

Geburt und KiSS

Verschiedene Haltungsauffälligkeiten im frühen Säuglingsalter lassen sich einer KiSS – Problematik zuordnen. Dabei sind Gemeinsamkeiten wie geburtstraumatische Einflüsse, Asymmetrien (motorisch, morphologisch, funktionell und im Muskeltonus), Funktionsstörungen der Kopfgelenke sowie vegetative Symptome nicht zu übersehen. Die Kombination von genetischer Prädilektion, zahlreichen anatomischen Besonderheiten der frühkindlichen Halswirbelsäule und verschiedenen schwangerschafts-/geburtshilflichen Risikokonstellationen scheint zu entsprechenden Funktionsstörungen der Kopfgelenksregion zu führen.

Pränatale Risikofaktoren für die Entwicklung einer KiSS Symptomatologie sind Quer- und Beckenendlagen, Mehrlingsschwangerschaften sowie weitere intrauterine Zwangslagen. Diese Kinder kommen meist mit Haltungssymmetrien zur Welt.

Peripartale Risikofaktoren sind auf feto-maternaler Seite: Geburtsgewicht >4000 g, Sturzgeburten, hintere Hinterhauptslage, verlängerte Geburtsdauer und andere mehr. Auf instrumentell-geburtshilflicher Seite erwiesen sich der Einsatz des Kristeller'schen Handgriffs, Zangen oder Saugglocken, Kaiserschnitte bzw. forcierte geburtshilfliche Manipulationen (Schulterdystokie) infolge Scher- und Zugbelastung der infantilen HWS als besondere Auslösefaktoren. Diese Kinder entwickeln entsprechende Symptome innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt.

Nachgeburtlich können Operationen, Infektionen und Intubationen/Beatmungen frühkindliche Kopfgelenksblockierungen hervorrufen und bis ca. zur 12. Lebenswoche derartige Auffälligkeiten auslösen.

Zeilen einer Hebamme:

Als ich mit meiner Hebammentätigkeit begann (1979), war folgende Geburtsleitung üblich:

- *Der Kopf erschien, wurde nur gebremst- und danach wartete man, bis die nächste Wehe kam. Solange steckte der Kopf draußen, Gesicht nach unten, und wurde immer blauer. Die nächste Wehe kündigte sich an, indem der Kopf sich drehte (Blick zum re oder li Oberschenkel der Mutter) und sich auch ein Stückchen vorschob. Bis hier noch völlig ohne Bauchpresse! Der Druck der Wehe und der Mutter schob das Kind nun nach draußen- meine Aufgabe als Hebamme war nun noch, die Richtung zu weisen und „aufzufangen“.*
- *Heute läuft das so ab. Der Kopf ist geboren, die Wehe zu Ende. Damit das Kind nun nicht in Sauerstoffnot kommt, wird **Nicht** die nächste Wehe abgewartet, sondern die Frau zum Pressen angefeuert und: am Kopf gezogen! Zuerst nach „unten“, in dem Fall den Kopf auf eine Schulter, dann nach „oben, auf die andere Schulter. Dieses Forcieren induziert meiner Meinung nach öfter Schulterdystokien als wir früher hatten. Auch wenn der Körper geboren wird, muss ich noch feste (ich finde wirklich fest, mir widerstrebte das immer) am Kopf ziehen, der Hals wird immer länger. Steckt die Schulter fest, muss ich noch versuchen, den Kopf zu drehen, in der Hoffnung, dass die Schulter oben folgt.*
- *Wegen der Gefahr der Plexuslähmung darf auch (je nach Meinung des Chefs im Krankenhaus) mit den kleinen Fingern nicht unter der Schulter „eingehakt“ werden d.h. Das Gewicht des kindlichen Körpers hängt komplett an der HWS, während es vollends „aussteigt.“*
- *Niemandem würde nach der Geburt einfallen, ein Kind nur am Kopf zu tragen oder es so aus dem Bett zu nehmen. Eine Anzeige wegen Misshandlung würde unweigerlich folgen.*
- *Wenn ein Kind in echter Sauerstoffnot ist und natürlich in einem gewissen Karenzbereich), muss es selbstverständlich auf die forcierte Weise geboren werden. Da aber die Natur es so eingerichtet hat, dass bei allen Entbindungen nach der Geburt des Kopfes eine Pause ist, denke ich, dass „Otto-Normalverbraucher-Baby“ das auch aushalten kann-besser als forciertes Ziehen an dieser empfindlichen Verbindung zwischen Kopf und Rumpf. Womöglich hat ja auch die Plethora (nachdem das Kind eine Wehenpause lang steckte) einen uns noch*

verborgenen Sinn! Nun ich bin einfach froh, dass diese Problematik endlich thematisiert wird und hoffe, dass einige (in meinen Augen) unselige geburtshilfliche Techniken – wie auch das dauernde „kristellern“- endlich in der Schublade für echte Notfälle verschwindet.

Einige KiSS Kinder zeigen persistierende frühkindliche Reflexmuster, andere (insbesondere KiSS II) inverse Reaktionen, die man als seitenbezogene Tonusänderung auch bei gesunden Kindern finden kann. Diesbezüglich sind weitere Überlegungen notwendig um derartige Reaktionsmuster klinisch einzuordnen.

Rezidivierende Funktionsstörungen im kraniozervikalen Übergang haben (neben Traumen oder reflektorisch nach Infektionen) möglicherweise eine Ursache in der Manifestation eines sensorischen Gedächtnisses. Berichtet wird über die Wiederkehr einer scharf begrenzten Strahlendermatitis, ausgelöst durch eine Antibiotikungabe nach Radiatio vor 3 Jahren. In wie weit ein solches Gedächtnis auch für Blockierungen des Bewegungsapparates existiert, ist anzunehmen aber nicht bewiesen.

Robby Sacher