

Körperarbeit in den letzten Wochen vor der Geburt

*In den letzten Wochen der Schwangerschaft werden die Weichen gestellt für die physische Bereitschaft zu gebären. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Beckenbeweglichkeit, die Atmung, den Beckenboden und den Psoas gerichtet werden, wie **Monika Siller** erläutert.*

Dem Wunsch vieler Frauen nach einer selbstbestimmten, möglichst natürlichen Geburt wird in den letzten Jahren auch bei den Klinikgeburten wieder vermehrt Beachtung geschenkt. Dabei geht es darum, die begleitenden Hebammen und Geburtshelfer mit der Fähigkeit adäquater Zurückhaltung und einer sehr guten Beobachtungsgabe zu schulen und gleichzeitig die Frauen selbst darüber aufzuklären, wie sich ein hohes Maß an Selbstbestimmung durch entsprechende Eigeninitiative erreichen lässt. ⁽¹⁾ Mutter und Kind sind vorgeburtlich sowohl körperlich wie auch emotional in enger Symbiose. Die Individualität dieser beiden Menschen erfordert folglich auch eine individuell abgestimmte Begleitung während der Geburt. Dabei wäre es natürlich wünschenswert, wenn Frauen immer eine 1:1 - Betreuung während der Geburt erfahren dürften. Somit wäre gewährleistet, dass Hebamme und Frau die vorbereiteten Elemente sowohl aus der kognitiven, als auch aus der körperorientierten Vorbereitung ideal nutzen könnten. Aus verschiedensten Gründen ist dies aber nicht immer und in jedem Setting möglich. (8; 9; 11; 13)

Aus diesem Dilemma ergibt sich die Notwendigkeit, die Frauen sowohl kognitiv wie auch auf der Körperebene dahingehend vorzubereiten, sich selbst besonders in den letzten Wochen vor der Geburt besser kennen zu lernen. So können sie selbstkompetent auf ihre, sich im Geburtsverlauf spontan ändernden Bedürfnisse achten, diese wahrnehmen, artikulieren und folglich gut eingeübte Werkzeuge auch aus dem Bereich der Körperarbeit zur Verfügung zu haben. Letztendlich geht es für die Frauen nicht darum, eine „perfekte“ Geburt zu „leisten“, sondern sich über die individuell vorhandenen Ressourcen, unterstützt durch die ebenso wissenden Partner und Hebammen, selbstbewusst und angstfrei den Herausforderungen der vaginalen Geburt stellen zu können. Meines Erachtens würde dies auch einer in den letzten Jahren erhöhten Traumatisierungsquote entgegenwirken. (4; 5; 9; 11; 13)

Auf dem Gebiet der Körperarbeit lässt sich im letzten Schwangerschaftsdrittel in zwei Richtungen arbeiten: Im Rahmen der Geburtsvorbereitung für alle Frauen – und bei Pathologien durch physiotherapeutische Interventionen in Einzelsettings.



1. Für alle Frauen: Als Geburtsvorbereitung in Gruppen- oder Einzelsettings

Die Stärkung der eigenen Körperkompetenz könnte idealerweise in aufbauenden Stufen über einen längeren Zeitraum im Rahmen einer interdisziplinären Geburtsvorbereitung erfolgen. Dabei sollten unbedingt Basiselemente aus der Körperwahrnehmungsschulung mit eingebaut werden. Das Erleben des eigenen Körperschemas in Ruhe und Bewegung, das Erspüren der Körper Räume über die Atmung und die Möglichkeit, Berührungen des Partners an verschiedenen Körperstellen als hilfreiches Werkzeug zur hormonellen Stabilisierung während der Geburtsarbeit nutzen zu können, sind weitere wichtige Elemente. (3; 4; 5; 13)

Darauf aufbauende Körperarbeit muss dann konkret für die Geburt adaptierte Übungen und Erfahrungen beinhalten. So sollten die Frauen erleben, wie stabilisierte *kraniale* und *kaudale* Körperabschnitte über aktives Anhängen oder Abstützen die Mobilität im Beckenbereich ermöglichen.

Nach Erlernen dieses basalen Bewegungsprinzips des *punctum fixum* und *punctum mobile* kann ein direkter Übergang zu der bei der Geburtsarbeit so wertvollen Beckenbeweglichkeit in der Eröffnungsphase erarbeitet werden. Dabei geht es um das **aktive, symmetrische Beckenkreisen** auf



Die **St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr** ist eine dynamisch wachsende kirchliche Gruppe von Akutkrankenhäusern der maximalen Breitenversorgung, Fachkliniken, Altenpflegeeinrichtungen, Hospizen und diversen Schulinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit derzeit über 4.300 Mitarbeitern und mehr als 1.500 Planbetten die überregionale Versorgung mitten im Ruhrgebiet sicher.

Wir suchen für das **Marien Hospital Witten** ab sofort eine/einen

Hebamme/Entbindungspfleger

Ihr Arbeitsbereich:

Mit über 2.100 Geburten in 2016 zählt die Geburtshilfe unserer Frauenklinik zu den beliebtesten der Region. Die modern ausgestattete Abteilung ist u.a. auf Risikoschwangerschaften spezialisiert. Neben Pränataldiagnostik und geburtshilflicher Ambulanz mit Risikosprechstunde ermöglicht die enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendklinik im Perinatalzentrum Level I und der dortigen Kinderintensivstation die bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind. Das Team erledigt die täglichen Herausforderungen kompetent und zupackend mit viel Spaß an der Arbeit.

Ihr Profil:

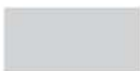
- Abgeschlossene Ausbildung als Hebamme/Entbindungshelfer
- Berufserfahrung in diesem Bereich wünschenswert
- Hohes Engagement, Verantwortungsbewusstsein und Flexibilität
- Patientenorientiertes und eigenverantwortliches Arbeiten

Wir bieten:

- Breites Aufgabenspektrum | Intensive Einarbeitung
- Teilnahme an in- und externen Fortbildungsmaßnahmen
- Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des deutschen Caritasverbandes | attraktive Sozialleistungen | zusätzliche Altersvorsorge
- Ergänzende freiberufliche Tätigkeit möglich (Vor- und Nachsorge, Kursangebot in Elternschule)

Für fachliche Auskünfte erreichen Sie unseren Chefarzt,
Prof. Dr. Sven Schiermeier, unter der Nr.: 02302 - 173 - 1323.

Bewerben Sie sich bevorzugt online auf unserer Karriereseite unter: www.elisabethgruppe.de Alternativ können Sie sich per Post unter Angabe der **Kennziffer MHW0317** bewerben.
St. Elisabeth Gruppe GmbH, Personalabteilung
Hospitalstraße 19, 44649 Herne



Mitten in der
ST. ELISABETH GRUPPE
KATHOLISCHE KLINIKEN RHEIN-RUHR

den relativ stabil gehaltenen Hüftgelenken und den über die Halteaktivität der Hände funktionell fixierten Oberkörper. Dies dient dem kindlichen Köpfchen, sich während der Eröffnungsphase ins Becken „einzufädeln“. Durch diese Aktivität wird der kindliche Kopf zur physiologischen Einstellung animiert. Bei einer sehr schwachen Bauchdecke hat sich das zusätzliche Stabilisieren des Bauches über ein Tuch bewährt, welches während der Wehe vom Partner oder der Hebamme von hinten gehalten wird. Kommt das kindliche Köpfchen tiefer und leitet es die erste Drehung in der Beckenmitte über die anatomischen Vorgaben der beckenaukleidenden Muskulatur ein, wird der Wehenschmerz vermutlich auch über sogenannte *Triggerpunkte*, welche an bestimmten Stellen dieser Muskulatur zu finden sind, zusätzlich verstärkt. Als Abhilfe könnte hier das Anwenden des **asymmetrischen Beckenkreisens** (Schrittstellung bzw. ein Bein etwas erhöht abgestellt) versucht werden, wodurch sich die muskulär-faszialen Spannungsverhältnisse verändern und der knöcherne Beckenring einseitig erweiternd zur Verfügung steht. Damit gelingt es dem Köpfchen besser, sich dem Geburtsweg anzupassen. (3; 8; 9)

Beckenbodenmuskulatur stärken, beckenbodenschonende Gebärpositionen erarbeiten

Fachkompetent begleitetes und an die Schwangerschaft adaptiertes Training des muskulär-faszialen Beckenbodens in verschiedenen Ausgangsstellungen sollte obligat sein. Dabei muss gewährleistet werden, dass die Frauen den Beckenboden korrekt anspannen und lösen können. Um die Überprüfung möglichst einfach und für die Frauen angenehm zu gestalten, hat es sich bewährt, dies taktill, einseitig über den *Tuber ischiadicum* in der Seitenlage zu überprüfen (Abb. 1). Die Fingerkuppen werden dabei nebeneinander an die Innenkante des *Tuber ischiadicum* angelegt, um bei einer Anspannung ein nach innen Ziehen wahrnehmen zu können. Beim Lösen der Spannung sollte die Struktur wieder weich in die Finger zurückkommen. Das Wort „Training“ der Beckenbodenmuskulatur beinhaltet die Fähigkeit und das damit einhergehende Ziel, die Muskulatur im Sinne einer maximalen konzentrischen Bewegung zu verkürzen, aber auch die Exzentrik für die maximale Verlängerung zu schulen. Aus diesen beiden Fähigkeiten resultierend ergibt sich eine optimierte Beweglichkeit der Weichteile mit großer Bewegungsamplitude. Die Fähigkeit der Exzentrik der Muskulatur ermöglicht gemeinsam mit der Gleitfähigkeit der Faszien am Beckenboden gegeneinander und der optimal eingestellten Gebärposition einen geringeren Verletzungsgrad während des Durchtrittes des kindlichen Köpfchens durch die Struktur. (1; 2; 4; 6; 10)

Das Erarbeiten beckenbodenschonender Gebärpositionen mit den Frauen und deren Partnern ist ein Kernstück jeder Geburtsvorbereitung. Leider ist die Studienlage im Bereich der Gebärpositionen zum einen sehr dürftig und zum anderen schlecht beschrieben, wie die Gebärpositionen im Sinne der mütterlichen Gelenkeinstellungen standardisiert zu verstehen wären. Damit können Forschungsergebnisse nicht unreflektiert miteinander verglichen und als schlüssig interpretiert werden. Trotzdem scheinen vertikale und halbvertikale Positionen insgesamt ein besseres Beckenboden-

Outcome zu unterstützen. Der Schutz der Beckenbodenstrukturen ist darüber hinaus multifaktoriell zu verstehen. Dabei spielt die Gebärdposition nur eine wichtige Rolle. In der Regel werden bei den Geburtsverletzungen die Levator-Avulsionen im Bereich des *M. puborectalis* nicht erfasst und beschrieben, welche laut aktueller Literatur fast ein Drittel aller Erstgebärenden betreffen und in der Folge zu Beckenbodenpathologien führen können. Die Einstellung der Gebärdposition mit Beachtung der Hüftposition in moderater Abduktion und Außenrotation, sowie eine entsprechende Fußdruckaktivität und Stabilisation des Rumpfes über aktives Anhängen oder Abstützen, ermöglichen eine Einstellung der Lendenwirbelsäule in funktioneller Flexion während des Durchtrittes des kindlichen Kopfes. Dies ist ebenso wie der Trainingszustand der muskulär-faszialen Beckenbodenanteile von Bedeutung. Die genetische Disposition sowie die Parität spielen in dem Fall eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Ein gut trainierter Beckenboden hat in der Regel auch einen guten Muskelruhetonus aufzuweisen, welcher dem kindlichen Köpfchen bei der Einstellung längs dem Beckenausgang hilfreich ist. Bei einer Schwäche der Beckenbodenmuskulatur kann die letzte Drehung des kindlichen Köpfchens im Becken der Mutter ausbleiben, welches einen tiefen Querstand des Köpfchens zur Folge haben könnte. (4; 5; 6; 9; 11; 13)

Stärkung der Zwerchfellaktivität

Die Stärkung der Zwerchfellaktivität in den letzten Schwangerschaftswochen ist ein weiterer wichtiger Schwerpunkt in der Geburtsvorbereitung. Durch Erarbeiten der physiologischen Bauchatmung gelingt es, trotz der durch die Spät-

schwangerschaft deutlich veränderten Organlage eine gute Druckübertragung auf den Beckenboden zu erzielen. Während der Geburt hilft die Bauchatmung die Wehenarbeit wirkungsvoll zu unterstützen. Darüber hinaus lässt sich über die Atmung das Nervensystem sowohl in der Schwangerschaft, als auch während aller Phasen der Geburt parasympathisch beeinflussen, welches reaktiv die kardio-vaskuläre Situation für Mutter und Kind verbessert. Eine richtungsorientierte Atmung im Sinne eines „Ausatem“ betonten Schiebens mit geöffneter Glottis unterstützt das Kind in der finalen Austreibungsphase.

Idealerweise sollte dies bereits vor der Geburt in verschiedenen Gebärdpositionen geübt werden, um Haltung und Bewegung an die Atmung zu koppeln und im Gehirn abspeichern zu können. So findet sich bereits in älterer Hebammenliteratur die Idee eines „Mund-Gebärmutter-Scheiden-Kanals“. Diese Vermutung bestand bis Ende des 18. Jahrhunderts im Volksglauben. Heute weiß man, dass es tiefe fasziale und über das vegetative Nervensystem auch neurale Verbindungen gibt. Funktionell ist die Annahme also durchaus haltbar, anatomisch selbstverständlich nicht. (4; 7; 8; 14)

2. Für Frauen mit Dysbalancen oder Pathologien: Physiotherapeutische Einzelsettings

Wir PhysiotherapeutInnen, die sich speziell in diesem Bereich fortgebildet haben, stellen unsere Expertise im Bereich der Körperarbeit gerne im Rahmen eines interdisziplinären Begleiterteams zur Verfügung. So sollten folgende Strukturen vor jeder Geburt reguliert sein:

Aufgrund genetisch angelegter oder über die Lebensjahre



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

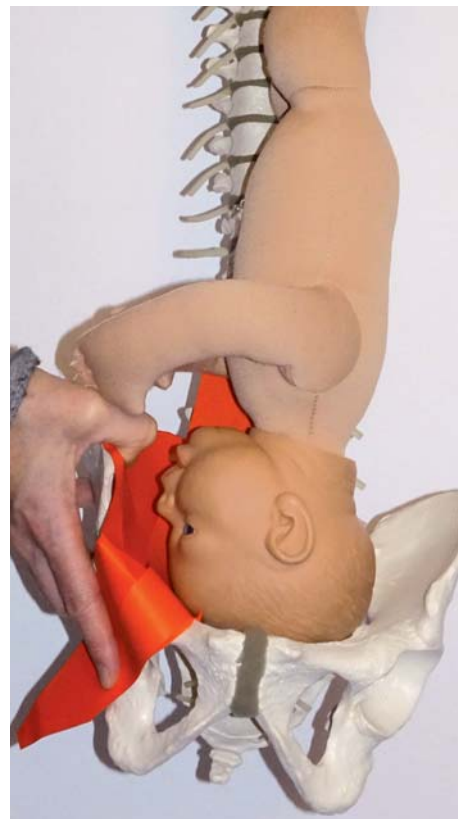


Abb. 5

erworbener Dysbalancen im Bereich des Beckens sowie über die Lage des Kindes in utero kann es während der Schwangerschaft zu behandlungsbedürftigen Pathologien kommen, welche unbedingt präpartal erkannt und behandelt werden müssen. Sonst könnte es während der Geburt zu Schwierigkeiten bei der kindlichen Köpfeinstellung kommen, und der natürliche Geburtsverlauf würde über externe Interventionen gestört werden.

Dabei seien folgende Strukturen im Kontext der physiologisch hormonellen Veränderungen besonders im Fokus:

Gelenke und Bänder

Das knöcherne Becken mit seinen direkten Gelenkverbindungen (*Sacro-Iliacal-Gelenke*, *Symphyse*, *Sacro-Coccygeal-Gelenk*) welche physiologischerweise während der Schwangerschaft hormonell aufgeweicht werden, soll in der Regel keine Beschwerden verursachen dürfen. Werden von den Frauen Beschwerden angegeben, dürfen diese nicht ignoriert oder bagatellisiert werden. Ein nicht korrigiertes *Sacro-Iliacal-Gelenk* kann beispielsweise während der Geburt das Tiefertreten des kindlichen Köpfcens bei bereits geöffnetem Muttermund verhindern. Ebenso kann eine Minderbeweglichkeit des *Os coccygeus* durch eine parietale Restriktion oder künstlich über eine ungünstige Gebärposition verstärkt Probleme während der Austreibungsphase hervorrufen. Eine manuelle Korrektur sollte in beiden Fällen als obligat angesehen werden. (Abb. 2 + 3) (1; 2; 3; 4; 10; 11)

Die angrenzenden parietal-ligamentären Bereiche, wie die Lendenwirbelsäule mit den *Ilio-lumbalen Bändern* und die Hüftgelenke, sowie die muskulär-faszialen Strukturen des Bauches seien hier besonders erwähnt. Beim Hüftgelenk ist die fasziale Verbindung des *M. obturatorius internus* zum Beckenboden über den *Arcus tendineus musculus levatoris ani* speziell zu beachten.

Der muskulär-fasziale Beckenboden bringt bei manchen Frauen bereits Pathologien in die Schwangerschaft mit. Erwähnenswert seien hier die verschiedenen Formen der Harn- und Stuhlinkontinenz, der Senkungen des weiblichen Genitals und die Narbenthematik vorangegangener Geburten und Operationen. Dies sollte zwar nicht invasiv, aber dennoch gründlich abgeklärt werden, um möglichst gute Voraussetzungen für die bevorstehende Geburt und die Zeit danach schaffen zu können (1; 2; 4)

Der Psoas

Der *M. Iliopsoas* als „Hüter des Beckeneingangs“, welcher die Position des Kindes maßgeblich mitbestimmt, bekommt meist wenig Aufmerksamkeit in der Schwangerschaft. Er ist der einzige Muskel, welcher die Verbindung zwischen Rumpf und Becken übernimmt (Abb. 5 Psoas Verlauf).

Als vorwiegend tonischer Muskel neigt er zur Verkürzung. Durch das zunehmende Gewicht des Kindes nach vorne wird ihm eine verstärkte Haltearbeit zuteil, worauf er mit Tonuserhöhung reagiert. Da er zusätzlich auch als Gleitlager für die Nierenfaszie zur Verfügung steht, reguliert sich sein Tonus auch an dieser Aufgabe.

Ein typisches Zeichen stark erhöhter Spannung kann durch die Frage nach dem *Vena-Cava-Kompressionssymptom* in Rückenlage geklärt werden. So haben Frauen, welche selbst in den letzten Schwangerschaftswochen keine Beschwerden in Rückenlage bei längerem Liegen angeben, vermutlich einen erhöhten Tonus des *M. Psoas*, der dafür sorgt, dass das Kind nicht bis auf die mütterlichen Stammgefäße Druck ausüben kann. Die Behandlung kann sowohl über manuelle Muskel- und Faziendehnungstechniken als auch über Selbstdehnung geschehen (Abb. 4) (9; 10; 13; 15)

Rechtzeitig behandeln

Bauch- und Beckenfaszien müssen in ihrer Verschieblichkeit untereinander, gegenüber den Bauchorganen und den Organen des kleinen Beckens frei sein. Sind etwaige Verklebungen durch Operationen, Entzündungen oder andere Narben entstanden, sollten diese möglichst noch einmal in der späten Schwangerschaft kontrolliert oder nach Bedarf behandelt werden. (1; 4; 10; 12)

Literatur:

- 1 Barral, Jean-Piere (2004). *Viszerale Osteopathie in der Gynäkologie*. München: Urban & Fischer Verlag.
- 2 Bo, Kari et al (2015). *Evidence-based Physiotherapy for the pelvic floor*. Elsevier Verlag.
- 3 Calais-Germain, Blandine (2013). *Das bewegte Becken*. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- 4 Carriere, Beate (Hrsg.) (2012). *Beckenboden*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- 5 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung (2013). *Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“*, Osnabrück.
- 6 Dietz HP et al (2011). *Avulsion of the puborectalis muscle is associated with asymmetry of the levator hiatus*. *Ultrasound. Obstet Gynecol*, 37(6): 723-726.
- 7 Ekmekcioglu, Cem (2016). *Das Glück der Berührung* Freiburg: Herder Verlag.
- 8 El Agamy Etman, Antoinette (2015). *Was geschieht bei der Geburt*. Bern: Hep Verlag.
- 9 Franke, Tara (2015). *Geburt in Bewegung - die Kräfte nutzen*. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- 10 Meert, Guido (2006). *Das Becken aus osteopathischer Sicht*. München: Urban & Fischer Verlag.
- 11 Pairman, Sally (2015). *Midwifery*. Chatswood/AUS: Churchill Livingstone.
- 12 Paoletti, Serge (2001). *Faszien*. München: Urban & Fischer Verlag.
- 13 Ramsayer, Beate (2013). *Die physiologische Geburt*. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- 14 Spitzer, Beatrix (1999). *Der zweite Rosengarten*. Hannover: Elwin Staude Verlag Hannover.
- 15 Staugaard-Jones, Jo Ann (2015). *Psoas-Training*. München: Stiebner Verlag.

Monika Siller,

Physiotherapeutin, Manualtherapeutin (OMT), Sportphysiotherapeutin, eigene auf Frauen spezialisierte Praxis in Köstendorf/Sbg., Lehrauftrag an der FH Salzburg für PhysiotherapeutInnen und Hebammen, Fortbildungsreferentin, Mitglied interdisziplinärer fachlicher Netzwerke, Mitarbeit bei nationalen und internationalen Projekten.

