

Geburt - Darum ist die Rückenlage die ungünstigste Position

Katrin Ewert, www.quarks.de/gesundheit/medizin/darum-ist-die-rueckenlage-die-unguenstigste-position/

Die meisten Frauen gebären auf dem Rücken. Anatomisch gesehen ist das sowohl für die Mutter als auch das Baby die schlechteste Position.

Katrin Ewert: 1. Februar 2021, Aktualisiert: 27. Januar 2022

Inhalt

- **Darum geht's:** Die Rückenlage ist beliebt
- **Darum müssen wir drüber sprechen:** Die Position bringt Nachteile für Mutter und Kind
- **Aber:** Aufrechte Positionen sind nicht alle gleich gut
- **Und jetzt?** Frauen sollten die Position frei wählen

Darum geht's: Die Rückenlage ist beliebt

Die werdende Mutter liegt pressend auf dem Krankenhausbett, während ihr Partner daneben ihre Hand hält. Vor dem Bett beugt sich die Hebamme zwischen die Beine der Frau und nimmt das Baby in Empfang. So ähnlich stellen sich vermutlich die meisten von uns eine klassische Geburtsszene vor.

„Dieses Bild kennen wir aus Filmen und Büchern. Viele glauben daher, dass die Frau bei der Geburt ins Bett gehört“, sagt Elke Mattern, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Außerdem sei das Bett in den meisten Entbindungsräumen sehr zentral platziert, so die Hebamme und Forscherin. Das suggeriere, dass das der richtige Platz für die Frau sei.

Mattern vermutet, dass das die Hauptgründe dafür sind, dass noch immer so viele Frauen in Rückenlage ihr Kind gebären. In Deutschland sind es **knapp drei Viertel der werdenden Mütter**. Auch viele Hebammen und Geburtshelfer favorisieren die Rückenlage, weil sie die Schwangeren so besser untersuchen und den Geburtsverlauf kontrollieren können.

Darum müssen wir drüber sprechen: Die Position bringt Nachteile für Mutter und Kind

Anatomisch gesehen ist die Rückenlage jedoch die ungünstigste Position. Das hat unterschiedliche Gründe:

1. **Belastung der Gefäße:** „Das Gewicht des Babys, der Plazenta und des Fruchtwassers lastet auf den Gefäßen der Mutter“, sagt Prof. Frank Louwen, Leiter des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt. Insgesamt sind es im Durchschnitt fünf Kilogramm, die die sogenannte Vena cava, die große Hohlvene, abdrücken. Die Folge: Es fließt nicht mehr ausreichend Blut zurück zum Herzen und sowohl die Mutter als auch das Kind sind schlechter mit Sauerstoff versorgt. Die Herztöne des Babys können sich daraufhin verschlechtern. Mediziner nennen dieses Phänomen Vena-cava-Kompressionssyndrom.
2. **Einstellung des Köpfchens:** Um den Geburtskanal zu überwinden, [muss das Baby verschiedene Drehungen](#) vollbringen. Damit es in das mütterliche Becken passt, muss es das Köpfchen zunächst zur Seite drehen. Der kindliche Rücken zeigt dabei nach links oder rechts. Liegt die Schwangere jedoch auf dem Rücken, wird diese Einstellung erschwert. Es kann sein, dass der Kopf des Babys von der Seite nach hinten rutscht und das Baby ebenfalls auf dem Rücken liegt. „Die Wahrscheinlichkeit für einen Kaiserschnitt ist in diesem Fall höher“, sagt Louwen.
3. **Beweglichkeit des Beckens:** Das Becken besteht aus drei Knochen, die normalerweise fest verankert sind. Die Schwangerschaft lockert dieses Gefüge auf. „Die Beckenknochen werden fast so beweglich wie Gelenke“, so Louwen. Legt sich die Frau auf den Rücken, fixiert sie das Becken jedoch wieder. Der Beckeneingang ist schmaler und der Weg für das Baby schwieriger.
4. **Effizienz der Wehen:** Weil das Köpfchen in Rückenlage schlechter eingestellt ist und das Becken unbeweglich ist, drückt das Baby in der Eröffnungsphase nicht auf den Gebärmutterhals. „Die Wehen sind dadurch weniger wirksam und die Geburt geht langsamer voran“, sagt Hebammenwissenschaftlerin Mattern. Und: Je länger die Geburt dauert, desto mehr Wehen muss die Frau ertragen. Mit der Zeit werden diese schwächer und

unregelmäßiger. Mediziner Louwen erklärt den Zusammenhang gerne mit einer Zwei-Kilogramm-Hantel. Wer anfängt, die leichte Hantel mit dem Unterarm zu heben und senken, merkt erst einmal gar nichts. Je öfter die Person die Bizepsübung wiederholt, desto schwerer erscheint das Gewicht. Mit der Zeit kann sie die Übung nicht mehr richtig ausführen. Der Unterarm wird schwächer und langsamer. „Ähnlich verhält es sich mit den Wehen“, sagt Louwen. Das Risiko für einen Geburtsstillstand steigt. Geburtshelfer müssen bei einer Rückenlage häufiger Saugglocke oder Geburtszange einsetzen.



Aber: Aufrechte Positionen sind nicht alle gleich gut

Eine längere Geburt, schlechtere Blut- und Sauerstoffversorgung und häufigerer Einsatz von Saugglocke und Geburtszange: Es sprechen viele Argumente gegen die Rückenlage. Sind aufrechte Positionen also besser? Einige Studien belegen das. Eine Kohortenstudie von 2014 hat etwa gezeigt, dass das Becken bei der knienden Gebärhaltung bis zu knapp zwei Zentimeter breiter ist als in der Rückenlage. Eine Analyse, ebenfalls von 2014, zeigt ein hohes **Potenzial der aufrechten Gebärpositionen**. „Der Uterus wird besser durchblutet und die Wehen sind effektiver“, sagt Mattern, die Erstautorin der Veröffentlichung. „Die Frauen haben weniger Schmerzen und empfinden das Geburtserleben insgesamt als positiver.“

Andere Studien kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. 2017 erschien eine Übersichtsarbeit von Cochrane, einem weltweiten, unabhängigen Netzwerk aus Ärzten und Wissenschaftlern. Dieses sogenannte Review zeigte einerseits, dass sich die Geburt bei aufrechten Positionen etwas verkürzt und Geburtshelfer weniger Dammschnitte gesetzt haben. Andererseits kam das Review zu dem Ergebnis, dass Frauen in aufrechten Gebärhaltungen ein erhöhtes Risiko für Blutverlust haben und ein erhöhtes Risiko für Dammrisse bestehen könnte. Ist die Rückenlage also doch besser?

„Nein, das lässt sich daraus nicht schlussfolgern“, sagt Mattern. Die höhere Zahl an Dammrissen entstehe schlichtweg dadurch, dass Geburtshelfer bei aufrechten Haltungen nicht an den Damm herankommen und keinen Schnitt setzen können. Außerdem seien Dammrisse bis zweiten Grades nicht gefährlich und heilen gut aus. Problematisch seien erst Dammrisse dritten und vierten Grades, die bei aufrechten Haltungen aber nicht häufiger vorkommen. Auch ein Blutverlust habe häufig keinen Krankheitswert. „Den meisten Frauen geht es nach der Geburt gut“, so Mattern.

Die Ergebnisse seien auch aus dem Grund nur bedingt aussagekräftig, weil es bei Metaanalysen wie dem Cochrane-Review zu verschiedenen Fehlern kommen kann. Zum Beispiel fassen die betrachteten Studien liegende und aufrechte Gebärpositionen unterschiedlich zusammen. Die Seitenlage wird manchmal zu den liegenden und manchmal zu den aufrechten Haltungen gezählt. Der Vierfüßlerstand gilt in manchen Arbeiten nicht als aufrechte, sondern als waagerechte, also liegende Position. „Die Ergebnisse der einzelnen Studien sind daher **schwer vergleichbar**“, sagt Mattern. Auch die Cochrane-Autorinnen und -Autoren bescheinigen den Ergebnissen des Reviews nur eine niedrige bis moderate Evidenz.

Es gilt: je beweglicher das Becken, desto besser

In einer wissenschaftlichen Studie sollten die Teilnehmer zudem randomisiert, also zufällig in eine Gruppe eingeteilt werden, und verblindet sein, also nicht wissen, in welcher der beiden Gruppen sie sich befinden. Beides ist beim Thema Gebärpositionen kaum möglich, da die Frauen sich entweder individuell für eine Position entscheiden oder wissen, in welche Gruppe sie eingeteilt wurden. „Daher gibt es **noch keine groß angelegte, gut gemachte Vergleichsstudie**“, so Mattern.

Eine chinesische Studie von 2019 versuchte dieses Problem zumindest teilweise zu lösen. Die Autoren unterscheiden nicht nur zwischen liegend und aufrecht, sondern zwischen den einzelnen möglichen Positionen. Das Ergebnis: Die liegende Position und die Steinschnittlage (liegend mit angewinkelten, hochgelagerten Beinen) sollten Frauen vermeiden, da die Geburt im Schnitt länger dauert, zu mehr Schmerzen führt und sich die Herztöne des Babys verschlechtern können. Die sitzende Position auf einem Gebärhocker und die hockende Position sind besser, aber auch nicht optimal, da es hier zu höherem Blutverlust und vermehrten Dammrissen kommt. Die knienden Positionen schneiden hingegen gut ab.

Diese Ergebnisse ergeben auch aus anatomischer Sicht Sinn, sagt Gynäkologe Frank Louwen (b.1962). Die sitzende und hockende Position seien zwar günstiger als die Rückenlage, da die Gefäße der Frau dabei nicht abgedrückt werden. „Diese Positionen fixieren aber wieder das Becken und schmälern den Geburtskanal“, so Louwen.

Bei den aufrechten Positionen gilt daher: Je beweglicher das Becken, desto besser. Mediziner empfehlen aus diesem Grund häufig die kniende Position. Die Knie befinden sich dabei auf dem Boden beziehungsweise auf einer weichen Unterlage. Die Frau kann die Position variieren – je nachdem, wie sie sich gerade am wohlsten fühlt. Sie kann die Hände etwa wie bei einem „Vierfüßlerstand“ auf der Unterlage abstützen, den Po nach hinten auf die Fersen legen, oder sie richtet den Oberkörper etwas auf und hält sich an einem Gegenstand wie einer Bank, einem von der Decke hängenden Tuch oder an ihrem Partner fest.

Und jetzt? Frauen sollten die Position frei wählen

Auch wenn die Studienlage teilweise noch lückenhaft ist, empfehlen Mediziner und Hebammen den Frauen, **aus dem Bett aufzustehen**. „Bereits in der Eröffnungsphase sollten die Frauen dazu ermuntert werden, so viel wie möglich in Bewegung zu bleiben“, sagt Elke Mattern. Das empfiehlt auch die überarbeitete deutsche S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt, die im Januar 2021 veröffentlicht wurde. Und auch während der eigentlichen Geburt, der Austreibungsphase, sollten sie die Rückenlage meiden und dazu ermutigt werden, **eine aufrechte Gebärlage einzunehmen**.

Trotzdem gilt: Das Wohlbefinden der Frau hat einen großen Einfluss auf die Geburt. Die Schwangeren sollten zwar darin bekräftigt werden, aufzustehen, sie sollten jedoch nicht das Gefühl bekommen, dass sie für eine gute Geburt eine aufrechte Position wählen müssen. In einigen Fällen kann es sogar sinnvoll sein, sich hinzulegen – etwa, wenn der Frau aufgrund von hohem Blutdruck schwindelig ist oder wenn die Periduralanästhesie (PDA), die Ärzte zur Schmerzlinderung einsetzen, zu hoch dosiert ist und sich die Beine taub anfühlen und nachgeben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die deutsche Leitlinie empfehlen daher, dass die **Geburtshelfer die werdenden Mütter bei der Position unterstützen sollten, in der sie sich intuitiv am wohlsten fühlen**. Das kann auch die Rückenlage sein.

Über die Autorin (Berlin):

www.katrin-ewert.de/ueber-mich/



Katrin Ewert, Freie Wissenschaftsjournalistin für Online und Social Media. Interessiert sich für Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften. Themenschwerpunkt hier auf quarks.de: Gynäkologie und Geburtshilfe.

Quellen:

Louwen, Frank (Leiter Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt) www.kgu.de/einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/geburtshilfe/team-geburtshilfe/prof-dr-frank-louwen/

Mattern, Elke (Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg)

Desseauve, David et al.: Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives (Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27888706/>

Mattern, Elke et al.: Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärlage bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen / Analysis of potential for research on giving birth in an upright position in German hospitals (Journal of Midwifery Science, 2014) (PDF) www.dghwi.de/images/zeitschrift/zeitung/Fachzeitschrift_f%C3%BCr_Hebammenwissenschaft_4_Ausgabe.pdf

Gupta, Janesh et al.: Gebärlagen für Frauen ohne Epiduralanästhesie (Cochrane Library, 2017)

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/full/de?cookiesEnabled

Kibuka, Marion et al.: Position in der Austreibungsphase bei Frauen mit Epiduralanästhesie (Cochrane Library, 2017)

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub3/full/de

Walker, Kate et al.: Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Cochrane Library, 2018)

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub4/full/de

WHO recommendations on birth positions for women without epidural analgesia (Weltgesundheitsorganisation, 2018)

Berta, Marta et al.: Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis (BMC Pregnancy Childbirth, 2019)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31801479/>

Huang, Jing et al.: A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor (Int J Nurs Sci, 2019) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728401/>