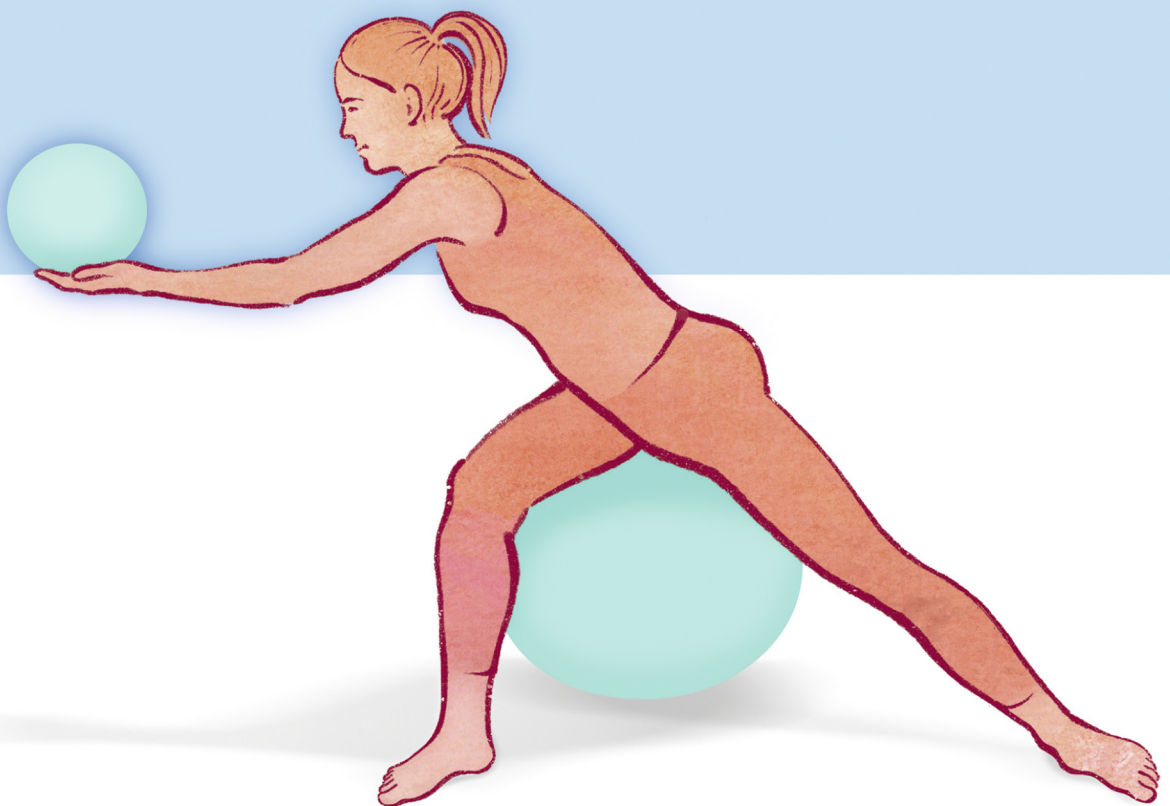


Nach der Geburt

Heller-Konzept: Wochenbett und Rückbildung,
Therapie des weiblichen Beckenbodens

Herausgegeben von
Angela Heller

3. Auflage



Nach der Geburt

Heller-Konzept: Wochenbett und Rückbildung, Therapie des weiblichen Beckenbodens

Angela Heller

Mit einem Beitrag von Beate Carrière

3. Auflage

492 Abbildungen

Angela Heller
Physiotherapeutin
Waldlichtung 63
68219 Mannheim

Beate Carrière
Physiotherapeutin
Curtiusstr. 17
23568 Lübeck

Covergestaltung: © Thieme
Bildnachweis Cover: © Thieme/Martina Berge
Zeichnungen: Katharina Schumacher, München
Fotos: Angela Heller, Mannheim

*Die Deutsche Bibliothek –
CIP-Einheitsaufnahme*

*Ein Titeldatensatz dieser Publikation kann bei
Der Deutschen Bibliothek angefordert werden.*

1. Auflage 2002 Georg Thieme Verlag KG
2. Auflage 2015 Georg Thieme Verlag KG

© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany
www.thieme.de

Printed in Germany

Satz: Schneider Druck GmbH, Rothenburg
gesetzt auf 3B2, Version 6.05d/W

Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe

ISBN 978-3-13-244282-5

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-244283-2
eISBN (epub) 978-3-13-244285-6

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Thieme nennt Autorinnen und Autoren konkrete Beispiele, wie sich die Gleichstellung von Frauen und Männern sprachlich darstellen lässt. Wo im Text (z. B. aus Gründen der Lesbarkeit) nur das generische Maskulinum verwendet wird, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint.

Widmung

Für meine Mutter – die mich geboren hat,
für meinen Sohn Henry – den ich geboren habe.

Vorwort zur 3. Auflage

Nicht jedes Fachbuch bekommt in innerhalb von 19 Jahren eine dritte Auflage! Den Georg Thieme-Verlag Stuttgart bewog dazu die ungebrochene Nachfrage nach diesem Buch in Zeiten, in denen von vielen Lesern das „e-Book“ bevorzugt wird. Dieses Buch ist als Handbuch und Nachschlagewerk mit 492 Abbildungen, die u.a. Übungen nachvollziehbar darstellen, konzipiert. Es ist sehr gut, dass es für alle, die betroffene Frauen therapieren, rasch und (be-)greifbar weiterhin auch in der übersichtlichen Printversion zur Hand bleibt. So danke ich dem Thieme-Verlag und hier zuerst Rosi Haarer-Becker, meiner mir über mehr als zwei Jahrzehnte vertraut gewordenen Beraterin, sowie Sabrina Schickle, die sich all dem, was heute bei einer neuen Buchaufgabe alles berücksichtigt werden muss, engagiert annahm.

Meine interessierten LeserInnen bitte ich dringend, mein 2. Vorwort von 2015 und mein 1. Vorwort von 2002 im Kontext mit dieser 3. Auflage aufmerksam zu lesen, denn alles darin von mir zu meiner Therapie mit Wöchnerinnen und Beckenbodenpatientinnen Geschriebene hat unverändert Gültigkeit! Mögen die Inhalte meines Lehr- und Lernbuches noch lange Zeit für Therapeuten und Hebammen von Nutzen und für Patientinnen Hilfe bringend sein. Es stellt einen wesentlichen Anteil meiner nunmehr 63 Jahre währenden beruflichen Lebensarbeit dar.

Ihre
Angela Heller
Mannheim, im Februar 2021



Vorwort zur 2. Auflage



Zwölf Jahre nach dem ersten Erscheinen dieses Buches darf ich nun das Vorwort zur 2. Auflage schreiben. Die 1. Auflage ist restlos vergriffen, die Nachfrage nach diesem Buch verstummt allerdings nicht. Ich danke daher dem Thieme Verlag und besonders meiner Ansprechpartnerin und langjährigen Kollegin Rosi Haarer-Becker sehr für die Weiterführung dieses Buches.

„Eigentlich wird ein Buch nie fertig!“, schrieb ich zur 1. Auflage. In der Tat gäbe es heute, Jahre danach, viele Ergänzungen durch neue Einsichten und neue Ergebnisse aus der Forschung zu berücksichtigen. Das Wesentliche meiner Inhalte ist jedoch nach wie vor gültig. Das gilt ganz besonders für die Kernthemen in den Kapiteln 1 bis 4.

Ihre besondere Aufmerksamkeit, liebe Leserinnen und Leser, möchte ich auf folgende Inhalte des Buches lenken:

- die *reponierende Grifftechnik zum Schließen einer Rektusdiastase* in den Kap. 1.4.10.2 und 4.2.3.7. Nehmen Sie diese Technik, die das Alignment

beider Rektusmuskeln wiederherstellt, dringend in Ihr Therapiekonzept auf. Über das Internet verbreitete sich diese „Heller-Griff-Technik“ so sehr, dass eine kleine Gruppe kundiger Therapeuten den Ansturm von Frauen (und Männern) therapeutisch gar nicht mehr bewältigen kann.

- das Kapitel 5: Es führt Sie in das Zentrum meiner heutigen Arbeit, den Beckenboden von Frau (und Mann). Als das HELLER-KONZEPT fand diese Arbeit weite Verbreitung. Wer meine Fortbildungskurse kennt, weiß, dass meine Kurskripte, die ich kontinuierlich aktualisiere, diese thematischen Erweiterungen enthalten. Das Essenzielle meiner Arbeit finden Sie jedoch nach wie vor in diesem Buch.

Mir liegen im Rahmen des HELLER-KONZEPTS zwei Themen besonders am Herzen:

- Die Kaiserschnitt-Entbindung und deren Auswirkungen haben heute in meiner Arbeit *Geburtsvorbereitung – Methode Menne-Heller* wie in *Nach der Geburt – Wochenbett und Rückbildung* größere Bedeutung. Die von der WHO als *based evidence* genannte Sectio-Rate von 10% bis 15%, welche als „Nothilfe bei allen mütterlichen und kindlichen Indikationen“ (*emergency caesarean*) immer und unbedingt gerechtfertigt ist, hat gegenwärtig mit dem elektiven (gewünschten) Kaiserschnitt im Durchschnitt eine Sectio-Rate von 30% bis 40% (teilweise regional noch höher) erreicht! Zu diesem brisanten Thema habe ich mich 2012 in der 2. Auflage von *Carrière, Beckenboden, geäußert* (erschieden bei Thieme, Kapitel 6.1).

- Beckenboden-Funktionen, Dysfunktionen und Dysbalancen sind heute zentraler Bestandteil des HELLER-KONZEPTS. Ich referiere dazu in Fort- und Weiterbildungen für Physiotherapeuten und Ärzte der Urogynäkologie im gesamten deutschsprachigen Raum, aber auch mehrmals in Südkorea.

Bewährt hat sich meine strukturell-inhaltliche Unterscheidung der Beckenbodentherapie nach Schwerpunkt und Zielsetzung: Für die Lebensphasen einer Frau ergeben sich meines Erachtens unter Einbeziehung von Schwangerschaft, Geburt (vaginal wie auch abdominal beendet)

und Wochenbett, aber auch unabhängig davon drei therapeutische Schwerpunkte.

- *Beckenbodenprävention* während der Schwangerschaft für die Geburt mit dem Schwerpunkt: *Öffnen für das Kind*.
- *Beckenbodenrekonvaleszenz* nach der Geburt im Wochenbett zur Rückbildung mit dem Schwerpunkt *Wiederherstellen, Rehabilitation zur Funktionsnormalität*.
- *Beckenbodentherapie* konservativ, (prä-) und postoperativ mit dem Schwerpunkt *Spezielle befundangepasste Therapiekonzepte*.

Diese Definitionen aus dem HELLER-KONZEPT helfen beim Differenzieren befundabhängiger Ziele und beim Auswählen physiotherapeutischer Maßnahmen für die Arbeit mit dem Beckenboden.

Ich wünsche mir, dass Sie die Kapitel zu den Strukturverletzungen eingehend studieren. Nicht selten hinterlassen die Spätfolgen traumatischer Verletzungen der pelvinen Strukturen ihre Spuren bis ins hohe Alter; dann wird aber keine Kausalität mehr zu Geburt, Geburtsmanagement oder operativen Eingriffen gesehen.

Herzlichen Dank an alle, die mein Vorwort aufmerksam gelesen haben.

Ihre
Angela Heller
Physiotherapeutin und Fortbildungsreferentin,
Januar 2015

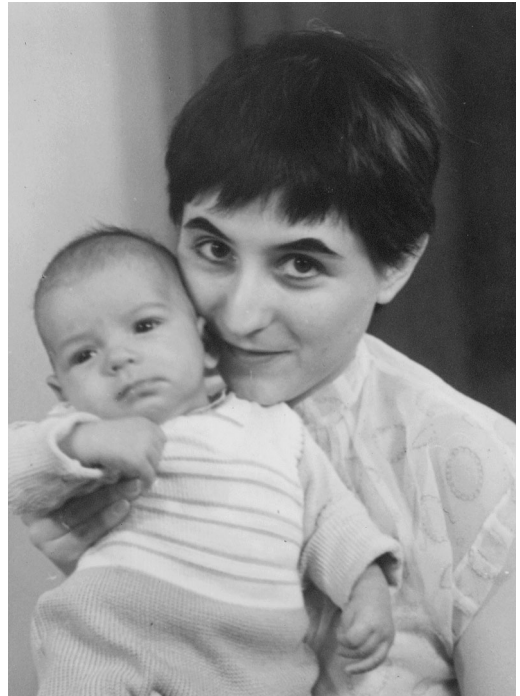
Vorwort zur 1. Auflage

Jetzt, vier Jahre nach Erscheinen meines ersten Buches „Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller“, liegt meine Arbeit „Nach der Geburt – Wochenbett und Rückbildung“ vor. Für mich persönlich ist mit diesem Ergebnis nunmehr die schriftliche Dokumentation meiner beruflichen Lebensarbeit, d. h. über vier Jahrzehnte Schwangere auf ihre Geburt vorbereitet zu haben, Gebärende begleitet und Wöchnerinnen im Früh- und Spätwochenbett mit allen Facetten vom normalen Wochenbettverlauf bis zu pathologischen Abweichungen, aber auch Patientinnen mit Beckenbodendysfunktionen therapiert zu haben, abgeschlossen. Damit wird diese Arbeit gewissermaßen zum Schlussstein des Bogens.

Ich bin mir gewiss, es werden immer wieder aus gemachten Erfahrungen neue Erkenntnisse und daraus resultierend neue methodische Vorgehensweisen hinzugewonnen werden. Zugleich bin ich aber überzeugt, dass ein gutes Wissensfundament auch dafür eine Gewähr ist, Neues mit Erfolg auf dem Vorhandenen aufzubauen. So hoffe ich, dass auch meine Arbeit dieser Aufgabe gerecht wird.

In den zurückliegenden Jahren ist die Entwicklung, was den Tätigkeitsbereich meiner Berufsgruppe auf dem Felde der Leistungen um die Rückbildung der Frauen anbelangt, verstärkt in eine ungünstige Situation geraten. Die physiotherapeutische Leistung auf diesem Gebiet wird von den Kassen vieler Orts nicht honoriert, Physiotherapeuten werden so von jahrzehntelanger Arbeit mit Wöchnerinnen verdrängt, obwohl, wie ich in meinem Buch deutlich zeigen kann, ihr Einsatz oftmals dringend erforderlich wäre. Denn eine oft unzureichende oder gar falsche Behandlung aus körpertherapeutisch/orthopädischer Sicht der Frau im Wochenbett kann schließlich Spätfolgen hervorrufen, die, nur von der Kostenseite betrachtet, späterhin für die Kostenträger vielfach teurer werden können.

Ich bin der Meinung, dass die Leistungen der Hebammen im Bereich der individuellen Schwangerschaftsvorsorge, der Geburtshilfe und der Wochenbettbetreuung überhaupt nicht wegzudenken sind. Wer mein Buch aufmerksam liest, wird das bestätigt finden. Darüber hinaus aber sollte es m.E. keinen Wettbewerb um den ausschließlichen



Zugang zu dem Tätigkeitsfeld der Rückbildungsgymnastik im Wochenbett geben. In meinen Fortbildungen versuche ich immer wieder den Blick dafür zu schärfen, dass es darum geht, die optimale Betreuung der Frauen im Wochenbett beiden Leistungserbringern zu überlassen, und zwar nach der Maßgabe des beruflichen Ausbildungsprofils und seiner daraus erwachsenden besonderen Stärken.

Mit meinem seit Jahrzehnten von mir vertretenen interdisziplinären Ansatz, habe ich dieses Buch wieder für beide Berufsgruppen der Physiotherapeuten und Hebammen geschrieben, wobei m.E. Gymnastiklehrerinnen mit pflegerischer Ausbildung durchaus eine Qualifikation haben, Rückbildungsgymnastikkurse anzubieten. Selbstverständlich freue ich mich auch, wenn interessierte Laien sich durch dieses Buch „kämpfen“, was dann durchaus eine anregende Lektüre sein kann.

Diese interdisziplinäre Aufgabenstellung hat letztlich auch dazu geführt, dass der ursprünglich geplante Umfang des Buches bei weitem überschritten wurde. In den einzelnen Ausführungen habe ich mich bemüht, eine Sachdarstellung zu finden, die es jeweils beiden Berufsgruppen erleichtert, gewisse ausbildungsbedingte Defizite auszugleichen. U.a. greife ich auf die eingeführten Begriffe der Funktionellen Bewegungslehre (FBL) immer wieder zurück, weshalb auch in den beiden Innenumschlagseiten wichtige Begriffe anhand von Zeichnungen für Hebammen erläutert werden.

Auch das Eingehen auf die vielen Facetten des Wochenbetts wäre mit einem ergänzenden Kapitel, wie im ersten Buch angedacht, nicht zu realisieren gewesen.

Wie kann das Buch richtig gelesen werden? Die Leserin, der Leser wird viele Querverweise zu korrespondierenden Kapiteln des jeweiligen Inhalts finden (Kapitel-Verweis). Das kann, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, den Lesefluss unterbrechen. Diese Hürde ergibt sich aus dem Aufbau meines Buches in vier Säulen, die parallel abgehandelt werden:

1. Der theoretische Unterbau
2. Der normale Früh- und Spätwochenbettverlauf
3. Abweichungen von der Norm im Früh- und Spätwochenbett
4. Die Kaiserschnittentbindung.

Jeder Leserin, jedem Leser ist es überlassen, diese Kapitelverweise zu ignorieren.

Beim über das Lesen hinausgehenden Studium des Inhalts wird empfohlen, zur Verdeutlichung der Zusammenhänge den Querverweisen nach-

zugehen, um einen Gesamteinblick zu erhalten. In den Kapiteln 2. und 3. wird die Bündelung der vier Inhaltssäulen bei der „Befundaufnahme“ und den „Zielsetzungen“ hervorgehoben.

Wie ich weiß, ist die eine oder andere Leserin in der Art und Weise, wie sie angesprochen wird, sehr eigen und bedacht auf eine korrekte Berufs- oder Geschlechtsbezeichnung. Ich bitte um Nachsicht, falls ich das nicht durchgängig berücksichtigt habe. In diesem Zusammenhang ist mir auch wichtig, dass sich jede der beiden Berufsgruppen angesprochen fühlt, wenn ich in den Kapiteln mit therapeutischen Übungen und Behandlungen für alle Ausführenden von „Therapeuten“ spreche.

Für erwähnenswert halte ich es auch, dass alle im Buch gezeigten fotografischen Abbildungen Frauen zeigen, welche Früh- und Spätwöchnerinnen waren oder den Zustand nach Sectio erlebt haben.

Eigentlich wird so ein Buch nie fertig. Mit jeder themenbezogenen Veröffentlichung kommen neue Ansichten und Einsichten zu Wort, neue Wege und Aspekte werden aufgezeigt. Irgendwann muss aber ein Schlussstrich gezogen werden und sei es nur aus ökonomischen Gründen. So endet auch mein Buch mit dem guten Willen, einen weit möglichst aktuellen Abschluss gefunden zu haben.

Während ich dieses Vorwort schreibe, begraben in New York die eingestürzten Trümmer des World-Trade-Centers Tausende von Menschen. Wie viele unschuldige ungeborene Kinder waren wohl dabei? Diesen Ungeborenen und ihrer Mütter möchte ich an dieser Stelle gedenken!

Mannheim im Herbst 2001

Angela Heller

Danksagung

Kein Buch kann ohne Hilfen geschrieben werden. Deshalb möchte ich all denen dafür danken, welche mir zu unterschiedlicher Zeit und zu den verschiedenen Themen meiner Ausführungen mit fachlicher Beratung und menschlicher Motivation zur Seite standen.

Meine tiefe Dankbarkeit gehört zuerst und vor allem *meinem Mann*, dem in so kurzem Zeitabstand der Entstehung zweier Bücher seine Freiräume zusammenschumpften, wie er sich dies vor der Zeit seines Ruhestandes nicht erträumt hätte. Wieder unterstützte er mich mit allen denkbaren Hilfen und motivierte mich immer dann, wenn ich verzagt war.

Meine Kollegin *Roswitha Bodenstein-Lukate* (FBL-Instruktorin) stand mir jederzeit zur Seite. Ihr danke ich für ihre zeitaufwendige und kritische Durchsicht der Manuskript-Teile zur Rückbildungsgymnastik und ihre wertvollen Anregungen dazu; aber auch für ihre fürsorgliche Betreuung und Freundschaft während dieser ganzen Zeit.

Meine Kollegin *Elvira Braun* war immer wieder bereit, meine Texte gegenzulesen, besonders wenn es um Erlebensbereiche der Wöchnerinnen ging. Viele konstruktive Vorschläge und Anregungen und eine in 22 Monaten nicht nachlassende Motivationshilfe habe ich ihr zu danken. Ihre positive Einstellung zu meinen Texten baute mich immer wieder neu auf.

Meiner Kollegin *Beate Carrière* bin ich zu Dank verpflichtet, dass sie mir ihr umfangreiches Wissen zur Verfügung stellte und bereit war, im Kapitel 5 die Problematik in den späteren Lebensabschnitten der Frau zu beschreiben und Wege zur Abhilfe aufzuzeigen.

Meiner Kollegin *Inge Deichelbohrer* danke ich, dass sie bei der nicht einfachen Zusammenstellung der Kapitel 2 und 3 konstruktiv und kritisch, geduldig und hilfsreich an meiner Seite war.

Mein großer Dank geht an die Hebamme *Gabriele Krüger*, die wieder, wie auch in meinem ersten Buch, bereit war, das Konzept für Stillen und Stillprobleme zu übernehmen und als erfahrene Hebamme die meisten Stillbilder dazu selbst fotografierte.

Hilfreiche Unterstützung bekam ich von meiner Wiener Kollegin *Elisabeth Frank-Strobl* und vom *Team der Physiotherapeutinnen der Universitäts-*

frauenklinik Graz, Gabi Lippitt, Birgit Fauland und Edith Kozar, welche für mich zu jeder Zeit ansprechbar waren.

Die Lehrhebamme *Anna Hübner*, Erlangen, war immer wieder bereit, meine hebammenspezifischen Ausführungen sorgfältig und kritisch durchzusehen und gab mir wertvolle Literaturempfehlungen. Ihrer fachlichen und menschlichen Unterstützung gilt mein besonderer Dank.

Auch den Hebammen *Lydia Weber* und *Emmy Herberth* danke ich, dass sie mich an ihrem reichen Erfahrungsschatz als Hebammen teilhaben ließen.

Ärzten, denen ich an dieser Stelle Dank sagen möchte:

Dem Frauenarzt *Dr. H. J. Krüger* für seinen tiefen Beitrag zum Thema Kaiserschnitt mit den unterschiedlichen operativen Verfahren und den dazugehörigen Originalfotos, auch darüber hinaus für seine Durchsicht meiner Ausführungen zu diesem Thema.

Der Frauenärztin *Dr. Maria Reihls* von der Universitätsfrauenklinik Graz verdanke ich die verschiedenen Röntgenbilder zur Symphysenproblematik. Darüber hinaus konnte ich mit ihr viele einschlägige Fragen abklären.

Einen Großteil der fotografischen Arbeit übernahm mein Mann. Es waren viele Fototermine notwendig, um in zeitaufwendiger Arbeit die von mir extra einbestellten Wöchnerinnen in allen Übungsstellungen abzulichten. Für Spätwöchnerinnen wurde mir dies in den Praxisräumen meiner Kolleginnen *Birgitt Jakob*, Ludwigshafen, *Eva Dumont*, Mannheim, *Petra Welz-Lechler*, Mannheim, in der Hebammen-Praxis *Manuela Kunze*, Mannheim und in den Physiotherapieräumen der Orthopädie am Klinikum Mannheim ermöglicht. Die Frühwöchnerinnen konnten wir in der Geburtsklinik Altendorf-Groh und in der St. Hedwigsklinik, beide Mannheim, fotografieren. Allen danke ich für ihre Hilfsbereitschaft, mir dazu ihre Räume zur Verfügung gestellt zu haben.

Von meiner Grazer Kollegin *Gabriele Lippitt* wurden die Befundsituationen bei Wöchnerinnen mit viel Fachkenntnis in der Grazer Universitätsfrauenklinik aufgenommen. Auch für diese für das Buch wertvollen Aufnahmen danke ich ihr.

Besonders danke ich jenen Wöchnerinnen für ihre Offenheit, mit der sie ihre physisch/psychisch belastete oder traumatisierte Wochenbettzeit für mein Buch aufschrieben oder mich aufzeichnen ließen.

All den Früh- und Spätwöchnerinnen, welche spontan bereit waren, sich für dieses Buch, teils mit ihren Babys ablichten zu lassen, muss ich ganz besonders danken. Erst durch sie bekommen die Ausführungen in meinem Buch Lebendigkeit und Dynamik.

Nicht ohne Dank lassen möchte ich die Mainzer Ägyptologin *Dr. Mechthild Schade-Busch*, die für mich die „Wochenlaube“ aussuchte und bei allen Datierungen und Zuordnungen der in diesem Buch benutzten ägyptischen Abbildungen behilflich war.

Danken möchte ich auch den hier nicht namentlich genannten Helferinnen, die mich im Zusammenhang mit diesem Buch unterstützt haben.

... Last, but not least, möchte ich mich beim Team des Thieme Verlags für seine Professionalität und Geduld bedanken. Die Programmplanerin Rosi Haarer-Becker, die Buchherstellerin Dagmar Kleemann und Andrea Schwarz, welche als Sekretärin immer an meine Belange dachte, sind weitgehendst auf meine Wünsche und Gestaltungsvorschläge eingegangen.

Angela Heller

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Grundlagen zu Wochenbett und Rückbildung	3
1.1 Nach Schwangerschaft und Geburt: Wochenbett und Rückbildung	3
1.1.1 Was bedeutet Wochenbett?	3
1.1.2 Was bedeutet Rückbildung im Wochenbett	11
1.2 Physiologie des Wochenbetts	16
1.2.1 Physiologische Rückbildungsvorgänge nach Schwangerschaft und Geburt während des normalen Wochenbett- verlaufs	16
1.2.2 Hormonelle Umstellung bis hin zur erneuten Ovarialfunktion, Menstruation, Fertilität	16
1.2.3 Genitale Rückbildungs- und Wundheilungsvorgänge (Involution) ...	17
1.2.4 Veränderte Physiologie bei Zustand nach Sectio caesarea	22
1.3 Extragenitale Rückbildungs- und Anpassungsvorgänge (Involution und Adaptation)	35
1.3.1 Körpergewicht, Körpertemperatur und Puls im Wochenbett	35
1.3.2 Kreislauf, Herz, Wasserretention	35
1.3.3 Hämodynamische Veränderungen an den venösen Blutgefäßen	37
1.3.4 Haut	40
1.3.5 Nieren- und Harnblasenfunktion (Harntrakt)	42
1.3.6 Darm- und Analfunktion	48
1.3.7 Funktionseinheit abdominopelvine Leibeshöhle (Rumpfkapsel)	52
1.3.8 Knöchernes Becken und seine Bedeutung für die Geburt	84
1.3.9 Laktation: Stillen	90
1.4 Beschwerden und Probleme im Früh- und Spätwochenbett	95
1.4.1 Rückbildungsstörungen des Uterus ...	95
1.4.2 Verstärkte vaginale Blutungen/ Hämatome	96
1.4.3 Erhöhte Temperatur bis Fieber (Puerperalfieber)	98
1.4.4 Wundheilung und Wundheilungs- störungen	99
1.4.5 Störungen und Erkrankungen der Bein- und Beckenvenen	105
1.4.6 Stillprobleme	110
1.4.7 Miktionsstörungen	113
1.4.8 Defäkationsstörungen	116
1.4.9 Funktionsstörungen im Vaginalbereich	123
1.4.10 Funktionseinschränkungen an der Bauchmuskulatur	128
1.4.11 Psychische Störungen	136
1.4.12 Beschwerden und Probleme am knöchernen Beckenring	140
1.5 Ernährung, Körperpflege, Sexualität und Partnerschaft	162
1.5.1 Einführung	162
1.5.2 Körperpflege	164
1.5.3 Sexualität und Partnerschaft	165
1.6 Finden in die Elternrolle	167
1.6.1 Leben mit dem Neugeborenen/ Säugling	167
1.6.2 Abweichung von der normalen Entwicklung erkennen	178
1.6.3 Wenn Kinder zu früh geboren werden .	188
1.6.4 Geburtsverarbeitung/unverarbeitete Geburtserlebnisse	193
1.7 „Gute Hoffnung – jähes Ende“	196
1.7.1 Hilfestellungen für betroffene Wöchnerinnen/Eltern	199
1.7.2 Plötzlicher Kindstod	200
1.8 Die Nachsorgehebamme und ihre Aufgaben	202
1.8.1 Spezielle Aufgaben beim Wochenbettbesuch	205
1.9 Begleitende Anwendungs- und Be- handlungsmethoden im Wochenbett .	206
1.9.1 Akupunktur	206
1.9.2 Homöopathie	207
1.9.3 Reflexzonentherapie am Fuß	208
1.9.4 Babymassage	209

2	Befundaufnahme	211
2.1	Anamnese	211
2.2	Befundaufnahme Frühwochenbett	212
2.2.1	Vaginale Geburt	212
2.2.2	Befunderhebung bei Wöchnerinnen nach Sectio für die postoperativen Tage 1 bis 3	214
2.3	Befundaufnahme Spätwochenbett	215
2.3.1	Befragen – Inspizieren – Palpieren	215
2.3.2	Abweichungen von dem normalen Befinden einer Spätwöchnerin	216
3	Behandlungsziele für die Rückbildung	217
3.1	Frühwochenbett (1. bis 10. Tag post partum)	217
3.1.1	Allgemeine Ziele	217
3.1.2	Hinweise bei Abweichungen von der Norm	217
3.1.3	Ziele für die ersten Tage bei Zustand nach Sectio caesarea	218
3.2	Spätwochenbett	218
3.2.1	Allgemeine Ziele	218
3.2.2	Hinweise bei Abweichung von der Norm	219
4	Therapiekonzepte zur Rückbildung im Früh- und Spätwochenbett	220
4.1	Grundlagen der Behandlungs- und Bewegungsangebote für Früh- und Spätwöchnerinnen nach der Geburt ...	220
4.1.1	Arbeitsweise der Muskulatur	220
4.1.2	Kriterien zur Auswahl der therapeutischen Übungen	225
4.1.3	Bewegung vermitteln und anleiten ...	229
4.2	Behandlung im Frühwochenbett	232
4.2.1	Behandlung bei normalem Wochenbettverlauf	232
4.2.2	Behandlung bei Zustand nach Sectio caesarea	266
4.2.3	Behandlung bei Problemen im Früh- bis Spätwochenbett	289
4.2.4	Übungsanleitung nach Klinikent- lassung bis zum Besuch der Rückbildungsgruppe oder zum Eigenüben	308
4.3	Rückbildungsgymnastik im Spätwochenbett	313
4.3.1	Anwendung von Lagerungshilfen, Spürhilfen und Übungshilfen	314
4.3.2	Schwerpunkte der Rückbildungsgymnastik	320
4.3.3	Ausblick für die Zeit nach der Rückbildungsgymnastik	390
5	Beckenbodendysfunktion in späteren Lebensabschnitten der Frau (Carrière)	393
5.1	Neurophysiologie des Beckenbodens ..	393
5.1.1	Zusammenwirken von Urethra (Harnröhre) – innerem Blasenschließ- muskel – äußerem Blasenschließ- muskel – Harnblase und deren autonomer Kontrolle	393
5.1.2	Innervation beim Ablauf einer normalen Miktion	394
5.2	Urogynäkologische Störungen bei Speicherung und Entleerung der Blase	397
5.2.1	Ursachen für unterschiedliche Störungen	398
5.2.2	Störungen bei der Blasenfüllung und Entleerung	400
5.3	Proktologische Störungen/ Defäkationsstörungen	402
5.4	Gynäkologische Störungen – Senkungen (Deszensus) bis Prolapse von Uterus und Vagina	403
5.4.1	Symptome und Beschwerden bei Senkungen und Prolaps von Uterus und Vagina	403
5.4.2	Mögliche Operationen bei Prolaps	406
5.5	Physiotherapeutische Maßnahmen ...	407
5.5.1	Übersicht der Behandlungsmöglich- keiten	408
5.5.2	Übungen bei Harninkontinenz	409
5.5.3	Übungen bei Stuhl- und Windinkontinenz	410
5.5.4	Biofeedback und Elektrotherapie	410

6	Gestaltung der Rückbildungsgymnastik	414
6.1	Kursleitung	414
6.1.1	Trainingstherapie und zu beachtende Prinzipien	414
6.1.2	Einige Anmerkungen zu Gruppenleitung und Gesprächsführung	416
6.2	Organisation der Rückbildungskurse ..	417
7	Schlussbetrachtung	421
	Literatur	426
	Sachverzeichnis	430

Einleitung

Das vorliegende Buch „Nach der Geburt – Wochenbett und Rückbildung“ ist eine weiterführende Ergänzung zu meinem Buch „Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller“, wie ich dies schon in meinem damaligen Vorwort angekündigt hatte.

Obwohl ich bei der Abhandlung der beiden eng miteinander verzahnten Themen meiner Intention treu geblieben bin, ist es dennoch eine eigene abgeschlossene Arbeit, die ohne Kenntnis meines ersten Buches verstehbar ist. Darüber hinaus aber gilt: Was ich als Grundlagenwissen für die Geburtsvorbereitung für richtig halte, ist ebenso das Basiswissen für die Rückbildung.

Mit diesem Buch wende ich mich an all jene, die Frauen im Wochenbett betreuen und begleiten, an Hebammen, an Physiotherapeuten, an Ärztinnen und Ärzte der Geburtshilfe. Vor allem letzteren könnten meine Ausführungen eine Orientierungshilfe dafür sein, dass funktionell richtige Rückbildungsbehandlung und Rückbildungsgymnastik zum Vorteil für jede Wöchnerin, dringend aber für jene ist, die mit funktionellen und strukturellen Problemen nach der Geburt nicht allein gelassen werden sollten.

Für Lehrende und Lernende an den Schulen für Hebammen und Physiotherapeuten aber auch für Gymnastiklehrerinnen mit Schwerpunkt im prophylaktischen und therapeutischen Bereich soll es ein Leitfaden sein.

Mein Hauptanliegen ist aber, den vielen Kurs Teilnehmerinnen meiner Fortbildungskurse, auch den Hebammenschülerinnen, die ich unterrichtete, damit eine Arbeitsunterlage an die Hand zu geben.

Ein wichtiges Anliegen ist mir auch, dass meinen Lesern bewusst wird, wie sie erfolgreich therapieren können aber ebenso, welche risikobehafteten Übungen sie besser zum Wohle der Wöchnerinnen unterlassen sollten.

Prämissen für mein Buch sind: Helfende Information und Orientierung. So werden für alle, welche mit der Terminologie der funktionellen Begriffsbestimmungen in Anlehnung an die Funktionelle Bewegungslehre von Klein-Vogelbach nicht vertraut sind, einige wichtige Begriffe in einer Übersicht aufgezeigt um die manchmal unerlässliche Funktionssprache zu verstehen. Ebenso dienen dieser Absicht eine tabellarische Übersicht

zur Befundaufnahme sowie eine gestraffte Darstellung der Behandlungsziele, um schließlich die Auswahl zielgerichteter Übungen und Behandlungen zu erleichtern.

Während die von mir in meinem ersten Buch aufgezeigte Geburtsvorbereitung mit dem Ziel eines geburts erleichternden Verhaltens für die Gebärende die Bündelung verknüpfender Maßnahmen erforderte, stellen sich hier im Wochenbett für eine optimale Rückbildung die Maßnahmen als eine facettenreiche breite Fächerung von physiotherapeutischen Behandlungen und Übungen dar, die sich den unterschiedlichsten Rückbildungsbedingungen anpassen und auf Dysfunktionen und Dysbalancen eingehen.

Dabei kommen Methoden und Techniken im Früh- und Spätwochenbett zur Anwendung, deren Vielfalt ihre Wurzeln in der langen Geschichte von der Heilgymnastik bis zur heutigen Physiotherapie haben.

Zunächst wird der Vorgang der Rückbildung nach der Geburt behandelt, die im Normalverlauf eine Periode ist, in der sich strukturelle und funktionelle Veränderungen, die unter der Schwangerschaft und Geburt eingetreten sind, wieder in den nichtschwangeren Zustand umwandeln bzw. zurückbilden.

In einem weiteren Schritt werden die von mir durch mehrere Jahrzehnte bei Wöchnerinnen im Früh- und Spätwochenbett erprobten und mit Erfolg eingesetzten physiotherapeutischen Maßnahmen zur Unterstützung und Förderung des Vorganges der Rückbildung aber auch Behandlungskonzepte bei Beschwerden und Problemen vorgestellt. Dabei war und ist es für mich eine Selbstverständlichkeit, meine Arbeit da, wo es notwendig ist, immer wieder den neuen Erkenntnissen anzupassen, zu ergänzen und das, was funktionell nicht mehr dem aktuellen Wissensstand entspricht, wegzulassen.

Jahrzehnte hatte ich in der Frauenklinik Gelegenheit durch learning by doing von meinen besten Lehrmeisterinnen, den Wöchnerinnen, besonders bei den mich zum Nachdenken und Ausprobieren zwingenden „Spezialfällen“ wie z. B. extrem breite Rektusdiastase, Symphysenproblematik, tiefe Dammverletzung u. a. zu lernen. Für diese extremen körperlichen Probleme konnte ich

nicht auf griffige festgeschriebene Therapiekonzepte zurückgreifen und suchte nach neuen Wegen. Die dabei von mir gewonnenen Ergebnisse und gemachten Erfahrungen stelle ich in diesem Buch vor.

Ein weiterer Schwerpunkt ist, nach operativer Geburtsbeendigung auch bei diesen Wöchnerinnen gezielte physiotherapeutische Maßnahmen einzusetzen, um strukturelle und funktionelle Veränderungen aufzufangen, bzw. richtig zu behandeln.

Die in Kapitel 1.5 bis 1.9 behandelten Themen schienen mir eine unerlässliche Ergänzung im Zusammenhang mit Wochenbett und Rückbildung und Mutterschaft zu sein.

Mit meinen Ausführungen will ich auch einen deutlichen Akzent auf die Prävention setzen, besonders was die weiteren Lebensabschnitte der Frau betrifft. Die negativen Auswirkungen einer unterlassenen oder nicht fachgerechten, falschen Behandlung im Wochenbett können die Rekonvaleszenz nach der Geburt erheblich verstören oder pathologische Spätfolgen hervorrufen, welche die so betroffenen Frauen gar nicht selten zu urogynäkologischer oder proktologischer Operation oder zu medizinischer Dauerbehandlung zwingen; in jedem Fall einen hohen psychophysischen Leidensdruck bewirken können.

Unter den Spätfolgen habe ich einen besonderen Platz der Beckenbodendysfunktion eingeräumt, weil dieses Thema immer aktueller wird und die Zahl der Betroffenen wächst, bzw. Betroffene beginnen, offener darüber zu sprechen.

Hinter dieser Arbeit stehe ich nicht allein und so war es mir wichtig, das derzeitige kollektive Wissen zu diesem Thema zu nutzen, schon allein deshalb, um nicht dem Verdacht einer einseitigen Sichtweise ausgesetzt zu sein. Es ging mir aber auch um eine kompetente Darstellung der neurophysiologischen Zusammenhänge dieses Problems. Ich denke, dass dies meiner Kollegin Beate Carrière im Kapitel 5 gut gelungen ist.

Zwei Hinweise zum Abschluss:

Zum Ersten biete ich kein starres Übungsprogramm an, sondern die hier vorgestellte Arbeit lebt von der Entwicklung der Therapiekonzepte, welche kritisch auf Funktionalität, individuellen Befund, spezielles Verhalten und Erleben der Wöchnerin abgestimmt sein sollten.

Zum Zweiten: Rückbildungsarbeit im Wochenbett ist weder ein einseitiges Betätigungsfeld für Hebammen noch für Physiotherapeutinnen, sondern gehört in die Hand derjenigen, die diese Arbeit zum Wohle aller Wöchnerinnen am fachgerechtesten und einfühlsamsten vermitteln können, dazu können auch besonders ausgebildete Gymnastiklehrerinnen gehören. Entscheidend ist die fachliche Kompetenz. Um diesem Anliegen gerecht zu werden, vertrete ich in diesem Zusammenhang seit Jahren die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die habe ich immer angestrebt wie ich dies auch versuche im vorliegenden Buch zu vermitteln.

1 Grundlagen zu Wochenbett und Rückbildung

1.1 Nach Schwangerschaft und Geburt: Wochenbett und Rückbildung

Aufbruch

*Die Geburt ist ein Sturm – ein mächtiger Strudel,
er greift uns und bringt uns in diese Welt.*

*In diesem wilden tobenden Meer ist das
Neugeborene ein winziges Boot,
das versucht, durch den Wahnsinn
hindurchzusegeln.*

*Wenn es vorbei ist, wenn sich die rasende See
ausgetobt hat*

*und der Wind nicht mehr heult,
dann ist plötzlich Stille, Schweigen.*

Die Zeit setzt aus.

*Der Augenblick, wenn der kleine Abenteurer seinen
Fuß an unser Ufer setzt,
ist einfach unbeschreiblich.*

Als täte sich plötzlich ein Spalt auf.

Ein Spalt, durch den das Kind zu uns schlüpft.

Ein Spalt, durch den uns die Ewigkeit berührt.

*Um das zu erleben, müssen wir schweigen und ganz
still werden.*

*So wie es der Größe, Würde und Gewichtigkeit
dieses Augenblicks entspricht.*

Meist aber geschieht etwas ganz anderes:

*Ein Sturm bricht los – Lachen und Weinen –
Explosionen von Emotionen.*

*Das Kind ist auf der Schwelle zum Leben,
doch dann beginnt es ganz von allein ruhig zu
atmen,*

es erwacht zum Leben.

Die Nabelschnur hört auf zu pulsieren.

*Das Kind braucht diese lebenswichtige Verbindung
zur Mutter nicht mehr.*

Die Plazenta wird mit einer letzten Wehe geboren.

*Das Kind aber wendet sich nicht mehr um. Es hat
seine Vergangenheit hinter sich gelassen.*

*Es ist endgültig an unserem Ufer angekommen und
begrüßt diese Welt.*

(aus „Das Fest der Geburt“ von Frédéric Leboyer)

Nachdem Schwangerschaft und Geburt in meinem Buch „Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller“ ein Hinführen zum Gebären mit Vorteilen für Mutter und Kind beschrieb, sollen die poetischen

Worte Leboyers zur Geburt des Kindes auf das *Wochenbett* mit all seinen unterschiedlichen Facetten überleiten.

Die Geburt eines Kindes und alles, was diesem Ereignis nachfolgt, ist für die Mutter ein fundamental herausragendes Ereignis in ihrem Leben.

Dieses Ereignis zu bewältigen, vermag sie nicht allein, dazu braucht sie Hilfen, tatkräftigen Beistand. Es ist deshalb wünschenswert, dass all diejenigen, die, in welcher Rolle und Funktion auch immer, an dem komplexen Geschehen von Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett helfend beteiligt sind, sich des immer wiederkehrenden aber dennoch jedes mal einzigartigen Geschehens bewusst bleiben.

Denn bei aller verständlichen Routine des Berufsalltags sollte die Hochachtung vor der Leistung der Mutter, diesem Prozess des Werdens eines Menschen, ihr Gebären und sein Geborenwerden mit dem notwendigen Respekt begegnet werden.

Dies gilt gleichermaßen auch für die Rehabilitationszeit des Wochenbetts, denn die junge Mutter wird in dieser Zeit nicht nur von positiven sondern oft auch von negativen Erlebnissen und Erfahrungen geprägt, die sie während der Schwangerschaft und Geburt machte und mit ins Wochenbett bringt oder Problemen, die sich erst im Wochenbett zeigen. Hier gilt für alle, die Beistand leisten, geduldiges Zuhören, Verständnis zeigen für die jeweilige Situation, Beraten und Ermutigen. Nicht zuletzt will mein Buch die Sinne meiner Leser dafür schärfen, den Wöchnerinnen und ihrem Neugeborenen mit aller Aufmerksamkeit und Achtsamkeit einfühlsam, behutsam dabei aber kompetent gegenüber zu treten.

1.1.1 Was bedeutet Wochenbett?

Lat. Puerperium, was sich von puerpera = Wöchnerin ableitet.

„Wochenbett“ bedeutet ursprünglich nach altem Brauch die Zeit, welche die Frau nach der Geburt ihres Kindes im „Kindbett“ oder „Wochenbett“ bleiben sollte; aus der Bezeichnung Wöchnerin lässt sich die Zeit von *einer Woche* Bettruhe unschwer ableiten.

Das Wochenbett beginnt für die Frau nach der Geburt der Plazenta (Nachgeburt oder auch Mutterkuchen) und der Versorgung der jungen Mutter, zu der auch das Nähen möglicher Verletzungen oder operative Vorgehensweisen gehören.

In vielen alten Kulturen wurde und wird heute noch „die Plazenta geboren“ und als Nachgeburt nicht einfach „entsorgt“, war sie doch für das neu-angekommene Kind Lebens- und Wachstumsquelle im Mutterleib. Bereits bei den Pharaonen existiert für das Wort Uterus ein zweites Wort „Menschen-Mutter“, das soll nach Meinung von R. Hartge (1995) offensichtlich die Funktion der Gebärmutter/Plazenta ausdrücken. Im Alten Reich (4./5./6. Dynastie) gab es den Brauch, dass des Pharaos Plazenta als „Bündel des Lebens“ bei Prozessionen als Amulett vor dem Herrscher hergetragen wurde und bei seinem Tode sein Plazentabündel ihm mit ins Mumiengrab gegeben wurde. Dieser Brauch erhielt sich bis in Ptolemäische Zeit. (ca. 325 v. Chr.) Auch im Alten Testament ist im 1. Buch Samuel XXV/29 die Rede von der Zusammengehörigkeit der *Plazentaseele* und der *Körperseele*. Der Brauch, einen Teil der Plazenta oder Nabelschnur als Amulett in mumifizierter Form in einen Lederbeutel eingenäht zeitlebens bei sich zu tragen, ist heute noch in manchen Gegenden Nordafrikas zu finden (Hartge 1995). In Papua-Neuguinea, so berichtet Weiss (1995), wird heute noch die Nachgeburt in eine Kokosnussschale gelegt, diese in ein Netz getan und Kindern zum Vergraben überreicht.

Diese wenigen Beispiele zeigen, welche Bedeutung und Kraft der Nachgeburt von Alters her zukam und zukommt, in unserem Kulturkreis wird sie „entsorgt“.

Der medizinische Begriff „Ausstoßung der Plazenta“ geht auf die Kontraktionsleistung der Gebärmutter zurück, welche diese jetzt nach der Geburt des Kindes entbehrliche und zum Fremdkörper gewordene Nachgeburt aus dem Körper der Frau „ausstößt“.

Nach der Plazentageburt beginnt eine abrupte Umstellung aller schwangerschaftsbedingten Regulationen im Körper der Frau. So gilt als *Wochenbett* die Zeit nach der Geburt, in der sich bei der Mutter die körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft und durch die Geburt wieder zurückbilden mit dem Ziel, dass die Frau in den nächsten Wochen und Monaten annähernd ihren körperlichen Zustand von vor Beginn der Schwangerschaft wiedererlangt.

Das *Wochenbett* umfasst etwa einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen (wird nicht einheitlich angegeben) nach der Geburt. Bis dahin sind aber keinesfalls alle Rückbildungs- und Umstellungs-

prozesse abgeschlossen. Die mit den *Rückbildungs-*(Involutions-) und *Anpassungs-*(Adaptations-) *Vorgängen* nach der Geburt verbundenen Belastungen und Anforderungen an die junge Wöchnerin werden meist, auch von ihr selbst, unterschätzt.

Mit der Rückanpassung setzt gleichzeitig nach der Geburt die *Laktation* (Milchbildung in den Brustdrüsen) ein, um das Kind selbst nähren zu können. Stillen war in früheren Zeiten für das Kind überlebenswichtig, weshalb es, wenn die leibliche Mutter nicht stillen konnte oder aus gesellschaftlichen Gründen nicht wollte, immer Ammen gab, die zu ihrem eigenen Kind noch das fremde Kind nährten.

In den vergangenen Jahrzehnten hatten leider junge Mütter immer mehr den Zugang zum Stillen ihres Kindes verloren, weil sie schlecht oder nicht informiert und nicht zum Stillen motiviert wurden.

Künstlicher Ernährung mit angepriesener adaptierter Muttermilchqualität wurde der Vorzug gegeben. Etwa seit zwei Jahrzehnten gibt es eine Rückbesinnung zum Selbstnähren des Kindes, zum Stillen. Motiviert und unterstützt durch Hebammen und Laktationsberaterinnen ist jungen Müttern die psychophysische Bedeutung des Stillens für Mutter und Kind wieder bewusst geworden.

Unterteilt wird die Wochenbettzeit in:

Die Phase des Frühwochenbetts

Diese währt etwa bis zum 10. Tag nach der Geburt. Die ersten drei Stunden nach der Geburt werden als *Postplazentar-Periode* besonders überwacht, um in dieser Zeitspanne eine mögliche Blutungsgefahr nicht zu übersehen.

In der Frühwochenbettphase sollen die Geburtswunden abheilen, die Milchbildung soll in Gang kommen, das Stillen des Kindes soll eine innige Verbindung zwischen Mutter und Kind fördern.

Die Entlassung der Wöchnerin aus der Klinik erfolgt nach komplikationsloser vaginaler Geburt nach 3–5 Tagen. Bei Kaiserschnittgeburt und anderen problematischen Wochenbett-Verläufen entsprechend später. Eine Nachsorgehebamme sollte dann Mutter und Kind daheim betreuen (siehe Kap. 1.8).

Viele junge Frauen bevorzugen heute eine *Hausgeburt* oder eine *ambulante Geburt*, bei letzterer verlassen Mutter und Kind wenige Stunden nach der Geburt die Entbindungsklinik in die Obhut ihrer Nachsorgehebamme. Diese Frauen wollen das Wochenbett in vertrauter, heimlicher Umgebung erleben, jedoch muss dann die Nachsorge durch

eine Hebamme und einen Kinderarzt gewährleistet sein.

Aus geburtsmedizinischer Sicht sollten (nach Stockhausen 1997) bei der Klinikentlassung der Wöchnerin und ihres Kindes – vor allem bei Erstgebärenden – folgende Punkte gesichert sein:

- Das Kind muss in einem stabilen Allgemeinzustand sein
- Die Mutter muss über das Stillen bzw. die Ernährung des Kindes aufgeklärt sein
- Die Mutter muss körperlich und psychisch in der Lage sein, ihr Kind zu versorgen oder auf entsprechende Hilfen daheim zurückgreifen können.

Die Phase des Spätwochenbetts

Diese Phase schließt an die Frühwochenbettphase (10. Tag post partum) an. Das Ende des Wochenbetts kann – physiologisch gesehen – mit der Wiederaufnahme der Ovarialfunktion (Produktion von Östrogenen) gleichgesetzt werden (Wagenbichler 1995), so ist meist das Ende des Wochenbetts mit acht Wochen post partum angegeben. Bis jedoch der körperliche Zustand der Frau von vor Beginn der Schwangerschaft wieder hergestellt ist, vergehen – und das von Wöchnerin zu Wöchnerin unterschiedlich – viele Monate. Der Volksmund sagt zu recht: „Neun Monate kommt es und neun Monate geht es.“ Und selbst da gibt es noch Einschränkungen „denn nach Rockenschraub (1979) gibt es eine völlige Wiederherstellung des Zustandes vor der Geburt nicht. „Jede Geburt hinterlässt mehr oder weniger ihre Spuren.“

Von der Vielzahl und Unterschiedlichkeit dieser „Spuren“ bei Frauen, die ihr Kind ausgetragen und dann, auf welchem Wege auch immer, zur Welt brachten, wird in nachfolgenden Kapiteln ein umfassender Einblick gegeben.

Die Wöchnerin ist in ihrer körperlichen hormonell gesteuerten Rückanpassungszeit enormen Hormonschwankungen ausgesetzt. Nicht nur körperliche sondern auch *seelische Umstellungsprozesse*, wie die Auseinandersetzung und das Identifizieren mit dem Mutter-Sein, sich in der Verantwortung für das Kind zu fühlen, sind neue Findungsabschnitte in dieser Zeit.

Kurzzeitige, durch hormonelle Umstellungsschwankungen ausgelöste Stimmungsänderungen können bei Wöchnerinnen nicht nur Glück und Freude sondern auch Ängste vor der neuen Lebenssituation auslösen, wozu die Anpassungsprozesse für das Leben mit dem Kind, partnerschaftliche, wirtschaftliche und auch die eigene Körperlichkeit betreffende Bewältigungsängste eine Rolle spielen.

Auch auf *körperlicher Ebene* werden von Wöchnerinnen *Umstellungsprozesse* recht unterschiedlich empfunden. So vermissen manche Frauen nach der Geburt anfangs die Fülle und Größe ihres Bauches. Es gibt eine ganze Reihe von Frauen, die sehr gern schwanger sind und diesen Zustand als Hoch-Zeit ihres Lebens empfinden. Andere junge Mütter reagieren, wenn ihr Bauch nun leer und schwabbelig ist, auf Muskelanspannung nicht „gehört“, wenn sie zunächst weiterhin ihre Umstandskleidung tragen müssen, weil nichts „von früher“ passt, sehr enttäuscht. Die kosmetische Seite ihres Aussehens ist für viele Wöchnerinnen so bedeutungsvoll, dass sie oft viel zu frühzeitig mit überdosierten Übungen im Fitness-Studio beginnen, um schnell wieder schön und schlank zu sein. Bei falschem Üben werden die Rückbildungsprozesse nicht zugelassen, die ihre naturgegebene Rückbildungszeit brauchen.

Leichte Stimmungsschwankungen im Wochenbett erklären sich auch daraus, dass die Frau sich monatelang fast ausschließlich auf das Ziel Geburt konzentriert hatte und das „danach“ mehr oder weniger verdrängte, was nun plötzlich Realität ist.

Jetzt muss sie, nachdem dieses angestrebte Ziel geschafft ist, zukunftsorientiert denken. In ihrem Erlebnisbereich ist die Wöchnerin um die Erfahrung der Schwangerschaft und Geburt bereichert, manchmal auch durch ein schweres Geburtserlebnis oder ein nicht glückhaftes Geburtsende für das Kind an Körper und/oder Seele verletzt.

Auch das Kind muss in seiner Anpassung aus dem beschützenden Mutterleib in das Leben außerhalb, mit der Zwischenstufe einer oft recht unsanften Geburt, etwas bewältigen, wozu es Zeit, Zuwendung und Nähe zu seiner Mutter/Eltern braucht. Oft haben beide, Mutter und Kind Erlebtes oder auch Erlittenes dann in der Zeit des Wochenbetts zu verarbeiten.

Für die Wöchnerin gibt es verschiedene Phasen:

- Die Phase ihrer Erholung
- Die Phase der Begegnung mit ihrem Kind
- Die Phase der Rückanpassung ihres Körpers und
- Die Phase der Wiederfindung in ihre Umwelt.

Dieses Wiederfinden in ihrem normalen Leben schließt zunächst ein, dass sie sich oft überfordert und müde fühlt, auch die Auseinandersetzung mit dem Kind kann konfliktreiche Situationen haben, bis sich der Rhythmus zwischen ihr und dem Kind eingespielt hat. Langsam erwacht dann ihr Interesse, wenn die neue Situation mit dem Kind Routine wird, für alles das, was sonst in ihrem Interessen- und Lebensbereich wichtig ist und war. Sie

wird jetzt jedoch dazu selbstverständlich in ihrem Denken und Planen das Kind mit einbeziehen.

Diese Neuorientierung schaffen die meisten jungen Mütter mit Geduld und gutem Willen, mit Zuversicht, Vertrauen und mit einer Neugier auf ihre Mutterrolle und auf die Entwicklungsschritte ihres Kindes. Die Mehrgebärende weiss, was auf sie zukommt und so ist es bei ihr mehr das Umorientieren auf den neuen Familienzuwachs.

Wenn das Kind nicht als „Sorgenkind“ zur Welt kam – aber oft auch dann – hat in der Erinnerung jeder Frau, die ein Kind zur Welt gebracht hat, bis in die späten Lebensjahre die Zeit des Wochenbetts einen unauslöschbaren Platz in ihrem Leben.

Was oft erstaunt, ist die Tatsache, wie wenig Beachtung, auch Hochachtung der Wöchnerin oft in unserer Gesellschaft entgegengebracht wird. Der Bauch ist verschwunden, ein Kinderwagen wird dafür geschoben. Das ist es, was die Umgebung wahrnimmt ohne darüber nachzudenken, dass sich für die junge Mutter Positives oder schicksalhaft Negatives hinter den Offensichtlichkeiten verbergen kann.

1.1.1.1 Das Wochenbett in vergangener Zeit und wie es sich für die Wöchnerin heute verändert hat

Das Brauchtum, dass eine Wöchnerin sich im Bett und in der Wochenstube eine Woche und länger von den Strapazen der Geburt erholen soll, ist von alters her überliefert. Sie soll sich ausruhen dürfen nach der Zeit der Schwangerschaft und der oft Kräfte zehrenden Geburtsarbeit, ihre Geburtswunden sollen abheilen können und der Milchfluss zum Nähren des Kindes soll in Gang kommen.

1739 wird die Wöchnerin im „Nutzbaren, galanten und curieusen Frauenzimmer-Lexikon“ so beschrieben: „Kindbetterin heisst dasjenige Weib, so nach geschעהer Entbindung sich drey Wochen lang in dem Wochenbette, drey Wochen aber außerhalb demselben und also zusammen sechs Wochen in der Wochenstube, reinlich und nett aufgeputzt und angekleidet aufhält, den Gevatter- und Wochenbesuch binnen solcher Zeit annimmt und gebräuchlichermaßen abwartet.“

Aus dem Brauchtum des alten Ägypten – also Jahrtausende zurück – ist uns überliefert, dass neben dem Haus oder auf dem Dach die *Wochenlaube* (Abb. 1.1) aufgeschlagen wurde, in der die Frau am Boden oder auf Gebärziegeln hockend, das Kind zur Welt brachte und wo sie sich während der Zeit des Wochensbetts aufhielt. Im Wochenbett war sie dann von Amme und Wärterin umgeben (Brunner-Traut 1984).

War das Kind geboren, wurde aus seinen Reaktionen geschlossen, ob es überleben werde oder nicht. G. Feucht (1995) schreibt: „So wurde von einem Kind, das am Tage seiner Geburt „njj“ sagte, angenommen, es werde leben, sagte es aber „mbj“ so werde es sterben. Ebenso sollte ein bestimmter Lautklang der Stimme (vielleicht ein Ächzen) oder das Wenden des Gesichtes nach unten den Tod anzeigen, desgleichen, wenn das Kind ein Klümpchen Plazenta, vertrieben in Milch, nicht bei sich behalte“, und weiter: „Zur Geburt eines Kindes konnte sich der Vater freinehmen. War das Kind gesund geboren, wurden ihm Geschenke an Essen und Getränken gebracht, die offensichtlich für die Feier der Geburt bestimmt waren. Die Mutter musste sich einer vierzehntägigen Reinigungszeit unterziehen.“

Mit einem Einblick in Sitten und Gebräuche in häusliche Wochenstuben vergangener Jahrhunderte in unserem Kulturkreis soll die Geburts- und Wochenbetthilfe durch Hebammen und deren Helferinnen gezeigt werden, die uns durch Abbildungen und Texte aus Mittelalter und Renaissance überliefert sind. Diese Abbildungen zeigen *heilige* und *profane* häusliche Wochenstuben, wobei in der sakralen Kunst von „dem Zustand danach“ gesprochen wird.

Zur Wiedergabe der Gebräuche in den Wochenstuben jener Epoche gehört fast immer das *Erste Bad* des Neugeborenen in einem Badezuber und die Prüfung der Wassertemperatur mit Hand oder Fuß (Abb. 1.2a), was aber ebenso in einer japanischen Wochenstube des 18. Jhdts. geschieht (Abb. 1.2b).

Die Wöchnerinnen liegen häufig nackt im Bett. Das Bett ist prächtig oder einfach, fast immer mit Baldachin. Gestützt mit vielen Kissen im Rücken sitzen die Wöchnerinnen halb- oder ganz aufgerichtet. Stets wird die Wöchnerin von hilfsbereiten Mägden betreut, die Speisen, Getränke oder eine Schale zum Waschen der Hände bringen. Häufig ist es die Hebamme, die der jungen Mutter das Neugeborene überreicht, das nannte man die „Hinführung“ (Abb. 1.3).

Auffallend sind in den Wochenstuben der vergangenen Jahrhunderte die vielen anwesenden Personen. Nach v. Zcglinicki handelt es sich dabei um Hebamme, Pflegerin, Hebammenlehrmägde, Beifrauen, Bademägde, Wickelfrauen, Wiegeschauklerinnen und Kindbett-Kellnerin. Hinzu kam, dass die Wochenstube auch Treffpunkt neugieriger Besucherinnen aus dem Umfeld der Wöchnerin waren. Diese „Kindbettgespräche“, wobei eine Besucherin die nächste ablöste, waren ein wichtiges Ritual (Abb. 1.4).



Abb. 1.1 Stillende in der Wochenlaube.
Bemaltes Kalksteinostrakon aus Deir-el-Medine. 20. Dynastie, um 1200–1100 v. u. Z.
Frisur und Nacktheit gehören zur „Tracht“ der ersten Stillzeit. Die Wochenbettfrisur zeigt vom Kopf gelöstes Haar (keine Perücke), weil das eine Wohlspannung des Kopfes bewirkt. Die unbedeckte Mutter wird mit ihrer Wochenbettfrisur immer dann gezeigt, wenn sie tatsächlich stillt.
(Text aus: Die Wochenlaube. v. Emma Brunner-Traut. Bild aus Steffen Wenig: Die Frau im alten Ägypten. Leipzig 1967)

Unsere heutigen Wöchnerinnen erhoffen sich von den Wochenbett-Tagen viel Ruhe, wenige Besuche und dann nur von nächsten Angehörigen, um sich erholen zu können, ihr Kind ungestört kennen zu lernen und von der Hektik des Alltags Abstand zu haben. Einmal nicht für die Haushaltführung und die übrige Familie verantwortlich zu sein, dafür selbst einmal umsorgt zu werden, um für die bevorstehenden neuerlichen Alltagsbelastungen wieder genügend Kräfte sammeln zu können, dass ist der große Wunsch Mehrgebärender.

Wie viele Wöchnerinnen konnten (und können) sich in der Zeit des Klinikaufenthaltes nicht ausreichend erholen, zu sich selbst finden, wenn die Bettnachbarin – weil es die früher streng geregelten Besuchszeiten nicht mehr gibt – nahtlos am Tag besucht wird. Deshalb wollen viele ruhebedürftige Wöchnerinnen baldmöglichst nach Hause. Allerdings ist von dem Brauchtum vergangener Zeiten manches verloren gegangen, wo familiärer Zusammenhalt, Bewusstsein für die Großfamilie

der Wöchnerin alle erdenklichen Hilfen zukommen ließ. Viele dieser Aufgaben kommen heute der Nachsorgehebamme und den jungen Vätern zu, denn unverändert ist geblieben, dass jeder Wöchnerin in ihrer Wochenbett-Zeit allumfassender Schutz und Hilfen zu Teil werden sollten.

Dies benötigen ganz besonders die Wöchnerinnen, deren Geburtsarbeit dramatisch verlief, von Anstrengung und körperlichen Verletzungen geprägt war, auch die Wöchnerinnen, deren Geburt nicht mit glücklichem Ausgang eines gesunden Neugeborenen endete.

Das Wochenbett im andinen Raum zeigt die Abbildung einer ekuadorianischen Wochenstube der Indegenas (Eingeborene) (Abb. 1.5).

Deren Bräuche sind: Die Ruhezeit der Wöchnerin dauert acht Tage absoluter Ruhe, gefolgt von 15 Tagen leichter Aktivitäten. Etwa einen Monat später übernimmt die junge Mutter wieder ihre normale Arbeit. In dem Zeitraum der Abgeschlossenheit und Zurückgezogenheit hat sie verschiede-



Abb. 1.2a Holzschnitt um 1509 in Augsburg. Spätmittelalterliche Wochenstube. Die Hebamme versorgt die Wöchnerin. Die Bademagd hockt auf dem Rand eines großen Zubers, mit beiden Füßen prüft sie die Wassertemperatur. (Quelle: F. v. Zcglinicki. Geburt und Kindbett im Spiegel der Kunst und Geschichte. Aachen 1990)



Abb. 1.2b Holzschnitt (Künstler unbekannt) einer japanischen weltlichen Wochenstube des 18. Jahrhunderts. Auch in diesem Kulturkreis prüft die Badefrau mit dem Fuß die Wassertemperatur, ehe sie das Neugeborene behutsam in der Wasser gleiten lässt. Die Wöchnerin sitzt im Bett mit abgestütztem Rücken. (Quelle: F. v. Zcglinicki. Geburt und Kindbett im Spiegel der Kunst und Geschichte. Aachen 1990)

dene restriktive Normen bezüglich Nahrung, Sexualität und Verhalten zu beachten (Lingan 1995, Mc Kee 1982).

1.1.1.2 Semmelweis – Retter der Mütter

Studiert man einmal aufmerksam die uns vom Mittelalter bis in die Neuzeit hinein überlieferten genealogischen Stammbäume, welche leider nur von Adelsgeschlechtern und hochgestellten Bürgerfamilien überliefert sind, fallen bei den Geburts- und Sterbedaten vieler verheirateter weiblicher Personen deren kurze Lebenszeit auf. Forscht man in den Quellen nach, heißt es oftmals „sie verstarb im Kindbett“. Diese Todesursache

war nicht nur auf die Angehörigen der sozialen Unterschicht beschränkt sondern betraf alle Teile der Gesellschaft, wengleich die Sterblichkeit in den Geburtsspitälern größer gewesen zu sein scheint als bei häuslicher Geburt, welche in den Städten von Frauen mit gesichertem Wohlstand bevorzugt wurde. Vorwiegend war der Grund für die hohe Sterblichkeit der Wöchnerinnen im *Kindbettfieber* zu suchen.

Diese hohe Sterblichkeit im Kindbett hielt bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein an. So war die Situation, als der junge Arzt, Ignaz Philipp Semmelweis 1846 als Assistenzarztanwärter in der geburtshilflichen Abteilung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses seinen



Abb. 1.3 Drei Wochenbettszenen sind auf dem mittelalterlichen Holzschnitt (15. Jhdt.) in einem gefasst (simultan).

Die Wöchnerin sitzt nackt, halbaufgerichtet mit vielen Kissen im Rücken gestützt im Bett. Die erste Hebamme bringt der Mutter das Kind, „HINFÜHRUNG“ genannt.

Die zweite Helferin badet das Kind in der Bütte einer hölzernen Waschwanne, wie sie zu jener Zeit als Badegefäß üblich war (rechts vorn).

Daneben (simultan gefasst) liegt das Kind festgeschallt in einer einfachen hölzernen Kufenwiege.

Links eine damals gebräuchliche Wascheinrichtung, die bemerkenswert ist, weil Körperhygiene zu jener Zeit eher selten erfolgte.

(Quelle: F. v. Zcglinicki. Geburt und Kindbett im Spiegel der Kunst und Geschichte. Aachen 1990)

Dienst antrat. Semmelweis war als Deutsch-Ungar 1818 in Budapest geboren und hatte dort sein Medizinstudium absolviert. Zu jener Zeit war die geburtshilfliche Abteilung, in der Semmelweis arbeitete, geradezu eine „Brutstätte“ des Kindbettfiebers (Puerperalfieber) und als „Abteilung des Todes“ verschrien.

In dieser Klinik wurden die so genannten „Armenfälle“ entbunden und solche Frauen, die wie man damals sagte, „ohne Segen der Kirche“ ihre Kinder zur Welt brachten. Wie schon oben erwähnt, brachten damals in Wien Frauen aus besser situierten Kreisen ihre Kinder als Hausgeburt

zur Welt und da trat weniger häufig das gefürchtete Kindbettfieber auf.

Es wird berichtet, dass es dem jungen Semmelweis nicht gleichgültig blieb, als er die vielen jungen Mütter an Kindbettfieber sterben sah. So wurde in seinen Gebärsälen eine Sterblichkeit innerhalb eines Monats von 36 Todesfällen auf 208 Mütter registriert. Auch der Anblick der verzweifelten Väter mit den zurückgelassenen Neugeborenen habe Semmelweis betroffen gemacht.

Zu jener Zeit wusste man gar nichts über die Ursache des Kindbettfiebers, ebenso wenig über die Entstehung der chirurgischen Wundkrankheiten wie „Eiterfieber“, Rotlauf, Wundstarrkrampfseuchen und alle Wundkrankheiten.

Aus solcher Unkenntnis heraus nahm man an, dass das Kindbettfieber für viele Wöchnerinnen ein „unabwendbares Schicksal“ sei. Es hieß in den Lehrbüchern jener Zeit, „dass als Folgeerscheinung der Geburt eine akut verlaufende Erkrankung eintreten kann, welche bei der Prädisposition eines Individuums, aber auch durch allgemeine Schädlichkeiten, wie durch Gemütserschütterung, Erkältungen u. a. hervorgerufen werden kann.“ Vor allem aber glaubte man, dass „durch eigentümliche epidemische und endemische Einflüsse, wodurch die Blutmasse in Gärung versetzt wird“, die Ursache zu finden sei.

Kurz gesagt, man wusste nichts über das gefürchtete Kindbettfieber, welches so vielen jungen Müttern das Leben kostete und nichts über dessen ursächliche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten des Fiebers und dessen möglichen Auslöser.

Semmelweis schrieb in dieser Zeit: „Alles was unerklärt, alles was verzweifelt, nur die große Anzahl der Toten war eine unzweifelhafte Wirklichkeit.“ Verzweifelt suchte Semmelweis nach Ursachen und machte dabei eine Beobachtung, die ihn weiterführen sollte: Die geburtshilfliche Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien hatte zwei Unterabteilungen, in der Abteilung, in der auch Semmelweis arbeitete, wurden in der Regel Medizinstudenten in Geburtshilfe ausgebildet, wo hingegen in der zweiten Abteilung keine Studenten eingesetzt waren. Hier wurden angehende Hebammen geschult. Dabei fiel ihm auf, dass die erste Abteilung einen erheblich höheren Prozentsatz an Sterbefällen durch Kindbettfieber aufwies als die zweite Abteilung. Da nur eine geringe räumliche Trennung zwischen beiden Abteilungen bestand, war er der Ansicht, dass ein epidemisches Auftreten beide Abteilungen hätte gleichermaßen treffen müssen. Semmelweis sah bald die unterschiedlichen Gegebenheiten darin, dass die Studenten der ersten Abteilung auch andere Berührungen hatten, nämlich mit Toten beim Sezieren



Abb. 1.4 Sakrales Überreichungsmotiv (15. Jhdt.) (Johannesaltar Nürnberger Kreuzkirche) „Geburt Johannes des Täufers“
Der aufgerichteten Wöchnerin wird von der Hebamme das Kind überreicht. Davor eine backtrogartige Wanne. Zwei Gehilfinnen oder Badefrauen bereiten für das neugeborene das erste Bad vor.



Abb. 1.5 Wochenstube im andinen Raum (Ekuador).

von Leichen. Daraus schloss er, dass das gefürchtete Kindbettfieber eine Folge der Übertragung von, noch sehr allgemein formuliert, „Ansteckungstoffen“ sei, wobei die Übertragung der Ansteckungstoffe durch die untersuchenden Hände

von Ärzten und Studenten erfolgen müsse, welche zuvor die Leichen verstorbener Wöchnerinnen seziiert hatten, um der „frauenmordenden Krankheit“ nachzuforschen. Ohne danach ihre Hände ausreichend gesäubert zu haben, untersuchten sie da-

nach sorgfältig Schwangere, die in Kürze gebären sollten, wie auch die Gebärenden und Wöchnerinnen und übertrugen so fieberauslösende Stoffe auf diese Frauen. Die Sterberate ist in der Abteilung von Semmelweis so hoch, dass sich die armen Frauen verzweifelt wehrten, in der „Abteilung des Todes“ ihr Kind zur Welt zu bringen. Alle wollten in der Hebammenabteilung entbinden, weil hier weitaus weniger Mütter an Kindbettfieber starben.

Mit der Annahme möglicher Übertragung von „Ansteckungsstoffen“ war Semmelweis der richtigen Ursache für das Auftreten des Kindbettfiebers auf der Spur, stand aber mit seiner Annahme vor 150 Jahren im Widerspruch zur medizinischen Lehrmeinung jener Zeit. Er forderte eine strenge Säuberung der Hände mit Chlorwasser (Chlorkalk), ehe die Frauen der Gebärdabteilung untersucht wurden. Für diese Forderung wurde Semmelweis in seinem Kollegium zunächst verhöhnt und verlacht. Erst 1848 nach vielen verzweifelten Rückschlägen konnte Semmelweis den Erfolg vorweisen, dass von 3556 Gebärenden nur noch 45 Wöchnerinnen starben. Alle, die mit Wöchnerinnen in Kontakt kamen, mussten sich immer wieder von Patientin zu Patientin ihre Hände gründlich reinigen, bürsten und in Chlorlauge waschen.

Trotz seiner Erfolgszahlen hatten es die Mediziner/Wissenschaftler der damaligen Zeit schwer, die Forderungen von Semmelweis zur Händedesinfektion als Prophylaxe des gefürchteten Kindbettfiebers zu akzeptieren. Enttäuscht und verbittert durch die Anfeindungen aus dem Kollegium verlässt Semmelweis Wien und beginnt in Budapest erneut als Leiter einer Gebärdabteilung den Kampf gegen das Kindbettfieber und für die *Händedesinfektion* zu führen. Erst fünf Jahre vor seinem Tode schreibt er einen Aufsatz: „Die Ethnologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers“. Aber Überheblichkeit, Starrheit und Einseitigkeit der damals anerkannten „medizinischen Götter“ verhindern immer noch, dass Semmelweis gehört wird. So zieht er sich mehr und mehr aus der Wirklichkeit zurück. Er wird in ein Irrenhaus eingeliefert, hatte sich aber bei einem seiner letzten ärztlichen Eingriffe eine kleine Verletzung am Finger zugezogen und stirbt 1865 mit 47 Jahren an Sepsis.

„Der erste Mensch, der das Geheimnis von Sepsis und Asepsis begriff, starb selbst an Sepsis.“ (Thorwald 1967)

Dr. Ignaz Semmelweis verdanken seit jener Zeit unzählige Wöchnerinnen ihr Leben, weil er als erster das Problem der Kontaktinfektion erkannte und in der Praxis diese zum ersten Mal weitgehend überwinden konnte.

Was Semmelweis, den man mit Recht „Retter der Mütter“ nennt, entdeckte, hat heute in der Geburtshilfe einen nicht wegzudenkenden Platz: Die Desinfektion der untersuchenden Hände zum Schutz von Mutter und Kind.

1.1.2 Was bedeutet Rückbildung im Wochenbett

Die physischen und psychischen Belastungen einer Wöchnerin sind beeinflusst durch die Rückbildungsvorgänge der tief greifenden physiologischen Veränderungen aus der Schwangerschaft und sehr oft durch traumatische Geburtsverletzungen. Durch die hormonalen Umstellungen und die naturgegebenen körperlichen Rückbildungs- (= Involution) und Anpassungs- (= Adaptation) Vorgänge und durch die zusätzliche Beanspruchung durch das Stillen werden bei der Wöchnerin starke psychische Schwankungen ausgelöst. Kommen Rückbildungsstörungen im Frühwochenbett und körperliche Dysfunktionen, die bis ins späte Wochenbett und darüber hinaus anhalten können, hinzu, beeinflussen diese – besonders weil auch das kosmetische Anliegen der meisten Frauen besteht, baldmöglichst eine gute Figur und das vorherige Ausgangsgewicht wieder zu erlangen – Körper und Seele gleichermaßen.

Es bedarf neben der ärztlichen, medikamentösen und der in Kap. 1.9 aufgezeigten Begleittherapien noch weiterer Therapiekonzepte, um kompetent die naturgegebenen strukturellen und funktionellen Rückbildungsprozesse zu unterstützen und auch auf Rückbildungsstörungen und Dysfunktionen eingehen zu können.

Dies sind die *physiotherapeutischen Behandlungs- und Bewegungskonzepte*. Bis zu ihrem heutigen Erfahrungsstand kann diese medizinische Körpertherapie auf eine langjährige Entwicklung zurückblicken.

1.1.2.1 Die Anfänge der Rückbildungsgymnastik im Wochenbett – ein Blick zurück

Der Entwicklungsweg von der Heilgymnastik zur Krankengymnastik und zur heutigen Physiotherapie wird nachfolgend unter der Benutzung der Quelle A. Hüter-Becker (1997) „Von der Heilgymnastik zur Physiotherapie“ aufgezeigt, um Einblick in die lange Tradition physiotherapeutischer Behandlung im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe zu geben.

Als *Heilgymnastik* beginnt in Deutschland die Geschichte des heutigen Berufs der Physiothera-

peuten in der Mitte des 19. Jahrhunderts. So wurde die Verbindung aus Gymnastik und Turnen damals genannt. Vor allem orthopädische Ärzte wollten die statisch – dynamische Behandlung von Haltungsschäden durch eine aktive - dynamische Therapie ablösen. So wurden Haltungsschäden, vor allem bei Kindern, die man bisher bei verkrümmter Wirbelsäule in starre Korsetts steckte und mit Druckpelotten zurechtbog, nach ausgeklügelten, strengen, muskelkräftigenden Konzepten behandelt. Schwung und Rhythmus im Turnsaal waren aber verpönt. Kurz nach der Jahrhundertwende wurde 1900 die erste Lehranstalt für Heilgymnastik und Massage in Kiel (Dr. Lubinus) gegründet, die Lerninhalte in dieser Schule waren vor allem Turnen und medizinische Gymnastik als eng umgrenzte Einzelbewegungen nach schwedischem Vorbild. Dazu wurde die neuerdings von der Medizin akzeptierte Massage gelehrt. Nach Beendigung einer zweijährigen Ausbildung arbeiteten die Heilgymnastischen Helferinnen überwiegend in der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie. Im 1. Weltkrieg müssen Heilgymnastinnen Dienst in Lazaretten tun. Von 1919 – 1921 bildet die erste staatliche Schule, die Sächsische Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage in Dresden Heilgymnasten aus. Anatomie, Physiologie und Pädagogik der Leibesübungen kommen hinzu. Jetzt beeinflussen auch andere Bewegungszweige, wie z. B. Tänzerische Gymnastik (Mary Wigman), aus der sich viel später die Tanz- und Bewegungstherapie entwickelte, die Heilgymnastik. Die freien Bewegungsformen von Elsa Gindler (1885 – 1961) und anderer Gleichgesinnter, welche in den 20iger Jahren die mechanische Art des Übens in der „Leibesertüchtigung“ veränderten, weil für sie der bewegte Mensch als Einheit, als Ganzes wichtig war, auch neue Entspannungstherapien und Atemgymnastik hinzukamen, versetzten die Heilgymnastik schon damals in die Lage, sich nicht nur mit Orthopädie und Chirurgie zu beschäftigen. Heilgymnastik wird auf Innere Medizin und *Frauenheilkunde* ausgedehnt. Hede Kallmeier (geb. 1881) ist eine der großen Pionierinnen der Frauengymnastik („Unterleibsgymnastik“) dieser Zeit. Ihre Arbeit schrieb sie in dem Buch „Heilkraft durch Atem und Bewegung“ auf, aus welchem heute noch einige Übungen in der Rückbildungsgymnastik für Wöchnerinnen hilfreich und wirkungsvoll sind (siehe Kap. 4). Kallmeiers Leitmotiv: *Die Ganzheit des Menschen beruht auf der harmonischen Entwicklung von Leib, Seele, Geist. Zur Heilkraft der Bewegung gesellt sich die Heilkraft des Atems und des Tons.* Was für sie bereits in den 20iger Jahren ein wichtiges Anliegen war, ist heu-

te, 80 Jahre später, hochaktuell, um z. B. in der Geburtsvorbereitung, für die Rückbildung im Wochenbett und in vielen anderen Fachbereichen funktionsrichtige Körperarbeit weitergeben zu können.

In den 30iger Jahren wird das Arbeitsfeld der Heilgymnastik um die Neurologie erweitert. Entwickelt werden z. B. Bindegewebsmassage, für die „Frauenprobleme“ die wichtige Hockergymnastik, das haltungskorrigierende Klapp“sche Kriechen; die Entspannung- und Atemtherapie wird verfeinert. Auch im 2. Weltkrieg müssen Heilgymnastinnen in ganz Europa in Lazaretten Patienten behandeln. Nach Kriegsende werden Turnsport und Gymnastik eindeutig ihrem Arbeitsfeld, der Pädagogik und *nicht der Medizin* zugeordnet. Die *medizinische Heilgymnastik* heisst ab jetzt *Krankengymnastik*, während nichtmedizinische Zweige, z. B. die TurnlehrerInnen, die GymnastiklehrerInnen, ebenso wie die Masseure, ohne die notwendige Ausbildung dafür zu haben, in die Arbeitsbereiche der Krankengymnastik drängen. Deshalb wurde 1946 der erste krankengymnastische Landesverband, wenig später der überregionale Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) gegründet, der sich 1951 mit anderen nationalen Verbänden der WCPT (World Confederation for Physical Therapy) zusammenschloss. Nachdem 1958 die Ausbildung zum Krankengymnasten nach einer bundeseinheitlichen Ordnung durchgeführt wird, ist seitdem die Berufsbezeichnung geschützt.

Vom Ausland kommen neue krankengymnastische Methoden nach Deutschland, z. B. 1952 PNF (Propriozeptive Neuromukuläre Fazilitation) mit ihren diagonalen Pattern aus USA, aus England 1960 die Entwicklungsneurologische Behandlung für frühkindlich hirngeschädigte Kinder durch das Ehepaar Bobath (siehe Kap. 1.6.2.2). Ab etwa 1960 werden z. B. Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT, die ihre Wurzeln bei Elsa Gindler hat), Konzentrierte Entspannung, Kommunikative Bewegungstherapie und Lösungstherapie (Alice Schaauschuch) in die Krankengymnastik integriert, die alle in der Behandlungs- und Bewegungstherapie mit Frauen (Gynäkologie und Geburtshilfe) ihren festen Platz gefunden haben. Aber auch in der Inneren Medizin und Psychiatrie werden sie eingesetzt, weil Atmung und Entspannung in diesen Fachbereichen schon immer von Bedeutung waren.

Zum krankengymnastischen Arbeitsbereich kamen in den 60iger Jahren die Psychomotorische Übungsbehandlung, es folgen Behandlungsmethoden von den Norwegern wie Manuelle Therapie (auf die Behandlung durch Manualthe-

rapeuten wird in Kap. 1.4.12 immer wieder hingewiesen). Aus der KG-Behandlungsmethode der Stemmführungen nach R. Brunkow werden einige Übungen auch in der Arbeit mit Wöchnerinnen in Kap. 4 beschrieben. Die entwicklungs-kinästhiologische Behandlung von Dr. V. Vojta bereicherte zunächst als Behandlung bei CP-Kindern (siehe Kap. 1.6.2.2), später auch als Vojta-Therapie bei Erwachsenen das krankengymnastische Behandlungsspektrum. In den 70iger Jahren wurde durch Susanne Klein-Vogelbach die Krankengymnastik um die Funktionelle Bewegungslehre (FBL) bereichert. Ohne dieses von Klein-Vogelbachs FBL geprägte Denken ist auch Rückbildungsgymnastik nach funktionellen Gesichtspunkten undenkbar. Auch in die Geburtsvorbereitung habe ich für Körper- und Geburtsarbeit dieses FBL-Konzept integriert. Die A. Brügger-Therapie gibt in den 80iger Jahren neue Ansätze zur Körperhaltung und viele andere hier nicht erwähnte Therapiekonzepte folgen.

Seit 1994 im wiedervereinigten Deutschland heisst die Krankengymnastik jetzt Physiotherapie, passte sich so der Berufsbezeichnung des internationalen Standes (WCPPT) an.

Heute orientiert sich das neue Denkmodell Physiotherapie nicht mehr an den Fachgebieten der klinischen Medizin, sondern an den *Organsystemen*, an denen physiotherapeutische Behandlung ihre primären Wirkungen entfaltet:

- am Bewegungssystem,
- an den inneren Organen,
- an Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle und
- am Verhalten und Erleben.

Dieser letzte Zweig, der das Berufsbild gerundet hat, wurde erst 1996/97 offiziell in die Physiotherapie integriert.

Wie sehr wir alle, die Rückbildungsbehandlung und Rückbildungsgymnastik als passive und aktive Maßnahmen an Wöchnerinnen weitergeben, für die Körperarbeit auf den Schultern ungezählt vieler Pionierinnen und Pioniere stehen, die weltweit das passive und aktive Behandeln und Bewegen am Patienten auf den Weg brachten, sollte an Hand dieser sehr kurz gefassten Entwicklung von der Heilgymnastik bis zur Physiotherapie aufgezeigt werden. Wir benutzen heute selbstverständlich diese Konzepte und Methoden, deren Wirkungsweisen seit ihrer Entwicklung bis zum heutigen aktuellen Stand immer wieder kritisch überprüft wurden und werden.

Die etwa über 80 Jahre hinweg gewachsenen (heil)gymnastischen Erfahrungen im Fachbereich

Geburtshilfe und Gynäkologie schließt von Anfang an bis heute die Rehabilitation der Wöchnerinnen ein, besonders dann, wenn das Wochenbett für die Frau mit strukturellen und funktionellen Problemen an Muskel-, Faszien-, Knochen- und Gelenkstrukturen gezeichnet ist, weil sich das wiederum im Verhaltens- und Erlebensbereich der Wöchnerin auswirken wird.

Eine ganzheitliche Therapie sollte deshalb immer das Konzept der Wahl sein.

1.1.2.2 Unterstützung der Rückbildungsvorgänge durch Körpertherapie (Physiotherapie)

Die Rückbildungsprozesse im Wochenbett können durch ganzheitliche physiotherapeutische Behandlungs- und Bewegungskonzepte unterstützt werden (siehe Kap. 4).

Wenn jede Wöchnerin über ihre schwangerschaftsbedingten körperlichen Veränderungen und deren Rückbildungschancen im Früh- und im Spätwochenbett aufgeklärt wird, ihr aber auch für bleibende Veränderungen (z. B. Striae gravidarum) keine falschen Versprechungen gemacht werden, hat das günstige Auswirkungen. Sie ist für die Rückbildungs-Körpertherapie motivierter und unterstützt durch ihre Mitarbeit, zunächst unter Anleitung, später dann auch ohne Anleitung über die Zeit des Wochenbetts hinaus durch selbständiges, funktionsrichtiges Üben den Therapieerfolg. Damit kann die Rückbildungsgymnastik eine Prävention für eventuell erneute Schwangerschaftsbelastung aber auch eine Selbsthilfe bei auftretenden Problemen sowie eine Prävention bis in spätere Lebensabschnitte sein.

Leitmotiv aller, die Rückbildungsgymnastik verordnen und an Wöchnerinnen vermitteln, muss sein:

Die therapeutische Behandlung und die therapeutischen Übungen zur Unterstützung der körperlichen funktionellen und strukturellen Rückbildungsprozesse nach der Geburt sind eine medizinisch-orientierte Hilfe für Wöchnerinnen, welche in Deutschland mit dieser Begründung von den Kassenträgern erstattet wird.

Ziel soll sein, den körperlichen Zustand der Frau von vor Beginn der Schwangerschaft aber auch geburtsbedingte körperliche Veränderungen, weitgehendst zurückzubilden und wieder herzustellen.

Um dieses Ziel erfolversprechend zu erreichen, bedarf es einer qualifizierten Ausbildung und ständiger Weiterbildung all derer, die für Wöchnerinnen Rückbildungsgymnastik anbieten.

Die anzuwendenden Techniken und Maßnah-

men müssen auf den individuellen Befund der Wöchnerin angepasst sein und auf allgemeine und spezielle Zielsetzungen, welche sich aus Abweichung von dem „Normalen“ ergeben, abgestimmt werden.

Merke: Für Früh- und Spätwochenbett gilt gleichermaßen: *Aus dem allgemeinen und dem individuellen Befund einer Wöchnerin (siehe Kap. 2) und den allgemeinen und speziell dem Befund angepassten Zielsetzungen (siehe Kap. 3) wird das Behandlungs- und Bewegungskonzept (siehe Kap. 4) für die Wöchnerin abgeleitet.*

1.1.2.3 Risiken durch fehlende oder falsche Rückbildungsgymnastik während des Wochenbetts

Mit zunehmender Tendenz muss beobachtet werden, dass in dem breiten Angebotsspektrum der Rückbildungsgymnastik die Aufmerksamkeit für mögliche körperliche Dysfunktionen und Dysbalancen, die eine Frau aus Schwangerschaft und Geburt mit ins Wochenbett bringt und bringen kann, die sich aber auch oft erst in den folgenden Wochen nach der Geburt herausstellen können, viel zu *wenig beachtet werden* oder gar zu *wenig bekannt sind*. Die Auswirkungen daraus bedeuten für nicht- oder falsch behandelte Wöchnerinnen meist Minderung ihrer Lebensqualität, nicht selten bis in ihre späteren Lebensabschnitte hinein. In den folgenden Kapiteln werden dazu mehrere Fallbeispiele aufgezeigt.

Das *Unterlassen* einer Rückbildungsbehandlung, vor allem, wenn es Rückbildungsstörungen oder Verletzungen durch die Geburt gab, hat Auswirkungen auf das statisch-dynamische Gleichgewicht z. B. bei Beckenringproblemen wie auch bei breitbleibender Rektusdiastase. Schwäche der Rumpfwandmuskulatur hat Auswirkungen zum Ort des geringsten Widerstandes, z. B. auf den oft noch strukturverletzten Beckenboden, auf die Atemsituation, auf das statiksichernde Stabilisieren. Diese und weitere in den folgenden Kapiteln aufgezeigten Situationen können zum Langzeitproblem für die Frau werden.

Für eine Wöchnerin ohne, aber vor allem mit o. g. Problemen ist aber ein weitaus folgenschwereres Risiko, wenn sie mit *unfunktioneller überforderter Power-Gymnastik* im Wochenbett behandelt wird. Zum Beispiel sind unfunktionelles Bauchmuskeltraining, funktionsfalsches Beckenbodentraining, Verzicht auf funktionsrichtiges Atmen beim Üben, Überdosierung bezüglich Tempo und Dauer beim Üben für die rekonvaleszierende

Wöchnerin eher schädlich als von Nutzen. Derartige Trainingsangebote, die keine Rücksicht auf die noch geschwächte oder gar noch strukturverletzte Muskulatur und auf den derzeitigen Leistungsstand der Wöchnerin nehmen, Übungen, bei denen die Frau nur mit unökonomischem Kraftaufwand und körperlichem Fehlverhalten, mit Ausweichbewegungen und Atemanhalten (Pressatem) in der Lage ist, die Überdosierung zu kompensieren, solche Übungsangebote können körperliche Dysbalancen und Dysfunktionen verstärken. Oft vermag die Wöchnerin nicht, z. B. mit geschwächtem Beckenboden die Übungen überhaupt nachzuvollziehen. Ihre Erschöpfung, oft auch Verstärkung der Beschwerden nach einer sie überanstrengenden, schweißtreibenden Rückbildungsstunde sind für sie nicht motivationsfördernd. Ihr Unvermögen, in der Gruppe, die meist auch noch Wöchnerinnen mit zeitlich unterschiedlichen Abständen nach der Geburt zusammenfasst, gut mitzuhalten, bezieht manche Frau auf sich selbst. Lustlos und unmotiviert brechen diese überforderten Wöchnerinnen nicht selten den Rückbildungskurs ab.

Merke: Eine Wöchnerin soll und muss in der Rückbildungsphase keine größere Fitness erreichen, als sie vor Schwangerschaftsbeginn hatte!

Anmerkung: Die stark zunehmenden Fitness-Angebote mit Aerobic, Power-Gymnastik in Sportstudios, sogar neuerdings Angebote zur Ausbildung als sog. Rückbildungstrainerinnen entsprechen zwar dem Zeitgeist, sind aber für Wöchnerinnen während der Rückbildungsphase im Spätwochenbett nicht geeignet, weil auf den Leistungsstand und Befund der einzelnen Wöchnerin viel zu wenig Rücksicht genommen wird.

Mit der Begründung der „Überforderung“ wird jetzt immer häufiger der Zeitpunkt des Beginns der Rückbildungsgymnastik einfach nach hinten verschoben, erst am Ende des Wochenbetts begonnen, um dann die Frauen mit Power-Gymnastik fit zu machen, was viele von ihnen dann immer noch überfordert. Meines Erachtens geht das am Sinn und Auftrag für Rückbildungsgymnastik im Wochenbett vorbei, weil die Frau auch Wochen später ohne kontinuierlich trainierten funktionellen Muskelaufbau die geforderte Leistung nicht unbeschadet umsetzen kann.

In den dazwischen liegenden Wochen vom Ende des Frühwochenbetts (10. Tag) bis zum Rückbildungskursbeginn, ca. 8 Wochen post partum, bleibt diese Wöchnerin mit allen körperlichen Belastungen durch Baby und Stillen, durch Pflichten

mit vorhandenen Kindern und ihrem Haushalt ohne körpertherapeutische Begleitung für ihr aus Schwangerschaft und Geburt mitgebrachtes geschwächtes Muskelkorsett der gesamten Rumpfkapselmuskulatur.

Hier muss erinnert werden, dass es Anliegen der Rückbildungsgymnastik ist, die naturgegebene hormonelle Umbauphase mit funktionsrichtiger Behandlung und entsprechend dosierten Übungen zu unterstützen und auf Beschwerden und Probleme in dieser Zeit einzugehen. Bei so sanften Übungskonzepten fühlen sich auch die Wöchnerinnen bei Z. n. Kaiserschnitt gut aufgehoben.

Das Leitmotiv muss sein: Rekonvaleszieren und Anfordern – nicht Überfordern!

Und das zum richtigen Zeitpunkt! Dieser richtige Zeitpunkt für den Beginn der Rückbildungsgymnastik im Spätwochenbett ist zwischen der 3. und 4. Woche nach der Geburt, wird von leichten zu schwierigeren Übungen gesteigert und muss eine gute Balance zwischen anforderndem Üben und Ruhephasen haben. In Kapitel 6.1.1 sind die Prinzipien der Trainingstherapie aufgezeigt, die beachtet werden müssen, wenn eine stabile strukturelle und funktionelle Anpassung in der Rehabilitation durch Training erzielt werden soll.

Seit mehr als 40 Jahren werden Wöchnerinnen von mir, von vielen Physiotherapeutinnen, Gymnastinnen und Hebammen so zu ihrem normalen körperlichen Leistungsniveau innerhalb der vom Kassenträger erstatteten Stunden begleitet, fühlen sich nie überfordert, üben deshalb zu Hause mit und kommen regelmäßig, weil sie ihre Leistungssteigerung am eigenen Körper positiv erfahren.

Hinweis: Welche Fitness- und Sportangebote eine Frau am Ende des Wochenbetts nach Beendigung des Rückbildungskurses in Anspruch nimmt (siehe Kap. 4.4.3.3) liegt außerhalb unserer Kompetenz und Verantwortung, die Kassenleistung kann sie dafür nicht in Anspruch nehmen.

1.2 Physiologie des Wochenbetts

1.2.1 Physiologische Rückbildungsvorgänge nach Schwangerschaft und Geburt während des normalen Wochenbettverlaufs

Das Wochenbett beginnt mit der Geburt der Plazenta (Nachgeburt). Es ist nach Monate während der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes eine Phase, in der sich die anatomischen und physiologischen Veränderungen aus diesem „Ausnahmestadium im Leben einer Frau“ wieder zum Normalen rückbilden, wobei jede Schwangerschaft und Geburt im Körper der Frau ihre Spuren hinterlässt. Im Wochenbett geschehen außerdem die Wundheilungsvorgänge. Die Milchbildung (Laktation) kommt in Gang, beim Stillen sollte anfangs die junge Mutter unterstützt werden, um den Milchfluss für das Kind in ausreichender Menge zu erhalten. Ist doch das Stillen ein wichtiger Beitrag, die Mutter-Kind-Beziehung von Anfang an zu fördern.

Wenn dann die Wiederaufnahme der Ovarialfunktion beginnt, sind die wichtigsten Rückbildungsvorgänge im Früh- und Spätwochenbett abgeschlossen (vgl. Kap. 1.1.2).

1.2.2 Hormonelle Umstellung bis hin zur erneuten Ovarialfunktion, Menstruation, Fertilität

Welche Hormone bewirken was, wenn von der „hormonellen Umbauphase“ oder von „hormonell gesteuert“ im Zusammenhang mit dem Wochenbett die Rede ist?

Wenn die Plazenta (Nachgeburt) geboren ist, kommt es bei der jungen Mutter zum raschen Absinken aller von der Plazenta produzierten Hormone (z. B. Östrogen, Progesteron, HPL und HCG). Dieser im Blut und Harn nachweisbare Hormonabfall ist der Auslöser für die Rückbildungsvorgänge nach der Geburt, wobei die meisten Um- und Rückbildungen im Frühwochenbett geschehen.

1.2.2.1 Prolaktin

Prolaktin ist das Schlüsselhormon für die am 3. Tag post partum einsetzende Laktation. Das

Prolaktin wird im Hypophysenvorderlappen (HVL) durch den Abfall des Östrogens gebildet. Durch den Stillvorgang bleibt dann das Prolaktinniveau hoch, bei jedem Stillen (Saugreiz) wird die neuerliche Prolaktinausschüttung angeregt. Während der Stillzeit bleibt so die Wiederaufnahme der Ovarialfunktion bei 80% der Wöchnerinnen gehemmt (Breckwoldt 1999).

Nicht vor der 30. Woche post partum ist bei stillenden Müttern mit der Reifung eines neuen Follikels zu rechnen. Stillt eine Frau nicht, normalisiert sich innerhalb von 2–3 Wochen nach der Geburt ihr Prolaktinspiegel. Dadurch könnte die erste Menstruation (Regelblutung) etwa 8 Wochen post partum wieder einsetzen. Weil Prolaktin von Anbeginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbetts ein grundwichtiges Hormon für den gesamten Anpassungsstoffwechsel der Frau ist, wird es auch als Schwangerschaftshormon (Gestationshormon) bezeichnet.

Auch einem anderen Hormon kommt nach der Geburt eine bedeutende Aufgabe zu:

1.2.2.2 Oxytozin

Oxytozin wird im Hypophysenhinterlappen (HHL) gebildet und bewirkt nach der Geburt:

- eine Steigerung der Kontraktionskraft (Nachwehen) an der Uterusmuskulatur und somit die Rückbildung der Gebärmutter, wobei sich die Haftstelle (jetzt Wundfläche) der Plazenta verkleinert und die Nachblutungsgefahr verringert wird.
- am muskulären Anteil des Brustdrüsengewebes bewirkt Oxytozin das In-Gang-Kommen des Milchflusses, besonders während des Stillens fördert Oxytozin die Milchbildung.

Wichtig: Durch stimulierende Reize auf den Uterus (z. B. passive Bauchlagerung, Bauchatmen, Bauchmassage) ebenso beim Saugreiz an der Mamille wird die Oxytozinausschüttung angeregt. Im Frühwochenbett begünstigt somit das Stillen die Rückbildung der Gebärmutter. Die Stillende verspürt beim Saugen ihres Kindes ein Ziehen in ihrer Gebärmutter.

Der Wiederbeginn der Ovarialfunktion, die erste Follikelreifung im Eierstock, der erste Eisprung (Ovulation), die erste Regelblutung (Menstruation) ist vom nun wieder beginnenden Zusammenspiel des hormonellen Regelkreises vom HVL (Hypophysenvorderlappen) und den Ovarien (Eierstöcke) und vom Stillverhalten der Frau abhängig.

Beachte: Bei Blutungen vor der 8. Woche post partum handelt es sich um anovulatorische Blutung, hier fand kein Eisprung statt.

Die physiologische Phase der Unfruchtbarkeit, das Ausbleiben der Menstruation, welche erstmals nach der Geburt in einem individuell unterschiedlich langen Zeitraum wieder zurückkehrt und während der Stillzeit durch die Laktation aufgeschoben wird, bezeichnet man als *Laktationsamenorrhoe*. Stillt die Mutter ihr Kind voll, stellt das trotzdem *keinen vollen Verhütungsschutz* vor einer neuen Schwangerschaft dar.

Die Fertilität (Fruchtbarkeit) ist zwar herabgesetzt aber nicht aufgehoben. Eine Wöchnerin kann, da der erste Eisprung (Ovulation) schon vor der ersten Menstruation geschieht, schon vor ihrer ersten Regelblutung wieder schwanger werden.

Eine *Anti-Konzeptions-Beratung* durch die Hebamme (Nachsorge) oder Klinikarzt bzw. behandelnden Frauenarzt sollte unbedingt erfolgen, nicht nur, wenn die Frau von sich aus nachfragt.

1.2.3 Genitale Rückbildungs- und Wundheilungsvorgänge (Involution)

Was bedeutet Involution? Von Involution spricht man, wenn ein Organ, welches durch Hypertrophie und/oder Hyperplasie vergrößert war, infolge von Hypotrophie und/oder Hypoplasie in seine ursprüngliche (normale) Größe zurückgebracht wird (Rockenschraub).

1.2.3.1 Rückbildung der Gebärmutter (Uterus)

Ein typisches Beispiel für *Hypotrophie* und *Hypoplasie* ist nach der Geburt die Rückbildung des Uterus. Andere ebenso gebräuchliche Bezeichnungen sind Gebärmutter oder Fruchthalter, die auf die Aufgabe dieses weiblichen Organes hinweisen. Das geschieht im Frühwochenbett durch Nachwehen, Lochialfluss und Abbau der Muskelsubstanz.

Der normale Uterus und seine Anpassung an Schwangerschaft und Geburtsarbeit

- Der *nichtschwangere Uterus* ist ein dickwandiges, birnenförmiges muskuläres Hohlorgan, etwa 7–9 cm lang, er wiegt etwa 60 g. Die regelrechte Lage des Uterus im kleinen Becken ist eine *Anteversio*, im Isthmusanteil eine *Anteflexio*. Das bedeutet, dass die Gebärmutter insgesamt nach ventral Richtung Harnblase geneigt ist, in Höhe des Isthmus(Hals) nach vorn abgebeugt ist (Abb. 1.6).
- Die Uteruswand besteht aus 3 Schichten:
 - der äußeren Schicht, dem *Perimetrium*,
 - die dicke mittlere Schicht ist das *Myometrium*,
 - die innere Schleimhautauskleidung, in der sich das befruchtete Ei einnistet, ist das *Endometrium*.

In Anpassung des Uterus an eine Schwangerschaft beträgt die Größenzunahme, am Beginn mit einer geringen Breitenzunahme, dann vornehmlich mit Längenwachstum nach 40 Schwangerschaftswochen, also am Ende der Tragzeit, etwa 30 cm Uteruslänge bei einem Gewicht von etwa 1000 g. Aus der kleinen Gebärmutter ist ein stabiler Fruchthalter und für die Geburt ein Arbeitsmuskel geworden. Die Dicke der Gebärmutterwand liegt dann bei 3–5 cm.

Diese Größenzunahme während der Schwangerschaft geschieht durch

- Hypertrophie: Das ist ein aktives Wachstum bereits vorhandener Muskelzellen, es wird ausgelöst durch hormonelle und physikalische (Fruchtwasserdruck) Reize und führt zur Vergrößerung des Uterus.
- Hyperplasie: Das ist ein passives Wachstum durch Neubildung (Vermehrung) von Muskelfasern aus Bindegewebszellen, damit sich der Uterus an das wachsende Kind anpassen kann.

Die Anordnung der Muskelfasern im Myometrium (mittlere Uterusschicht) ist ein schräg zur Längsachse des Uterus verlaufender spiraliger Aufbau, die Goerttler mit „Uhrfederspiralen“ vergleicht (Abb. 1.7).

- Längsfasern (Stratum supravasculare) in der äußeren dünnen Schicht,
- Spiral- oder Netzfaser (Stratum vasculae) in der mittleren Schicht als dreidimensionales Netzwerk,
- Ringfasern (Stratum subvasculae) in der inneren Schicht.

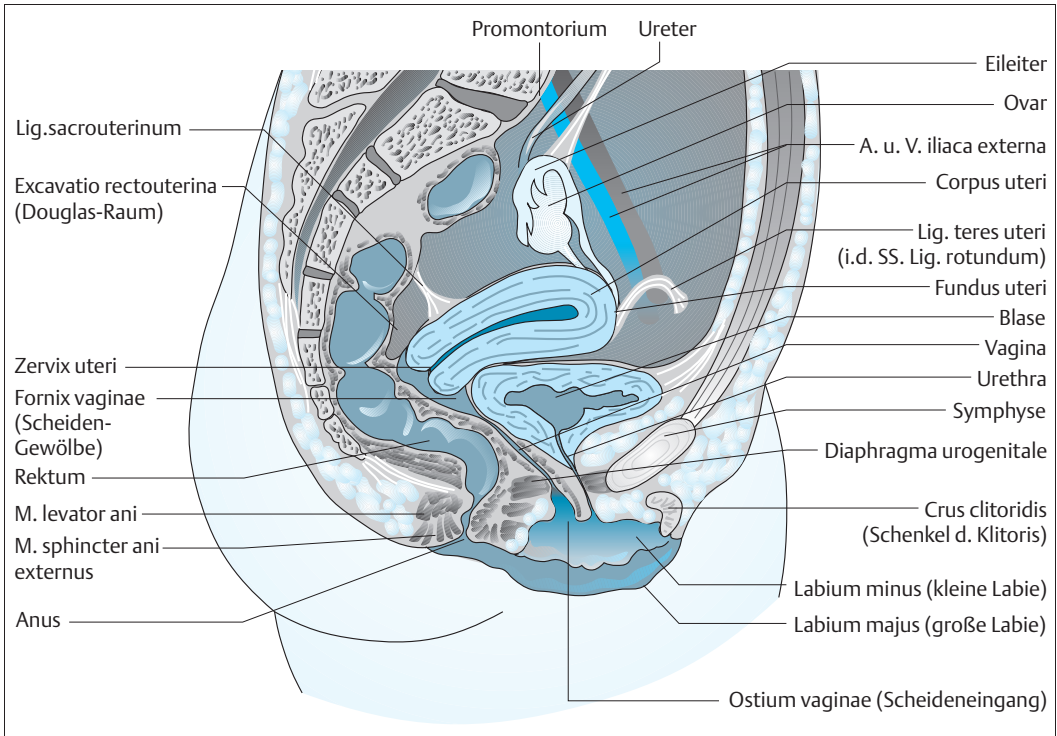


Abb. 1.6 Sagittalschnitt durch das weibliche Becken. Lage der Gebärmutter in Anteversio/flexio und ihre Beziehung zu den Nachbarorganen. Nach der Geburt soll

die Involution des Uterus durch Bauchlage unterstützt werden, die dem Uterus in seine regelrechte Position innerhalb des kleinen Beckens bringt. (nach Netter)

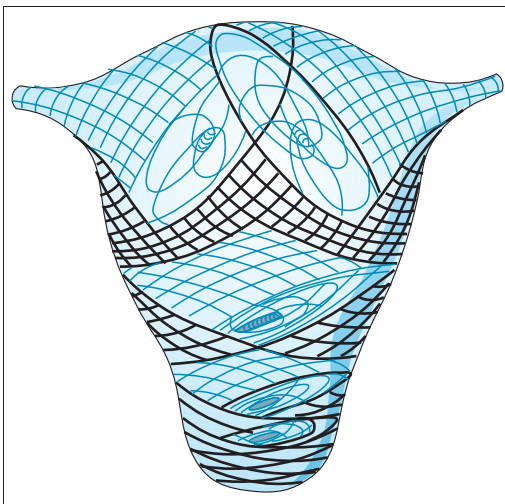


Abb. 1.7 Modellvorstellung des Verlaufs der Muskelfasern in der Uteruswand. „Uhrfederspirale“ (nach Goerttler)

Beste Voraussetzungen sind der Gebärmutter durch die Anordnung der Muskelfasern zur dreidimensionalen Größenzunahme geschaffen, um dem Kind in der Gebärmutterhöhle Wachstum zu sichern aber auch in der Austreibungsphase das Herausschieben des Kindes mit *Fundaler Dominanz* zu ermöglichen. In der postpartalen Phase muss sich die Gebärmutter nun schnellstmöglich wieder verkleinern, zurückbilden. Unmittelbar nach der Geburt von Kind und Plazenta wiegt der Uterus noch etwas 1000–1200 g. Er hat noch eine Länge von 16–18 cm. Die Wandstärke des Uterus, vor allem des Myometriums beträgt noch etwa 3 cm.

Bereits am Ende der ersten Woche post partum wiegt die Gebärmutter noch 500 g und 6 Wochen nach der Geburt weniger als 100 g (einige Autoren geben 50 g an, damit hat sie dann ihr normales Gewicht zurück).

In den ersten drei Tagen nach der Geburt formieren sich die Zervix uteri (Gebärmutterhals) und die Portio uteri (Muttermund) wieder, nach 8–10 Tagen ist der innere Muttermund gerade noch so weit geöffnet, dass die Lochien abfließen können.

Interessant: Die Portio (Muttermundsöffnung) einer Frau, die nicht geboren hat, ist rund. Nach einer Geburt hat der Muttermund die Form eines Querspaltes.

Involution der Muskulatur des Uterus post partum

Die Involution des Uterus geschieht durch Abbau der Muskelsubstanz der in der Schwangerschaft hyperplastisch gewachsenen Gebärmutter. Durch den raschen Östrogen- und Progesteronabfall werden bestimmte Enzyme, z. B. das Enzym Kollagenase ausgedrückt (exprimiert), das bewirkt dann den raschen Abbau der Muskelsubstanz.

Kontraktionen (Nachwehen)

Die Involution des Uterus geschieht auch durch Kontraktionen, den sog. Nachwehen. Das Myometrium des Uterus kann sich aufgrund der o. g. Anordnungen der Muskelfasern kontrahieren. Auslöser dazu ist eine Oxytozin-Hormonausschüttung aus dem Hypophysenhinterlappen (HHL), reflektorisch werden diese Kontraktionen auch durch den Saugreiz des Kindes an der Mamille ausgelöst.

Unterschiedlich starke Uteruskontraktionen komprimieren die Blutgefäße im Bereich der Stelle, wo die Plazenta vor der Geburt mit der Uterusinnenwand verbunden war. So bewirken die Kontraktionen einen verminderten Blutverlust post partum. Die Wundfläche, vorher Haftstelle der Plazenta, verkleinert sich durch Uteruskontraktionen gleich nach der Geburt von Kind und Nachgeburt auf mehr als die Hälfte. Ebenso unterstützen die Kontraktionen, die im Wochenbett von der Frau oft als *schmerzhafte* Nachwehen empfunden werden, das Abfließen der Lochien (Wochenfluss).

So sind die Nachwehen wirkungsvoll:

- Die Blutstillung wird forciert
- Die Plazentahaftstelle verkleinert sich
- Die Rückbildung der muskelstarken Gebärmutter auf normale Größe und Gewicht wird unterstützt.
- Das Abfließen des Wund- oder Lochialsekrets wird wirkungsvoll unterstützt.

Es werden drei Arten der Nachwehen unterschieden:

- *Dauerkontraktionen* als ein im Wochenbett physiologischer Vorgang, werden auch als „tonische Retraktionen“ (lat. retrahiere = zurückziehen) bezeichnet.

Beginn: Mit der Geburt der Plazenta; Dauer: Etwa 4–5 Tage post partum.

- *Spontane, rhythmische Kontraktionen*, die zusätzlich zu den Dauerkontraktionen *oben aufgesetzt* auftreten.

Beginn: Wenige Stunden nach der Geburt; Dauer: Diese Nachwehen treten erst in kürzeren, dann länger werdenden Intervallen auf und hören nach 2–3 Wochenbett-Tagen auf.

Hinweis: Diese Nachwehen sind vor allem für Mehrgebärende äußerst schmerzhaft (die Wöchnerin ist nach der Geburt nicht mehr motiviert, noch Schmerzen auszuhalten). Nach der Geburt des ersten Kindes werden Nachwehen selten schmerzhaft gespürt.

- *Reizwehen* sind rhythmische Kontraktionen, die im Verlauf des Frühwochenbetts durch Reizauslöser hervorgerufen werden. Das können sein: Bauchmassage, Wochenbettübungen, Druck auf den Uterus z. B. Bauchlage.

In die Gruppe der Reizwehen gehören auch

- a. die beim Stillen, beim Ansaugen des Kindes an der Mamille, auch nach dem Stillen ausgelösten Uteruskontraktionen. Sie heißen *Stillwehen* und helfen bei der Uterusrückbildung.
- b. die durch Wehenmittelgaben ausgelösten Reizwehen.

Für die Rückbildung der Gebärmutter im Frühwochenbett ist eine wichtige Kontrolle das Palpieren des Fundusstandes (Abb. 1.8–1.10).

Über die Fixpunkte Nabel und Symphyse wird der Höhenstand des Fundus uteri getastet.

- Unmittelbar post partum wird der Fundusstand 2 Querfinger (QF) breit unterhalb des Nabels getastet.
- Bedingt durch das Nachlassen der Uteruskontraktionen, der einsetzenden Straffung und Tonisierung von Scheide und Beckenboden, durch Auffüllen der Speicherorgane Blase und Darm steigt der Fundus uteri am Tag nach der Geburt wieder nach oben, er befindet sich etwa in Nabelhöhe.
- Täglich soll sich dann der Fundus uteri um 1QF in Richtung Symphyse absenken, bis er etwa am 10. Tag, was etwa auch das Ende des Frühwochenbetts ist, hinter der Symphyse im kleinen Becken verschwindet und von außen nicht mehr getastet werden kann.



Abb. 1.8 Uterus nach der Geburt.

Wundheilung, Lochialfluss u. Regeneration des Endometriums

Wundheilung in der Gebärmutterhöhle:

Nach der Ablösung der Plazenta und Eihäute befindet sich in der Gebärmutterhöhle eine große

Wundfläche. Im Bereich, wo die Eihäute sich ablösen, ist diese Wundfläche nahezu glatt. Wo die Plazenta haftete, ist die Wundfläche rau und uneben, dort hat sie einen Durchmesser von etwa 12 cm. Bedeckt ist diese Wundfläche mit Thromben, mit nekrotisierendem Gewebe aus Drüsenresten, auch mit Zottenresten.

Leukozyten (Granulozyten und Lymphozyten) und Phagozyten (Fresszellen) wandern über den Blutweg in das Wundgebiet ein und lösen die Gewebsreste auf. Es bildet sich in Verbindung mit Fibrin ein Wundschutzwall, der die innere Wunde vor Keimen schützt und uterine Um- und Abbauprodukte mit den Kontraktionen des Uterus als *Lochien* ausscheidet.



Abb. 1.9 Hebamme tastet am Tag nach der Geburt den Fundusstand in Nabelhöhe.

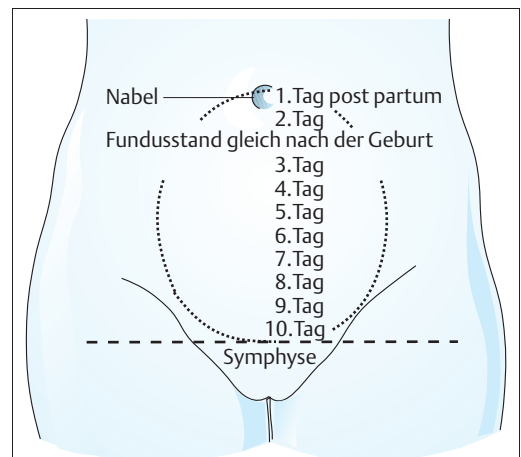


Abb. 1.10 Der Fundusstand der Gebärmutter senkt sich ab dem 1. Tag post partum täglich 1 Querfinger vom Nabel in Richtung Symphyse.

Lochien, (griech. *lochios* = zur Geburt gehörend) auch *Lochial-* oder *Wochenfluss*:

Es ist die Bezeichnung für das Wundsekret, welches aus der Wunde stammt, die vor der Geburt Haftstelle der Plazenta zur Uterusinnenwand war. Die Lochien werden auch als „Spiegel der Wundheilung“ bezeichnet, sie müssen abfließen.

Bestandteile der Lochien sind: Blut, Lymphe, Eihautreste, Gewebsreste aus der Dezidua (= das während der Schwangerschaft weiterentwickelte Endometrium zur Funktionalis) verflüssigtes nekrotisches Gewebe, vermischt mit Bakterien und Schleim.

Menge: Sie variiert im gesamten Rückbildungszeitraum von 200 ml bis 500 ml (zum Vergleich: Menstruation insgesamt 50 bis 80 ml.)

Farbe: in der 1. Woche post partum blutig, in der 2. Woche braun-rot, allmählich gelb, in der 3. Woche hell werdend, das bleibt dann für etwa 4 bis 6 Wochen.

Geruch: anfangs süßlich-fade, beim allmählichen Versiegen geruchlos.

Menge, Farbe und Geruch der Lochien sind Hinweise, wie die Wundheilung der Plazentahaftfläche und die Regeneration des Endometriums voranschreiten. Die Wunde in der Gebärmutterhöhle heilt ab. Bereits 2 Wochen post partum hat sich die Haftstelle der Plazenta auf einen Durchmesser von 5 cm verkleinert.

Die Epithelisierung der großen Wundfläche mit Differenzierung in Epithelzellen als Deckzellen und Stromazellen als bindegewebiges Stützgewebe geht von den verbliebenen Endometriumsdrüsen aus. Das Endometrium in der Gebärmutterhöhle bildet sich neu. Das Regenerieren ist nach 6 bis 8 Wochen abgeschlossen.

Am weichen Geburtsweg z. B. an der Zervix uteri, an der Vagina und Vulva, am Perineum können bei jeder Geburt kleinste Einrisse, Quetschung an der Muttermundlippe, Abschürfungen, oberflächliche Verletzungen an der Scheide geschehen. Durch Verklebung und Granulation des Gewebes heilen diese in der Regel schnell ab (vgl. Kap. 1.4.4).

1.2.3.2 Rückbildung der Gebärmutterbänder

Alle inneren Genitalorgane des kleinen Beckens wie Uterus, Ovarien, Tuben (Adnexe) sind durch bindegewebige Strukturen (parametrane Gewebzüge) und durch Bänder (Ligamenten), welche grundsätzlich entweder rund wie eine Sehne oder flach wie ein Band beschaffen sind, im kleinen Becken elastisch aufgehängt und befestigt.

Die physiologische Aufgabe dieser Bandverbindungen ist, den Uterus im kleinen Becken einerseits zu halten, zu stützen, zu lagern, ihm auch so viel Beweglichkeit zu sichern, dass er je nach Füllzustand seiner Nachbarorgane Blase und Darm nach ventral, dorsal und kranial ausweichen kann (Abb. 1.11).

Den „schwebenden Halt“ in der Mitte des kleinen Beckens sichern dem Uterus neben dem Beckenbindegewebe (Parametrien) und den Ligamenten die Faszie des Beckenbodens. Diese *endopelvine Faszie* verankert den Uterus und die obere Vagina oberhalb des Diaphragma pelvis an der Beckenwand. Nach Walters und Karram sind die Ligg. cardinalia und sacrouterina strukturelle Anteile der endopelvinen Faszie.

Die Ligg. *cardinalia* (Mackenrodt), die vom Seitenrand der Vagina und Zervix uteri über den Beckenboden zur seitlichen Beckenwand ziehen, führen die Gefäße, die den Uterus versorgen und

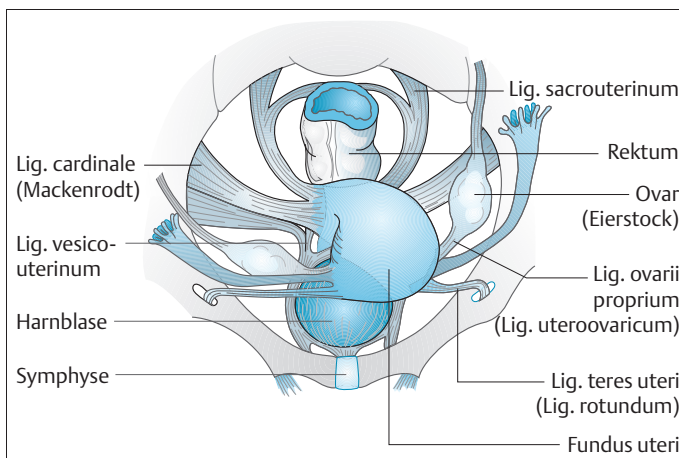


Abb. 1.11 Bandverbindungen der inneren Organe

verhindern gemeinsam mit den nachfolgend aufgezeigten Bändern das Ausweichen des Uterus während der Geburtsarbeit nach oben. Nach der Geburt ist das Lig. cardinalia, welches den Uterus schwebend trägt und stützt, in seiner *Haltefunktion* für die Gebärmutter *geschwächt*.

Die ventrale Halterung für eine regelrechte Uteruslage (Anteversio/-flexio) sichern die *Ligg. teres uteri*. In der Schwangerschaft hypertrophieren diese vorderen Gebärmutterbänder zu bleistift-/kleinfingerdicken runden „Mutterbändern“ und heißen jetzt *Ligamenta rotunda*. Ihr Längenwachstum nimmt um das 3- bis 4fache ihrer ursprünglichen Länge zu, ihre Verlaufsrichtung wird in der Schwangerschaft steiler, sie sind stärker gestreckt, um den starken Zügeffekt für die unter der Geburt arbeitende Gebärmutter zu gewährleisten. Die *Ligg. rotunda* setzen beidseits vorn an den uterinen Tubenecken an und verlaufen bogenförmig nach vorn durch den Leistenkanal, um sich beidseits am oberen Schambeinast zu befestigen.

In kaudal-dorsaler Zugrichtung sichern dem Uterus seine Normallage in Anteversio/flexio die beiden hinteren Bänder, die kräftigen *Ligg. sacrouterina*, die von der Kreuzbeinwand kommend, halbbogenförmig das Rektum umfassen und sich an der Hinterwand des unteren Uterus (Zervix) befestigen. Auch diese hinteren Bänder hypertrophieren in der Schwangerschaft.

Schwangerschaftsbedingte Veränderungen am Haltesystem des Uterus im kleinen Becken müssen sich wieder zurückbilden. Die *Rückbildung der Ligamente im Wochenbett* bis auf ihre ursprünglich normale Länge braucht mehrer Monate. Besonders die vorderen „runden“ Mutterbänder, die bei Fundusstand am Rippenbogen ein beachtliches Längenwachstum hatten, haben eine lange Rückbildungszeit. Ihre Fähigkeit, den Uterus nach ventral in Anteversio/flexio zu halten, ist während der Wochenbettzeit lange noch ungenügend. Auch die *Ligg. sacrouterina*, die hinteren Bänder müssen wieder hypotrophieren.

Hinweis: Es ist einleuchtend, dass sich aus o.g. Gründen im Frühwochenbett bei Rückenlage einer Wöchnerin die gewichtige Gebärmutter mit der Schwerkraft nach retroversio (dorsal) verlagert. Das kann sich ungünstig auf das Abfließen der Lochien und auf das Kontrahieren des Uterus, also auf die Rückbildung von Uterus und Ligamenten auswirken. Im Frühwochenbett sollte die Wöchnerin Rückenlage vermeiden, dafür häufig Bauchlage einnehmen (siehe Kap. 4.2.1.1).

1.2.3.3 Rückbildung von Vagina und Vulva

Vagina

Nach der Geburt ist die Vagina (Scheide) überdehnt, ödematös und hat kleinste Einrisse, am Scheideneingang (Introitus vaginae) kann sie blutunterlaufen sein.

Als Zeichen des Östrogenmangels ist die Vaginalschleimhaut in der 1. Woche post partum empfindlich, auch gerötet. Sie regeneriert sich aber rasch und problemlos. Nach 3 bis 4 Wochen hat die Vagina wieder einen guten Tonus, die Querfältelung bekommt wieder ihre Form. Begünstigt wird die rasche Engerstellung und Verkürzung der Vagina post partum „durch eine deutliche Zunahme der Muskulatur der Vaginalwand während der Schwangerschaft durch Zellhyperthrophie, möglicherweise auch Hyperplasie“ (Cretius 1980). Der Zustand vor der Schwangerschaft wird aber *nur annähernd* wieder erreicht (siehe Kap. 1.4.9).

Vulva

Die Labien sind nach der Geburt geöffnet, der ganze Vulvabereich oft angeschwollen. Da die Tonisierung der Scheidenwände schnell wieder aufgebaut wird, liegen die Labien im Normalfall bald wieder aneinander.

1.2.4 Veränderte Physiologie bei Zustand nach Sectio caesarea

1.2.4.1 Einführung in die Geschichte des Kaiserschnitts

Die abdominale Schnittentbindung ist derzeit die am häufigsten durchgeführte größere Operation bei Frauen (Hirsch/Käser/Ikle 1999).

Die Sectorate variiert zwischen den einzelnen Ländern, Städten und gynäkologisch/geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser von <10% bis über 30% und mehr! In Deutschland haben wir derzeit (2000) mehr als 20% Sectio-Entbindungen mit steigender Tendenz. Obwohl das Hochschnellen der Sectionen in den letzten Jahren selbst von vielen Geburtshelfern (Ärzte wie auch Hebammen) beklagt wird, ist ein Ende dieser Entwicklung nicht absehbar. Der wissenschaftliche Konsens „evidence-based“ ist, dass eine Sectorate von 7% aller Geburten ausreicht, „dass bei höherer Frequenz keine besseren perinatalen Ergebnisse zu erwarten sind“ (Enkin et al., Schücking, Vortrag 1999).

Merke: Sollte die Zahl der Frauen mit Zustand nach abdominaler Schnittentbindung weiter anwachsen, was bedeutet, dass etwa $\frac{1}{4}$ aller Wöchnerinnen Sectio-Wöchnerinnen sind, haben Hebammen/Physiotherapeuten im Früh- und auch Spätwochenbett immer mehr abdominal operierte Frauen zu behandeln und in den Rückbildungsgymnastikkursen zu betreuen. Um bei diesen Wöchnerinnen die geeigneten Maßnahmen anwenden und hilfreiche Tipps geben zu können, informiere ich etwas ausführlicher über das Thema Kaiserschnitt.

Zur Geschichte des Kaiserschnitts (auch Schnittentbindung – Sectio caesarea): Die Bezeichnung Kaiserschnitt soll angeblich mit der Geburt des G. Julius Caesar (110–44 v. Chr.) in Verbindung gebracht worden sein, was heute jedoch nicht mehr aufrecht erhalten wird, da zu der damaligen Zeit diese Entbindungsart immer mit dem Tod der Mutter verbunden war, Caesars Mutter Aurelia aber noch lebte, als dieser Gallien eroberte.

Logischer ist, dass der Begriff Kaiserschnitt als Sectio caesarea ein pleonastischer Ausdruck (= überflüssige Worthäufung wie z. B. weisser Schimmel) ist. Sectio heisst lateinisch Schnitt, caesarea stammt vom lateinischen Verb caedere, was schneiden heisst. „A caeso matris utero“ bedeutet „aus der aufgeschnittenen Gebärmutter der Mutter“.

Anderen Quellen zufolge wurde die Bezeichnung Sectio caesarea oder Kaiserschnitt erst von dem Jesuitenpater Theophilus Raynaudus im 17. Jahrhundert geprägt, um den bis dahin gebräuchlichen Begriff Schnittentbindung gegenüber dem Wort „Section“, dem Eröffnen einer Leiche, aus naheliegenden Gründen abzugrenzen.

Man kann weit in die Historie zurückgehen, genau lässt es sich nicht festmachen, seit wann die

abdominale Schnittentbindung durchgeführt wurde. Allerdings erfolgte diese zunächst nur an der toten oder sterbenden Mutter, wohl aus religiös motivierten Gründen im Mittelalter, um das Kind zu taufen.

Bekannt ist die abdominale Schnittentbindung bereits in der Antike, in altägyptischer, persischer, chinesischer, griechischer, römischer und anderen Kulturen. Aus der griechischen Mythologie ist u. a. eine Schnittentbindung in einem medizinischen Buch des 16. Jahrhunderts überliefert, welche die Entbindung des kleinen Asklepios (Aeskulap) zeigt, der von seinem Vater Apollon aus dem Leib seiner Mutter Koronis geholt wird (Abb. 1.12).

Gesichert ist, dass die Etrusker bzw. die Römer seit dem 6. Jh. v. Chr. mit dieser Entbindungsform vertraut gewesen sein müssen. Von dem oströmischen Kaiser Justinian wurde im 6. Jh. n. Chr. die abdominale Schnittentbindung an der Sterbenden oder Toten dem Arzt durch Gesetz zur Pflicht gemacht. Man nimmt an, dass damals auch an den Lebenden Schnittentbindungen durchgeführt wurden, ob Mutter und Kind das überleben, ist nicht überliefert.

Zu Beginn des 13. Jahrhunderts galt die Vorschrift: „Stirbt eine Frau während des Gebärens oder glaubte man, dass das Kind lebe, so muss man sie aufschneiden und ihr dabei den Mund öffnen“. Man glaubte, die Atmung für das Kind so zu ermöglichen (Abb. 1.13).

Schon 1452 hat der Rat der Stadt Regensburg in der Regensburger Hebammenordnung die Hebammen ausdrücklich zur Sectio in mortua verpflichtet. Im Jahre 1610 gelang dem Chirurgen Jeremias Trautmann erstmals in Deutschland ein erfolgreicher Kaiserschnitt an einer Lebenden. Die Frau überlebte den Eingriff 25 Tage, das Kind blieb am Leben. Dieses Ereignis ging als der „Wittenberger Fall“ in die Medizingeschichte ein.



Abb. 1.12 Die Entbindung des kleinen Asklepios (Aeskulap), der von seinem Vater Apollon aus dem Leib seiner Mutter Koronis geholt wird. (Quelle: F. v. Zcglinicki. Geburt und Kindbett im Spiegel der Kunst und Geschichte. Aachen 1990)



Abb. 1.13 Stirbt eine Frau während des Gebärens oder glaubte man, dass das Kind lebe, so muss man sie aufschneiden und ihr dabei den Mund öffnen. Man glaubte, die Atmung für das Kind so zu ermöglichen.

(Quelle: F. v. Zcglinicki. Geburt und Kindbett im Spiegel der Kunst und Geschichte. Aachen 1990)

In Fachbüchern erscheint seit dem 17. Jhd. mehrmals der Kaiserschnitt an der lebenden Frau, empfohlen wird der Längsschnitt von der Symphyse bis zum Nabel. Da dieser Eingriff ohne jegliches Opiat erfolgte, „sollte auf die Konstitution der Frau Rücksicht genommen werden, da nicht jede Frau einem solchen Eingriff standhalten könne“.

Die Erfolgsraten waren bei Kaiserschnitt an lebenden Frauen äußerst gering, besonders da der Uterusschnitt nicht vernäht wurde. So blieb es auch noch im 18. bis ins 19. Jahrhundert. In Paris überlebte z. B. zwischen 1787 und 1876 nicht eine Frau einen Kaiserschnitt.

Erst am Ende des 19. Jahrhunderts gelang dem Heidelberger Gynäkologen F.A. Kehrer (1837–1914) der Durchbruch. Er führte am 25.9.1881 in Meckesheim bei Heidelberg eine Schnittentbindung durch, bei der er erstmals einen Querbogenschnitt im supracervikalen Bereich und eine uterine Doppelnaht von Muskulatur und Peritoneum vornahm. Kehrer's Methode setzte sich weltweit durch. Die Müttersterblichkeit nahm ab, nicht nur

durch die neue Operationsmethode sondern auch durch andere wegweisende Entdeckungen dieser Zeit, z. B. bessere Narkosemethoden (Chloroform) und der von Ignaz Semmelweis (1818–1865) entdeckten Asepsis (siehe Kap. 1.1.1), sowie den antiseptischen Verhaltensmaßregeln (Vernichtung der Wundinfektionserreger in der Wunde) des britischen Chirurgen Josef Lister (1827–1912). Hinzu kam die Lockerung kirchlicher Dogmen, wonach ggf. die Mutter zugunsten des Kindes geopfert werden sollte. Endlich wandelten sich vor etwas 100 Jahren die Kaiserschnittergebnisse zum Positiven.

Heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts scheint die dramatische, leidvolle Geschichte ungezählt vieler schwangerer Frauen, die mit ihrem oder beider Leben zahlen mussten, fast vergessen. Die Geburtshilfe kann auf dieses so unschätzbare wichtige, nur noch mit relativ geringem Risiko behaftete Öffnen der Bauchhöhle nicht mehr verzichten. Dennoch bin ich der Auffassung, diese Entbindungsmethode doch den aus dem Geburtsgesche-

hen sich entwickelnden Indikationen vorzubehalten.

1.2.4.2 Indikationen für abdominale Schnittentbindung

Es wird zwischen einer *absoluten* Indikation und einer *relativen* Indikation für eine Schnittentbindung unterschieden. Unter einer absoluten Indikation verstehen wir das Erkennen und Entscheiden für eine Sectio bei dem Vorliegen eines mütterlichen und kindlichen Geburtszustandes, der unmittelbar bei Fortschreiten oder dem Beginn der Geburt zu einer Lebensbedrohung von Mutter und Kind führt. So lässt bei der Entbindung eine Placenta praevia totalis dem Geburtshelfer keine andere Wahl, als sich für eine Sectio zu entscheiden. Ein Nabelschnurvorfall in der Eröffnungsphase wäre ein anderes Beispiel.

Unter den heutigen Bedingungen ist der Anteil der absoluten Sectio-Indikationen eher der kleinere Anteil an der Gesamtrate der Sectio-Indikationen. Wahrscheinlich ist die Rate der absoluten Indikationen über die letzten vier Jahrzehnte gleich geblieben. Im Gegensatz dazu haben sich bei den relativen Indikationen weitreichende Veränderungen ergeben. Das sprunghafte Ansteigen der Sectiozahlen in allen Ländern ist Ausdruck der Zunahme der relativen Indikationsstellungen. Dies weist darauf hin, dass noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Steigende Sectoraten über 20% und die *neue Diskussion über die Wunsch-Sectio* aktualisieren den Bedarf nach einer Neubesinnung, um zu einer gesellschaftlich akzeptierten Definition der *relativen* Indikation zu gelangen.

Neben den Wandlungen der geburtshilflichen Paradigmen werden auch die Veränderungen der sozialen, technischen und letztendlich die veränderte Rolle der Frau zu betrachten sein (H.J. Krüger, 2000).

Von einer *primären* Sectio caesarea spricht man, wenn die Schnittentbindung vor Beginn der Wehentätigkeit durchgeführt wird. Bei einer *sekundären* Sectio wird aus dem Geburtsverlauf heraus der Entschluss zur Schnittentbindung gefasst.

In Anlehnung an M. Krause (2000) gibt es folgende absolute Indikationen zur primären Sectio:

- intrauterine Wachstumsretardierung mit schwerer fetaler Kreislaufdekompensation, unabhängig vom Gestationsalter (Schwangerschaftsalter) oder von der Poleinstellung des Kindes.
- therapierefraktäres bzw. nicht medikamentös beherrschbares HELLP-Syndrom bzw. Eklampsie/Präeklampsie.

- Frühgeburten, bei denen zusätzliche Risikofaktoren vorliegen, wie: Vorzeitiger Blasensprung mit beginnender/nachgewiesener Infektion, beginnendes/manifestes Amnioninfektionssyndrom, unreifer Muttermundsbefund – unabhängig von der Poleinstellung des Kindes und des Gestationsalters.
- eineiige Zwillings-Schwangerschaft (monochooriale Geminigravidität) bei unterschiedlichem (diskordantem) Wachstum der Kinder.
- einige fetale Fehlbildungen, z. B. Steissbeinteraum, Hydrozephalus internus.
- Placenta praevia partialis bzw. totalis.
- geburtsbehindernde Uterusanomalien z. B. große Zervikalmyome.
- HIV-Infektion der Mutter.

Nicht die absoluten Sectio-Indikationen, sondern die *relativen* Sectio-Indikationen bedingen das stetige Ansteigen der Sectio-Zahlen. *Relativ* heißt, dass hierbei der Entschluss zur Schnittentbindung durch Abwägen von Nutzen und Risiko erfolgt. Die relative Indikation unterliegt einem permanenten Wandel, Veränderungen innerhalb der Medizin und der Gesellschaft beeinflussen sie stetig. Beispiele dafür sind: Die Schnittentbindung bei Beckenendlage, auch die Wiederholungssectio.

In diesem Zusammenhang zitiere ich aus dem Kurzbericht der WHO (1985), Pkt. 14: „Es gibt keinen Beweis dafür, dass ein Kaiserschnitt erforderlich ist, wenn bei einer früheren Entbindung ein transversaler Kaiserschnitt im unteren Uterinsegment vorgenommen wurde. Eine vaginale Entbindung nach einer vorangegangenen Sectio-Entbindung sollte in der Regel immer dann gefördert werden, wenn im Notfall chirurgische Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung stehen“.

Die *Wunschsectio* als Indikation definiert A. Staudacher (1999) so: „Die schwangere Frau will ohne medizinische Risiken ihre Spontangeburt durch Sectio ersetzt haben. Der Begriff „Wunschsectio“ liegt nur dann vor, wenn er aus nichtmedizinischen Gründen geäußert wird z. B. wie subjektive Angst vor der Geburt, Angst vor Schädigung des Beckenbodens oder aus organisatorischen Gründen zur Bestimmung des Geburtstermins u. ä.“

So sucht die Frau vom behandelnden Arzt für ihre psychosomatischen Ängste und Probleme, aber auch für ihre Vorstellungen zum Thema Wunschsectio, Beratung und Hilfe. Oft sind es die Einflüsse Dritter (Familie, Freunde, Kollegen), die den Entschluss zur Wunschsectio in ihr reifen lassen.

In der Geburtshilfe wird die Wunschsectio derzeit kontrovers diskutiert. Bisher wurde der von Menschen für Frauen in höchster Not gefundene

Kaiserschnitt aus medizinischer Indikation eingesetzt, wobei das Thema Indikationsstellung – so fordern viele Geburtshelfer und Hebammen – einer neuen Klärung bedarf. Noch nie waren einerseits die regelgerechte vaginale Geburt, andererseits die geplante primäre Sectio so problemlos und ungefährlich für die Frauen gewesen, wie jetzt (Wagenbichler 1999).

Anmerkung: Wenn eine Frau nach 9 Monaten Schwangerschaft diesen Sectio-Wunsch ohne medizinische Indikation äußert, weist das sicher häufig auf Unsicherheit und ein Betreuungsdefizit, in welcher Form auch immer, hin. Hier fehlte eine Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung, in welcher der Frau das „Gebärenkönnen aus eigener Kraft“ vermittelt wurde. Sie erfuhr nicht, dass der Gebärcode (Heller 1998) in ihr geweckt werden kann und dadurch das Zutrauen zu ihren ursprünglich vorhandenen, unverbildeten Verhaltensweisen für das Gebären wächst. So scheint dieser Frau der Weg der Wunsch-Sectio der für sie annehmbarste zu sein. Das ist m. E. ein Rückzug, sich dem Gebären aus eigener Kraft und auf natürlichem Wege stellen zu wollen.

Kann die Sectio eine Beckenbodeninsuffizienz verhindern?

Die Sectio-Indikation als Präventivmaßnahme zur Verhinderung einer postpartalen Beckenboden-Dysfunktion wird seit geraumer Zeit diskutiert. Die Befürworter plädieren wegen der bekannten Risikofaktoren nach vaginalen Entbindungen, wie z. B. Forzeps, DR III/IV° Grades, Episiotomie, protrahierter Geburtsverlauf, großes Kind über 4000 g, für ein großzügigeres Angebot der Sectio.

Nach Meinung anderer Autoren ist aufgrund vorhandener Literaturdaten (in denen epidemiologische Daten noch fehlen), diese erhöhte Sectio-Indikation derzeit als Präventivmaßnahme für Beckenbodendysfunktion als Spätfolge der vaginalen Geburt nicht zu rechtfertigen (Hanzal 1998). Es bedarf in Zukunft vieler Untersuchungen zur Erlangung gesicherter Daten, um den Stellenwert der Sectio zum Schutze des Beckenbodens besser beurteilen zu können.

Meines Erachtens sollten hierbei Untersuchungen einbezogen und veröffentlicht werden, in denen die muskulären und funktionellen Nachteile und Spätschäden für den Beckenboden bei vaginalen Entbindungen in klassischer Gebärstellung (Steinschnittlage) mit Atemanleitung zum Valsalva-Pressdruck gegenübergestellt werden dem Gebären aus eigener Kraft in vertikalen/halbvertikalen Positionen, wobei der Beckenboden auf

physiologische Weise langsamer und kontinuierlicher gedehnt wird (Pressen versus Schieben, Heller 1998).

1.2.4.3 Herkömmliche (konventionelle) Sectio-Methode

Die Notwendigkeit für eine Sectio kann sich ergeben

- noch in der Schwangerschaft, vor Geburtsbeginn als geplante oder primäre Schnittentbindung oder
- erst nach Wehenbeginn während des Geburtsverlaufs als sekundäre Schnittentbindung mit Besonderheit der Not-Sectio bei akuter Gefährdung von Mutter und/oder Kind. Diese Sectio soll innerhalb der E-E-Zeit, d. h. vom Erkennen (E) der Notsituation bis zur Entwicklung (E) des Kindes in kürzester Zeit (nicht länger als 20 Minuten) erfolgen.

Eine Sectio dauert bis zur Geburt des Kindes etwa 3 bis 10 Minuten, das Verschließen von Uterus und Bauchdecke ca. 30 Minuten, bei Komplikationen länger.

Die Vorgehensweise:

- Die Lagerung der Mutter erfolgt im OP in leicht linker Steinschnitt-Seitlage, um die Kompression der Vena cava inferior durch den schwangeren Uterus zu verhindern.
- Narkoseform: siehe Kap. 1.2.4.5
- Entleerung der Harnblase entweder durch Katheterisieren oder durch Einlage eines Blasen-dauerkatheters.
- Das Eröffnen der Bauchdecke (Laparotomie) erfolgt in der Regel durch einen etwa 12–15 cm langen suprasymphysären Querschnitt nach Pfannenstiel (Gynäkologe, 1862–1909). Dieser Schnitt wird auch Fasziën- oder Aponeurosenquerschnitt genannt. Er stellt nach Düring/Harder (1999) einen ausreichend großen Zugang dar und sichert gute kosmetische Ergebnisse bei primärer Wundheilung (siehe Abb. 1.14a–g).
- Nach der Längseröffnung des Peritoneums wird die Bauchdecke entweder manuell durch Bauchhaken oder durch das Einsetzen eines Bauchdeckenspreizers auseinandergehalten (Abb. 1.14a).
- Das Peritoneum, welches die vordere Uteruswand und die Harnblase überzieht, wird im Bereich der vesikouterinen Umschlagsfalte, wo es nur locker anliegt, quer eröffnet. Das Blasenperitoneum wird etwas nach kaudal abgescho-

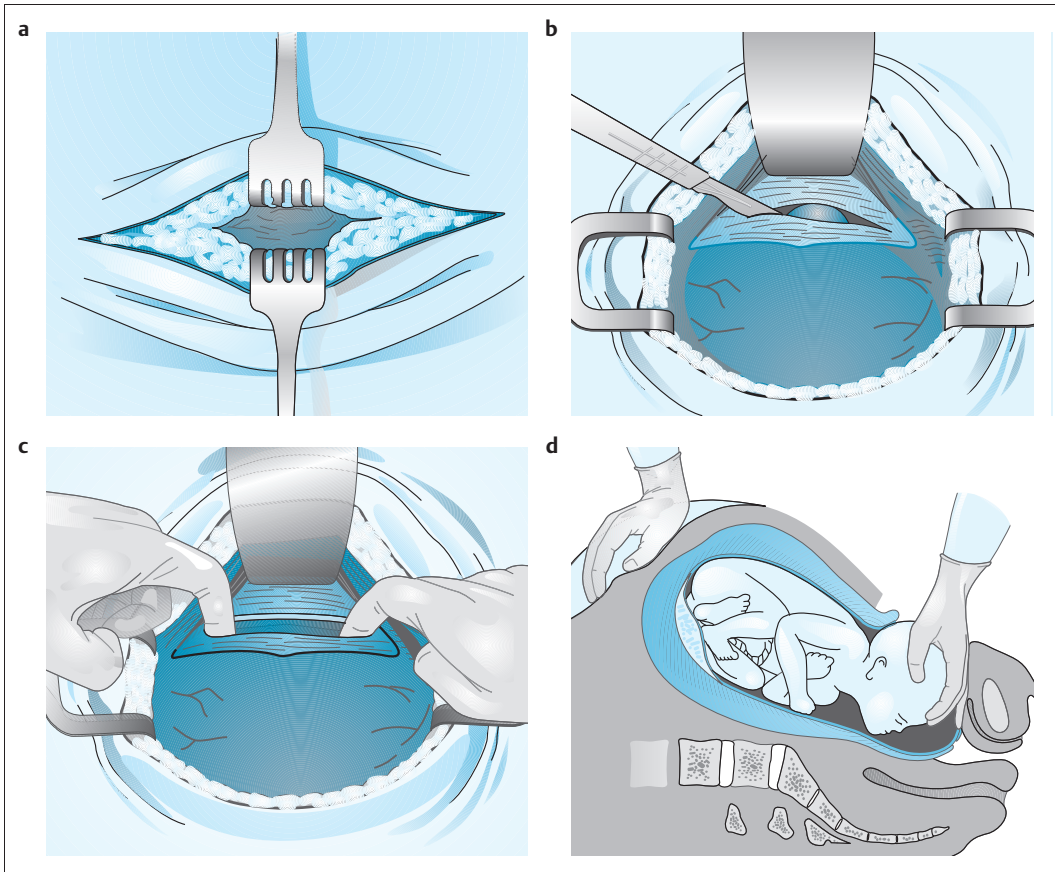


Abb. 1.14a–g Sectio caesarea
 a Eröffnung der Bauchdecke
 b Querinzision des Uterus

c stumpfe Erweiterung der Uterotomie
 d Entwicklung des Kindes

ben und somit das untere Uterinsegment freigelegt.

- Der Uterus wird quer im unteren Uterinsegment mit dem Skalpell eröffnet. Der Schnitt wird nach lateral entweder digital oder scharf mit Schere oder Messer erweitert. Wenn möglich, wird das Amnion dabei geschont (Uterotomie). Da nur im unteren Uterinsegment genügend Bindegewebe vorhanden ist, ist hier eine gute Narbenbildung gewährleistet (Pfleiderer 2000) (Abb. 1.14b u. c).

Anmerkung: Der früher übliche Uteruslängsschnitt wird kaum mehr durchgeführt, da das Risiko einer Uterusruptur bei einer nachfolgenden Schwangerschaft erheblich größer ist als bei dem unteren Querschnitt. Sollte der untere Querschnitt platzmäßig nicht ausreichen, das Kind schonend zu entwickeln, muss der Querschnitt T-mäßig nach oben erweitert werden. Dies könnte z. B. bei einem sehr kleinen

Frühgeborenen, welches in Beckenendlage liegt, eintreten, wenn das untere Uterinsegment noch keine ausreichend große laterale Ausdehnung besitzt (Abb. 1.15a–c).

- Das Kind wird nun, wenn es in Schädellage liegt, manuell oder mit der Vakuumglocke oder Sectio-Zange entwickelt. Bei einer Beckenendlage bzw. Querlage wird das Kind über den Steiss oder den Fuß entwickelt (Abb. 1.14d).
- Das Kind wird gleich abgenabelt und abgesaugt (Fruchtwasser).
- Die Plazenta wird manuell gelöst und mit den Eihäuten entfernt (Abb. 1.14e u. f).
- Dann wird die Uteruswunde mit einer fortlaufenden, einschichtigen Naht verschlossen. Eine anatomisch korrekte Vereinigung (Adaptation) der Wundränder mit dieser Naht und eine gute Wundheilung sichern eine optimale Belastbar-

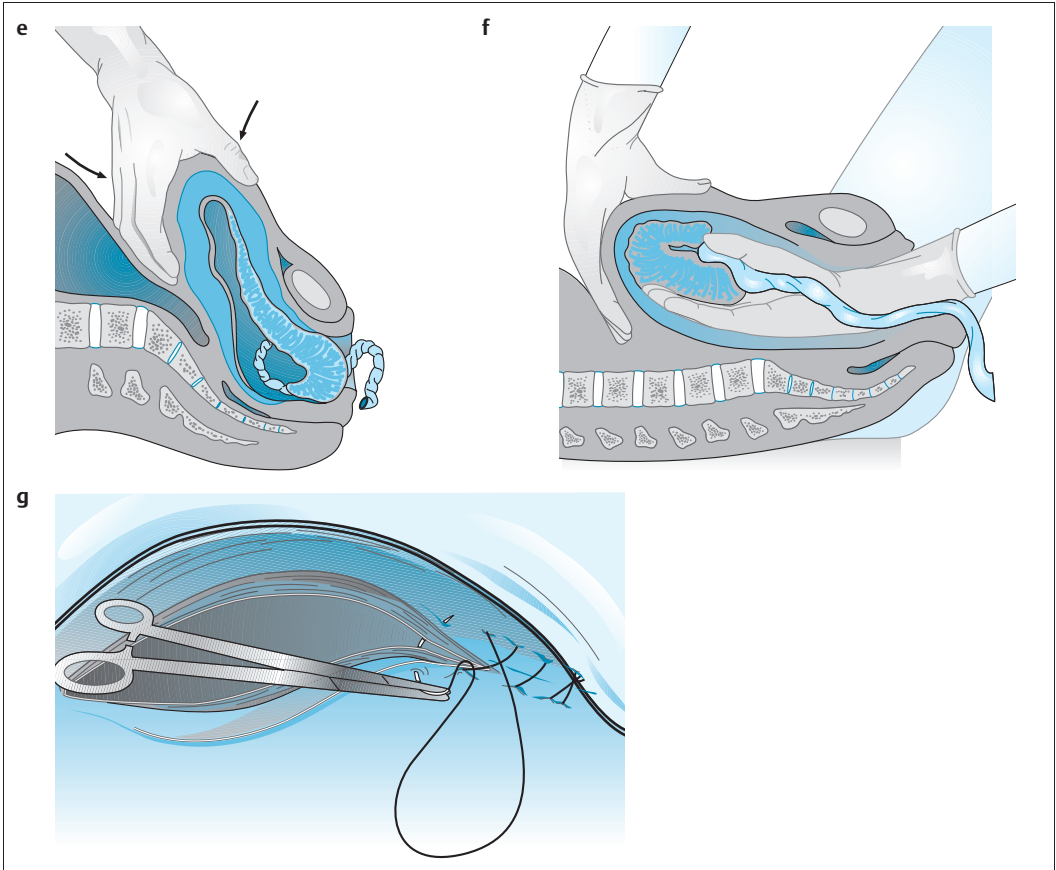


Abb. 1.14a–g (Fortsetzung)
e Credé-Handgriff

f manuelle Plazentalösung
g Naht der Uterotomie.

- keit der Narbe bei späteren Schwangerschaften und Geburten (Hirsch/Käser/Ikle 1999) (Abb. 1.14g).
- Das Wundgebiet wird wieder mit dem Blasenperitoneum gedeckt.
 - Dem schichtweisen Verschluss der Bauchdecken geht die Inspektion der Adnexe und eine sog. *Bauchtoilette* voraus. Dabei werden möglichst vollständig mit feuchten Kompressen (oder Sauger) Blut- und Fruchtwasserreste entfernt.

Anmerkung: Am Tag nach der Sectio-OP klagen viele Frauen über Schmerzen am Oberbauch und den Rippenbögen, auch über Atembeschwerden am unteren Thoraxrand. Diese Beschwerden können durch die Bauchtoilette, durch das Lagern im OP, auch durch das Management beim Entwickeln des Kindes aus der Gebärmutter ihre Ursache haben (s. Kap. 4.2.2.6, Behandlung dieser Beschwerden)

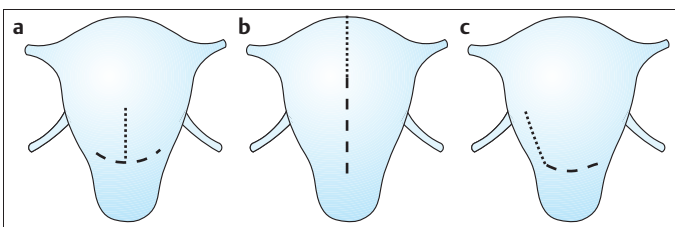
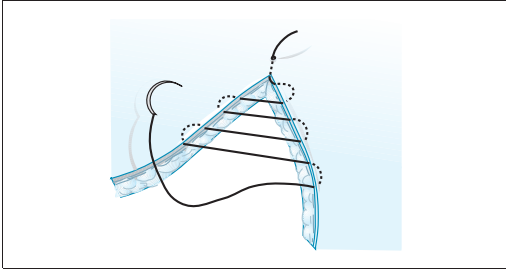
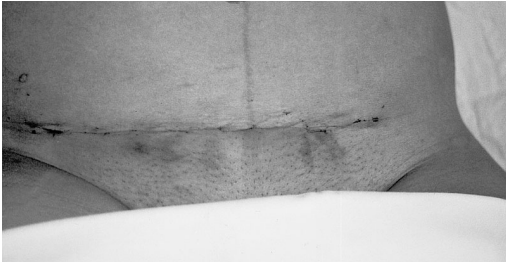


Abb. 1.15a–c Verschiedene Uterotomieschnitte (gestrichelt) mit Erweiterungsmöglichkeiten (gepunktet):
a isthmischer Querschnitt mit T-förmiger Erweiterung
b isthmischer Querschnitt mit J-förmiger Erweiterung
c isthmokoporaler Längsschnitt



a



b

Abb. 1.16a u. b
a Intrakutane Hautnaht mit atraumatischer Nadel und monofilem Kunststofffaden
b Intrakutannaht



Abb. 1.17 Zustand nach Sectio-Einzelknopfnahht. (Foto U. Harder)

- Einmalhautklammern (Abb. 1.18)
- selten: Klammern

Faden- oder Klammerentfernung erfolgt ab 6. Tag postoperativ.

Zu Wundheilung und Wundheilungsstörungen siehe Kap. 1.4.4.4.

Zu Narbenbehandlung siehe Kap. 4.2.2.10.

- Der Verschluss der Bauchdecke wird schichtweise vorgenommen. Dabei wird das Peritoneum längs, wie es eröffnet wurde, und die Faszie quer mit einem fortlaufenden resorbierbaren Faden verschlossen. Muskel und subkutane Schicht werden üblicherweise nicht mehr genäht. Unter die Faszie wird eine Redondrainage zur Ableitung des Wundsekretes gelegt.
- Der Hautverschluss erfolgt:
 - meist durch eine fortlaufende Intrakutannaht (Abb. 1.16a u. b)
 - mit Einzelknopfnahht (EKN) = einzelne Stiche und Fäden (Abb. 1.17)

1.2.4.4 Misgav Ladach-Methode

H.J. Krüger

Entwickelt wurde die Misgav Ladach-Methode Anfang der 90er Jahre durch Dr. Michael Stark, Leiter der Geburtshilflichen-Gynäkologischen Abteilung des Misgav Ladach-Krankenhauses in Jerusalem (hebr. misgav ladach = ein Schutz im Zeichen der Not) M. Stark bezeichnet sich selbst als ästhetischen Minimalisten. Nach einer kritischen Analyse der konventionellen Sectio-Technik ließ er all diejenigen Operationsschritte weg, von denen er annahm, dass sie keine relevante medizinische Bedeutung haben. Für die Baucheröffnung wählte M. Stark die Technik nach Prof. S. J. Joel Cohen. In

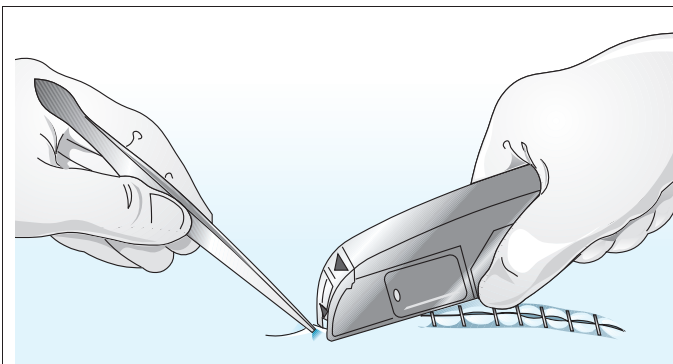


Abb. 1.18 Hautverschluss mit Einmalklammern.

Deutschland wird nach der Misgav Ladach-Methode seit 1996 operiert.

Vorgehensweise

- Vorbereitung wie bei der herkömmlichen Sectio.
- Suprasymphysärer Hautschnitt, wobei nur die Haut mit dem Skalpell durchtrennt wird. In der Mittellinie wird in eine Breite von 2–3 cm auf die Faszie vorgedrungen und diese über 2 cm eröffnet (Abb. 1.19a u. b).
- Die Faszie wird nach der Seite hin weiter mit der Schere gespalten.
- Durch digitalen Zug nach kranial und kaudal wird nun die Bauchdecke aufgedehnt, das Subkutangewebe und die Rektusmuskulatur wird dadurch auseinandergedrängt. Die Gefäß- und Nervenverbindungen zwischen Faszie und Muskulatur werden dabei nicht wie bei der konventionellen Sectio durchtrennt (Abb. 1.19c).
- Eröffnung des Peritoneums
- Eröffnung des Peritoneums über dem unteren Uterinsegment mit Schere oder Skalpell. Erweiterung nach lateral, Abschieben der Harnblase.
- Quere Incision im unteren Uterinsegment bis auf das Amnion (Eihäute). Erweiterung der Uterotomie nach lateral, digital oder mit der Schere. Wenn möglich, wird das Amnion dabei erhalten (Abb. 1.19d).
- Zur Entwicklung des Kindes werden keine Bauchspreizer oder Bauchdeckenhalter benötigt. Nach Abnabelung des Kindes wird die Plazenta manuell gelöst, der Uterus mit der Hand ausgetastet und mit einem Tuch ausgewischt (Abb. 1.19e).
- Zum Verschluss der Uterotomie wird der Uterus vor die Bauchdecke gebracht und mit einer einschichtigen fortlaufenden Naht verschlossen. Viscerales und parietales Peritoneum werden nicht verschlossen (Abb. 1.19f).
- Der Verschluss der Bauchdecke durch eine fortlaufende Naht der Faszie und in Deutschland durch eine fortlaufende intrakutane Naht der Haut. Eine Redondrainage wird nicht gelegt (Abb. 1.19g).

Die Vorteile der Misgav Ladach-Methode sind:

- geringere Traumatisierung des Gewebes, da weniger geschnitten und genäht wird.
- geringerer Blutverlust, da die Operationsdauer kürzer ist und weniger Gewebstraumatisierung entsteht.
- Im Vergleich zur konventionellen Sectio (dem

bisherigen Standard) sind keine postoperativen Nachteile zu erkennen. Es wird eher darüber berichtet, dass der postoperative Heilungsverlauf mit einer geringeren Hämatombildung und geringeren Beschwerden verbunden sei.

Merke: Die Sectio nach Misgav Ladach wurde von M. Stark nie als sanfte Sectio-Methode bezeichnet. Auch sie bleibt eine operative Schnittentbindung mit der Durchtrennung intakter Strukturen der Bauchwand und deren nachfolgender narbiger Verheilung.

In vielen Ländern wurde die konventionelle Sectio-Technik durch diese neue Methode ersetzt, da das zugrunde liegende Konzept überzeugend ist. Zu hoffen ist, dass dabei wichtige Techniken der konventionellen Sectio nicht in Vergessenheit geraten, da diese untere schwierigen narbigen Verhältnissen immer noch benötigt werden.

Erleichternde Bedingungen bei Sectio-Entbindung heute

Unabhängig von der Operationsmethode wird heute in den Krankenhäusern versucht, den Frauen, die durch einen Kaiserschnitt entbunden werden, diesen Eingriff akzeptabler zu gestalten. Dazu gehören:

- Schaffung einer nicht angstbesetzten, persönlichen Atmosphäre, in welcher mit der Frau und ihrem Partner über den notwendigen Kaiserschnitt gesprochen wird. Die Indikation zur Sectio sollte in einer einführenden, die Selbstverantwortung der Frau unterstützenden Weise erfolgen. Ist eine primäre Sectio geplant, findet das Vorgespräch etliche Tage vor dem Eingriff in der Klinik statt.
- Die Möglichkeit, rund um die Uhr eine Sectio in Regionalanästhesie (siehe nachfolgend) durchführen zu können. PDA und Spinalanästhesie sichern den Wachzustand der Patientin während der Operation. Auch bei einer sekundären Sectio kann ohne großen Zeitverlust eine Spinalanästhesie (als Regionalanästhesie) vorgenommen werden.
- Die Anwesenheit einer familiären Bezugsperson bei der Sectio ist möglich.
- Regionalanästhesie oder Analgetika sichern der Frau eine schmerzarme Zeit nach der Operation, um die Phase des Bondings mit dem ersten Anlegen des Kindes ungestört verbringen zu können. Während dieser Zeit (4–5 h) bleiben Mutter, Kind und PartnerIn im Kreissaalbereich.
- Die Dauer der Infusionstherapie sollte so kurz