives Pressen tiefertreten.

Nicht selten erleben wir Geburten bei denen Erstgebärende ihr Kind mit nur einer aktiven Preßwehe gebären oder Mehrgebärende, die ihr Kind hinausatmen. So etwas habe ich in dieser Häufigkeit in Rückenlage nie erlebt.

Spätestens ab dem Schädeldurchtritt ist kein aktives Pressen zur Entwicklung des Kindes mehr notwendig.

Eine Schulterdystokie hatte ich noch bei keiner Hockergeburt.

Ideal ist der Hocker auch bei ausländischen Frauen, bei Kommunikationsproblemen. Am Hocker muß man den Frauen das Pressen nicht lernen. Der Druck geht automatisch nach unten. Die Schwerkraft beseitigt jede fehlende Kooperation in der Austreibung.

Auch bei Fehlgeburten kann ich den Hocker empfehlen.

Gerade bei protrahierten Geburten hat sich der Hocker bewährt. Er hat bei vielen Geburten eine Syntoinfusion oder eventuell einen Forceps erspart.

Was aber nicht ausschließt, daß wir auch schon Geburten hatten, bei denen weder Hocker noch Synto halfen, sondern nur mehr ein Forceps. Aber wenigstens hat man es mit natürlichen Mittel versucht.

Psyhyrembel [1]: Erstrebenswert ist stets die Spontangeburt. Wenn's von selbst geht, geht's am besten!

Gerade in einer Zeit, in der die Gesellschaft den Anspruch hat wenige, aber 100% gesunde Kinder zu bekommen, sollten einfache Hilfsmittel (wie die Schwerkraft) in der Geburtshilfe vor invasive Eingriffe gestellt werden.

Zustand der 81 Neugeborenen nach Hockergeburt Apgar 1 Minute: 7-8 8=9,9% NapH: < 7,00
0 = 0 %

7,00-7,09 7,10-7,19 7,20-7,29 7,30-7,39

9-10 73=90,1 %

1= 1,2%

9=11,1%

24 = 29,6 %

46 = 56,8 %

Verlegung in Kinderklinik 1 Frühgeburt Geburtsgewicht in g: < 2.500 0= 0%

2.500-3.999 75 = 92,6%

> 3.999 6= 7,4%

Bei den 81 Frauen, die auf dem Hocker entbunden haben, handelt es sich in keiner Weise um selektiertes Publikum. Es waren junge Frauen und alte, Erstgebärende und Mehrgebärende, in- und ausländische Frauen, dicke und dünne, hellhäutige mit Sommersprossen und roten Haaren und dunkle, große und kleine Frauen.