

Bewegung fördern, Impulse unterstützen

Hebammen haben seit vielen Jahren mit Kolleginnen und Vorgesetzten Vor- und Nachteile verschiedener Gebärpositionen diskutiert, sie haben etwa in den 90-er Jahren begonnen, diese Positionen zu dokumentieren – zunächst die Geburtspositionen, dann auch die Haltungen der Frau auf dem Weg dahin. Aber es gibt keine einheitliche Hebammen-Sprache und keine Standards für die Beobachtung und Dokumentation dessen, was die Geburt eigentlich ausmacht: die kleinen und großen Bewegungen der Frau.

Hebammenforum April 2016 - von Tara Franke

Stellen Sie sich eine Gebärende mit kräftigen Wehen vor. Was sehen Sie? Eine Frau, die reglos in einer Position verharrt? Vermutlich nicht, sondern Sie werden die Gebärende wahrscheinlich in Bewegung wahrnehmen: kleine und große, schaukelnde, schwingende, wippende, kreisende Bewegungen. Mit dem Becken, den Beinen, dem Oberkörper, greifende Hände, schiebende Füße, krallende Finger. Hinundherneigen, Nicken und Strecken des Kopfes, Zähnezusammenbeißen, Augenschließen oder –öffnen, Krümmen und Überstrecken des Rückens. Dazu hören Sie in Ihrer Vorstellung vielleicht auch noch Atmen, Tönen, Stöhnen, Schreien oder andere leise oder vehemente Lautäußerungen.

Eingeschränkter Fokus bei Studien zum Gebärverhalten

Auch die Studienlage dazu ist schmal: zwar gibt es Hunderte von Studien, die mehr oder weniger klar definierte Gebärpositionen untersuchen oder mehrere mit einander vergleichen, aber schon im Studiendesign ist die Mehrheit fehlerhaft, weil sie suggerieren, die Frau sei *ununterbrochen* reglos in einer Position geblieben, und das teilweise über Stunden. Viele Frauen, die an randomisierten Studien zu Gebärpositionen teilgenommen haben, hielten sich aber gerade *nicht* an die ihnen zugeteilte Geburtsposition, weil diese nicht oder nicht auf Dauer für sie stimmig war (de Jonge 2007). Da nur wenige Studien den Aspekt der Bewegung von Frauen in Wehen überhaupt einbeziehen, gibt es kaum Erkenntnisse für deren Wirkung und noch weniger über die spezifischen Auswirkungen bestimmter klar definierter Bewegungen. Dennoch lassen die physiologischen Bewegungsimpulse der Gebärenden vermuten, dass sie irgendeinen positiven Effekt haben. Aus der funktionellen Bewegungslehre und der Physiotherapie lassen sich Rückschlüsse auf die mögliche Funktion der impulsiven Bewegungen von Frauen in der Geburt ziehen. Geburt ist Bewegung (Franke 2015)!

Physio-logisch, das aus dem Altgriechischen zusammengesetzt φύσις=*phýsis*=Natur und λόγος=*lógos* =Lehre oder Vernunft bedeutet, weist darauf hin, dass das, was die große Mehrheit der gebärenden Frauen instinktiv, also: „von einem [sicheren] Gefühl geleitet“ (Duden 2016) tun, logisch und sinnvoll ist. Werden Frauen von GeburtshelferInnen oder der Geburtsumgebung ohne zwingenden Grund oder wegen mehr oder weniger begründeten Überwachungsmaßnahmen und Interventionen in ihrem Bewegungsdrang eingeschränkt, kann dies der Logik und der optimalen Entwicklung der physiologischen Geburt entgegenstehen. Keine der vorhandenen Studien hat diese möglichen negativen Folgen von iatrogenen Immobilisierung bisher untersucht, - was jedoch nicht heißt, dass sie nicht potentiell hinderlich für den Geburtsverlauf ist. Es gibt allerdings mittlerweile zahlreiche Untersuchungen zum Empfinden der Frau in Bezug auf die Bewegungsfreiheit beziehungsweise deren Fehlen (Beittel und Bettge 1933, de Jonge 2009, Declercq et al. 2002, vergl. Franke 2015a).

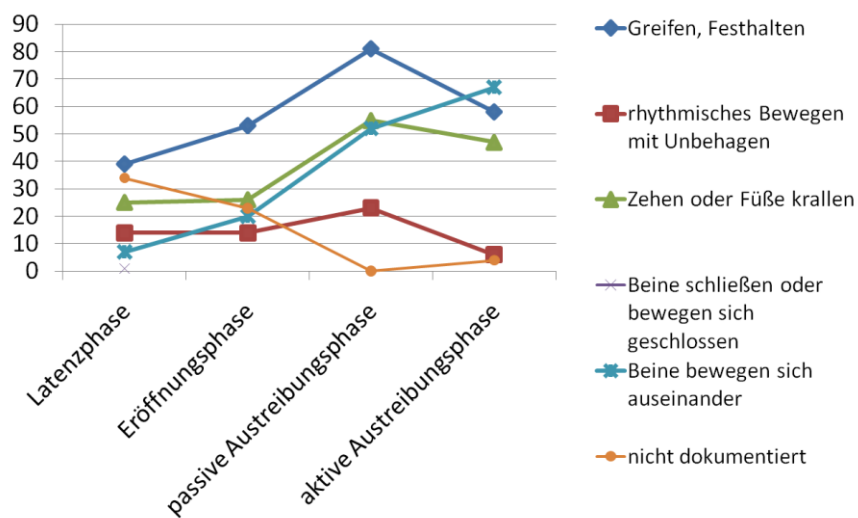
Bewegung und Verhalten von Frauen in der Geburt

Eine Arbeit sticht heraus, weil sie zunächst Beobachtungen von geburtshilflich tätigen Hebammen aufzeichnete, die diese beispielsweise bei den Übergaben äußerten, und daraus eine wirklich neue Art der Dokumentation des Verhaltensrepertoires von gebärenden Frauen ableitete (Duff 2005). Margareth Duff hatte beobachtet, dass die Hebammenkolleginnen zwar nur wenige festgelegte Parameter wie Muttermundweite, Wehentätigkeit und Einstellung des Kindes im Partogramm (basierend auf Friedmann 1955) festhielten, um den Geburtsfortschritt nachzuvollziehen, dass sie aber im Gespräch mit einander viele weitere Beobachtungen nutzten, um ihre Einschätzung zu untermauern, - besonders, wenn die Geburt zögerlich vonstattenging und die Diagnose „Dystokie“ drohte, obwohl die Hebamme keine wirklichen Bedenken über einen positiven Verlauf der Geburt hatten. Duff identifizierte daraus typische Signale und Verhaltensweisen der Gebärenden, die innerhalb und außerhalb der Kontraktionen beobachtet wurden, und unterschied vier Geburtsphasen: Latenzphase, Eröffnungsphase, Übergangsphase oder passive Austreibungsphase und aktive Austreibungsphase (Schieben).

Sie entwickelte ein Studiendesign mit einem Tool, mit dem jeweils eine stille Beobachterin in 179 Geburten in zwei britischen Geburtskliniken diverse Verhaltensweisen, verbale und nonverbale Kommunikation, Hautveränderungen, Bewegungs- und Atemmuster in Korrelation zur Geburtsphase aufzeichnete¹. Insgesamt unterschieden sich die Bewegungen während der Kontraktionen bei etwa 80 % der Frauen von deren Alltagsbewegungen, bei Erstgebärenden in der gesamten Austreibungsphase sogar zu 100 %. Langsame Bewegungen nahmen im Laufe der Geburt ab, Rastlosigkeit wurde häufiger. Auch benötigten die Frauen zunehmend mehr Hilfe, wenn sie die Haltung wechseln wollten (ab geöffnetem Muttermund mehr als die Hälfte). Besonders auffällig war, dass während der Kontraktionen das Krallen mit Zehen oder Füßen bei rund der Hälfte aller Frauen in der passiven und aktiven Austreibungsphase auftrat und das Greifen der Hände oder Festhalten sogar zwischen 60 und 80 %, (s. Abb 1: „Bewegungsmuster während der Kontraktionen“; Zahlen aus Duff (2005), Übersetzung und Grafik Tara Franke), wobei Frauen mit Geburtseinleitung dies häufiger taten als Frauen mit spontanem Geburtsbeginn.

¹ Viele der Frauen erhielten eine medikamentöse Einleitung (45 % der Erstgebärenden, 32 % der Mehrgebärenden) und Lachgas (48% bzw. 31 %), Pethidin (24 % bzw. 11 %) oder einer PDA (22 % bzw. 5 %), was bei den Ergebnissen teilweise auch differenziert wurde.

ABB 1: Bewegungsmuster während der Kontraktionen

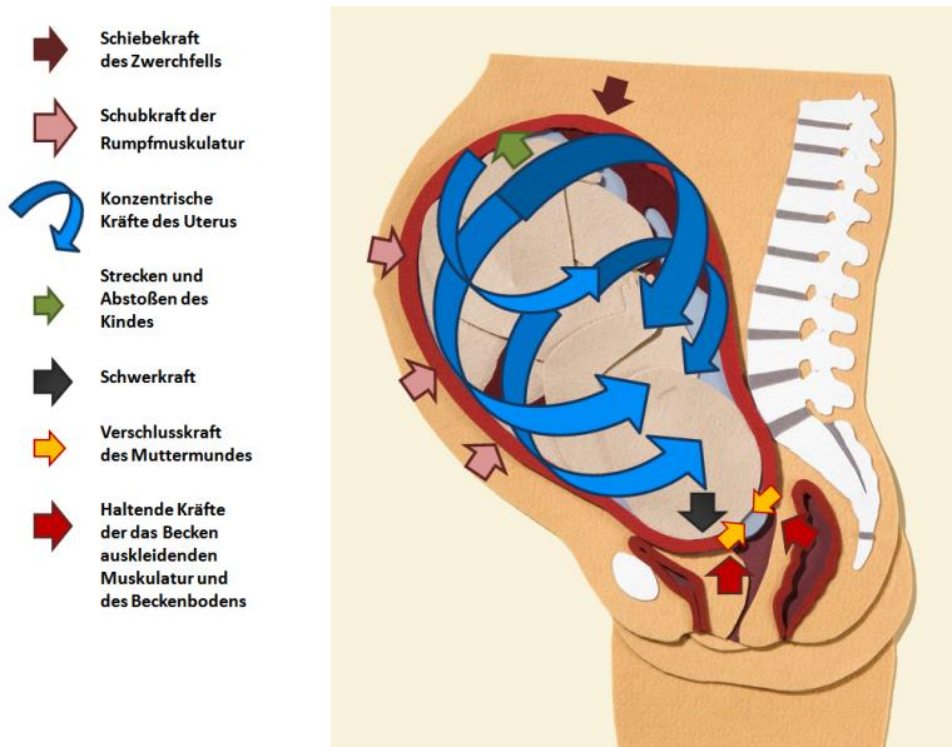


Die Funktion der Bewegung am Beispiel der Fußaktivierung

Da jahrzehntlang der geburtshilfliche Blick auf die Geburt von den Beckenmaßen geprägt war, sind heutige GeburtshelferInnen wenig geschult in der Funktion der Muskulatur des Beckens und des Körpersystems in ihrer Bedeutung für die Geburt (Franke 2015c). So entstanden allgemein akzeptierte Empfehlungen, sich in der gesamten Geburt möglichst zu entspannen, locker zu lassen, den Beckenboden loszulassen und zu öffnen und die Fersen auf dem Boden abzustellen. Angesichts der Ergebnisse von Duff und funktionell betrachtet muss dies revidiert werden. Um die Bedeutung der Aktivität der Füße zu verstehen, ist es hilfreich, sich zunächst die Anatomie des Beckens und das Zusammenspiel der Geburtskräfte vor Augen zu führen.

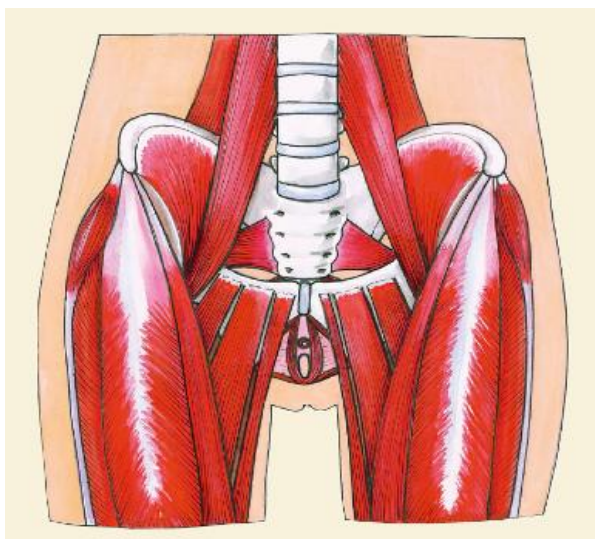
Damit ein Kind den mütterlichen Körper verlassen kann, müssen die Kräfte, die es in der Schwangerschaft gehalten haben, nun nachgeben. Das Öffnen des Muttermundes erfolgt in den Wehen nicht über ein aktives Loslassen dieses Ringmuskels, sondern über eine Dehnung durch den Druck des mütterlichen Körpers auf das Kind und die Eigenbewegung des Kindes, das sich streckt. Wir wissen nicht, wie groß der Anteil der jeweiligen Kräfte ist, aber Abb. 2 zeigt schematisch das Zusammenspiel der austreibenden und haltenden Kräfte.

ABB 2: Die Kräfte der Geburt



Das Becken wird geburtshilflich allgemein mit einem knöchernen Beckenring gleichgesetzt, ist aber funktionell ein komplexes System aus mehreren Knochen, die durch Gelenke, Bänder, Muskeln, Bindegewebe und Faszien stabil und zugleich beweglich mit einander verbunden sind (Franke 2001, 2015c, 2015d). Das Kind hat außer am Übergang vom großen zum kleinen Becken (Linea terminalis) wenig bis gar keinen Kontakt zu den Knochen des Beckengürtels, sondern wird nach der Öffnung des Muttermundes auch weiterhin durch einen Muskelweg geschoben, der mehr oder weniger nachgiebig ist. Abb. 3 (Franke 2016) gibt einen Eindruck von - einem Teil - der Muskulatur, die das Becken stabilisiert – und die auf jede Bewegung der Frau reagiert beziehungsweise diese auch selbst initiiert.

ABB 3: Das Muskelbecken, Halt und Bewegungsapparat des knöchernen Beckengürtels (mit freundlicher Genehmigung des Elwin Staude Verlages ©)



Die Muskulatur des Beckens, insbesondere der Beckenboden, hat einen engen funktionellen Bezug zu den Muskeln der unteren Extremität, der Bauchmuskulatur und über die Rumpfmuskulatur auch zu den oberen Extremitäten. Das bedeutet, dass ein Zug mit den Händen ebenso wie das Aktivieren der Füße durch Krallen der Zehen, Fersenanheben, Fußdruck gegen einen Fixpunkt oder das Abstützen mit den Füßen wie in ABB 4 (Franke 2016) eine ganze Kette von Muskeln aktiviert, in diesem Fall durch Pfeile dargestellt. Das Aktivieren der Füße löst - ebenso wie das der Hände - reflektorisch ein Anspannen der Bauchmuskulatur aus, die ihrerseits die Gebärmutter in ihren Kontraktionen unterstützen und diese mit dem Kind darin in Führungslinie bringen. Wenn also die Frau durch die zunehmenden Wehenschmerzen im Verlauf der Geburt zu diesen Körperreaktionen animiert wird, unterstützt sie damit instinktiv die austreibenden Kräfte der Geburt. Warum manche Frauen einen stärkeren Widerstand der haltenden Kräfte haben als andere und daher mehr Kraft und Zeit benötigen, um das Kind hinaus zu schieben, wissen wir nicht. Es könnten Faktoren wie Veranlagung, Trainingszustand der Muskulatur, die körperliche und seelische Verfassung und natürlich die Parität und die Größe des Kindes sein. Übermäßige Anspannung der Muskulatur im Becken kann die Schmerzen steigern, daher können allgemein entspannende Maßnahmen wie ein Wannenbad oder Schuckelmassagen hilfreich sein. Frauen jedoch die Aktivität der Füße zu verbieten und sie aufzufordern, die Fersen abzustellen, „um sich zu erden“, ist ein gut gemeinter aber kontraproduktiver Ratschlag, der der Frau außerdem noch vermittelt, dass ihre Impulse „falsch“ seien und sie auf die ExpertInnen hören müsse, um gebären zu können.



ABB 4: Abstützen mit den Füßen

Der Beckenboden wird durch diese Fußaktivierung übrigens ebenfalls reflektorisch aktiviert, was aber nicht bedeutet, dass er „verspannt“ ist und die Geburt verhindert – im Gegenteil. Auch ein gespannter Muskel ist dehnbar! Eine gewisse Spannung des Levatormuskels ist notwendig, um die Beugung und Drehung des kindlichen Köpfchens in der Beckenmitte zu initiieren und um sich im Beckenausgang vor einem zu schnellen Durchtritt und damit einhergehenden schweren Dammverletzungen zu schützen (Franke 2015 a, 2015d).

Fazit

Ob und wie schnell die Geburt vonstattengeht, hängt maßgeblich von dem Verhältnis der austreibenden und haltenden Kräfte ab. Möglicherweise ist eine physiologische Funktion der Wehenschmerzen ja gerade die, dass die Frau diese durch Bewegung ausagiert und dabei intuitiv und schon lange vor der aktiven Austreibungsphase die austreibenden Kräfte mobilisiert. Die verlangsamende Wirkung der PDA für den Geburtsprozess mag – neben dem Effekt der Wehenhemmung - auch hierauf zurückzuführen sein (Franke 2015a). Daher sollten Hebammen und ärztliche GeburtshelferInnen den eigenen Bewegungsimpulsen der Frau möglichst positiv begegnen, sie dabei unterstützen und auch aktiv dazu anregen. Bildhafte Erläuterungen (Franke 2009, 2015b, 2016) über die Funktionsweise des Körpers der gebärenden Frau und eigene Körpererfahrungen in der Geburtsvorbereitung (Franke 2001) können das Wahrnehmen und Ausagieren dieser Impulse bei der Geburt unterstützen.

Literatur:

- Beittel H, Bettge S. (1993). Einfluss von Bewegungsfreiheit unter den Wehen und selbstgewählten Gebärhaltungen auf Geburtsverlauf und Geburtserleben der Frau. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Geburtshaus für eine selbst bestimmte Geburt e.V. Berlin: Eigenverlag
- Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. (2002). Listening to mothers: Report of the U.S. Survey of Women's Childbirth Experiences. New York
- De Jonge, Ank (2007). Birthing positions revisited. Examining the Evidence for a routine practice. Dissertation. Nijmegen: Radboud Universiteit
- De Jonge, A (2009). Are there inequalities in choice of birthing positions? Socio-demographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. Midwifery. 25 (4): 439-448.
- Duff M. (2005) A study of labour. Dissertation
- Franke T., (2016, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Der aufrechte Gebäratlas. Hannover: Elwin Staude Verlag
- Franke T. (2015a). Geburt in Bewegung - die Kräfte nutzen. Hannover: Elwin Staude Verlag
- Franke T. (2015b). Elterninfo Nr. 21: Gebärhaltungen. 7. Auflage. Hannover: Elwin Staude Verlag
- Franke T. (2015c). Anatomie der Geburt | Teil 1: Das bewegliche Becken. Deutsche Hebammenzeitschrift (07): 30-33
- Franke T. (2015d). Anatomie der Geburt | Teil 2: Psoas – Hüter des Beckeneingangs. Deutsche Hebammenzeitschrift (08): 44-47
- Franke T. (2012). Kraftvolle Füße, die aufrichten und tragen. Deutsche Hebammen Zeitschrift. (8): 48-51
- Franke T. (2009). Poster „Gebärhaltungen“. Hebammenforum
- Franke T. (2001). Wie viel Bewegung braucht die Geburtsvorbereitung? Deutsche Hebammenzeitschrift (06) : 6-8
- Friedmann, EA (1955). Primigravid labor: A graphicostatical analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 6 (6): 567-589

Autorin:

Tara Franke,

Hebamme und Sexualpädagogin, Autorin und Illustratorin, Redakteurin der Deutschen Hebammenzeitschrift und freie Dozentin für Hebammenwesen.

Kontakt: tara@herztoene.net