

Der kinästhetische Händedruck – eine schonende und effiziente Alternative zur Kristellerhilfe

Alina Sühling

Die Autorin stellt in diesem Beitrag den kinästhetischen Händedruck als Methode zur aktiven Unterstützung des Geburtsverlaufs vor, erklärt die Durchführung und die Vorteile gegenüber Maßnahmen wie Valsalva-Pressmanöver und Kristeller-Handgriff. Die Empfehlungen beruhen auf den subjektiven Erfolgserlebnissen des geburtshilflichen Teams im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer und auf den zugrundeliegenden Theorien der Kinästhetik.

Hintergrund

Eine bekannte Situation in vielen Kreißsälen Deutschlands: Der Muttermund der Gebärenden ist schon länger vollständig geöffnet, der kindliche Kopf müsste nur noch tiefertreten, die Frau fühlt sich nach langem Geburtsverlauf aber kraftlos und das CTG wird zunehmend pathologisch.

Eine weitverbreitete Maßnahme, um die Geburt des Kindes nun zügig zu erreichen, ist immer noch das Valsalva-Pressmanöver: angeleitetes aktives Mitpressen der Frau nach dem vorgegebenen Rhythmus der Hebamme, meist in der Rückenlage mit angezogenen Oberschenkeln – sprich den Händen in den Kniekehlen. Oft wird dies mit dem Kristeller-Handgriff, einer Oxytocininfusion oder auch mit einer Variante der vaginal-operativen Entbindung kombiniert ausgeführt.

Die Schwangere kann in dieser Situation nicht mehr selbstbestimmt gebären, sondern wird passiv entbunden. Dieses Vorgehen, als Einschnitt in die Selbstbestimmtheit der Frau, wird zunehmend öffentlich kritisiert, u. a. von Vereinen und Initiativen wie Mother Hood e.V. und Roses Revolution [6][15][16].

Die werdende Mutter wird durch die vermeintlichen Lösungsansätze in eine passive Rolle gedrängt und verkrampft automatisch, weshalb die empfundenen Schmerzen größer werden. Diese Angst-Spannung-Schmerz-Spirale kann nur schwer bis gar nicht durchbrochen werden und wurde bereits Mitte des 20.

Jahrhunderts von dem Gynäkologen Grantly Dick-Read beschrieben. Demnach sind die Psyche und die Aufklärung der Schwangeren entscheidend, um eine erfolgreiche Geburt zu erreichen, die von den Frauen als nicht traumatisch empfunden wird [2].

Problematik von Valsalva-Pressmanöver, Oxytocingabe und Kristeller-Handgriff

In der Literatur finden sich viele Hinweise darauf, dass das **Valsalva-Pressmanöver** keine signifikanten Vorteile bringt und kein Garant für eine schnellere und positivere Geburtsbeendigung im Vergleich zu intuitivem Mitschieben der Frau ist. Im Gegenteil: Die 1- und 5-Minuten-APGAR-Werte und der pH-Wert der Nabelschnur sind bei selbstständigem Pressrhythmus der Frau sogar signifikant besser, genau wie die Zufriedenheit bzw. das körperliche Wohlbefinden der Mutter nach der Geburt [9][21]. Zusätzlich kann eine aufrechte Gebärlage die Dauer der Austreibungsphase im Vergleich zur Rückenlage verkürzen [4][7].

Eine **Oxytocininfusion** kann bei Wehenschwäche, protrahiertem Geburt bzw. Geburtsstillstand eine Lösung sein und die Chance auf eine vaginale Geburt erhöhen [19]. Jedoch werden alternative Methoden, wie ein Positionswechsel, welche auch parallel dazu angewendet werden können, oft nicht mehr ausprobiert. Grund für eine häufig voreilig beendete Geburt ist meist die scheinbar nicht

mehr vorhandene Zeit [12]. In vielen Fällen werden die Geburten dann per vaginal-operativer Entbindung oder per Sectio beendet. In Deutschland betraf dies 2017 6,2% der Geburten (vaginal-operative Entbindung) und 30,5% der Geburten (primäre und sekundäre Sectio) [18].

Auch der **Kristeller-Handgriff** kommt in Europa und den USA in solchen Situationen häufiger als angenommen zum Einsatz [13]. Dabei soll durch einen gezielten, wehensynchronen Fundusdruck der flach aufgelegten Hände das Durchtreten des kindlichen Köpfchens durch das Becken der Frau in der Austreibungsperiode beschleunigt werden [10][8]. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird dieses Vorgehen nicht empfohlen, da die Risiken für Mutter und Kind (u. a. organische Rupturen, Schmerzen postpartum) erheblich sein können und der Kristeller-Handgriff keinerlei evidenzbasierte Vorteile bietet [20][10][11]. Zudem wurde bei Erstgebärenden ein erhöhtes Risiko für Verletzungen des Musculus levator ani nachgewiesen, welche zu Stuhlinkontinenz und einem Uterusprolaps führen können [22]. Zudem sollte beachtet werden, dass ein nicht exaktes Durchführen oder eine Ausführung ohne Indikation auch in Deutschland als grober Behandlungsfehler juristisch belangt werden kann [1].

Eine spanische Studie fand heraus, dass viele Frauen vor der Geburt vom Kristeller-Manöver gehört hatten und dieses ablehnen wollten. Mit dem Hinweis durch das medizinische Personal, es sei eine „kleine Hilfestellung“, willigten sie dennoch ein und empfanden das Vorgehen im Nachhinein als schmerzhaft und unangenehm [17]. Zu den Erfahrungen und Empfindungen von Frauen in Bezug auf den Kristeller-Handgriff gibt es keine nationalen Studien. Lediglich in Blogs und Foren in Deutschland wird dieses Thema zwischen Schwangeren diskutiert und ist oft ein Grund, weshalb die Geburt als gewaltsam erlebt wurde.

Der kinästhetische Händedruck als mögliche Alternative

Ein möglicher Lösungsansatz, die sich entwickelnde Passivität durch die Anwendung wissenschaftlich nicht immer evidenzbasierter und zum Teil potenziell schädlicher Manöver zu umgehen, besteht im Einsatz des **kinästhetischen Händedrucks**.

Diese Methode bietet die Chance, die werdende Mutter aktiv zu unterstützen und in ihrer Kompetenz des Gebärens zu bestärken. Sowohl die Anatomie des Beckens, die Physiologie der Geburt und die Kräfte von Mutter und Kind, als auch die Motivation der Frau werden so zu ihrem Vorteil genutzt. Das gilt besonders, wenn es die kindliche Verfassung nicht zulässt, weiter abzuwarten und/oder wenn die Kräfte der Frau in den bisher

ausprobierten Positionen nicht effektiv wirken konnten. Selbst mit der nötigen Ruhe und Gelassenheit kommt auch während einiger physiologischer Geburten der Punkt, an dem der kinästhetische Händedruck den benötigten Fortschritt bringen kann.

PRAXISWISSEN

Durchführung kinästhetischer Händedruck

Für den kinästhetischen Händedruck liegt die Schwangere in der Wehenpause zunächst in erhöhter Rückenlage, z. B. mit einem Stillkissen bequem abgestützt auf dem Kreißbett und die Hebamme / die ärztlich zuständige Person steht ihr gegenüber vor dem Bett. Mit Beginn der Wehe überkreuzt das medizinische Personal die Handgelenke, sodass sich die Schwangere an den Händen ihres Gegenübers sicher festhalten kann (► **Abb. 1**).

Nun versucht die Schwangere während der Wehe, den Gegenpart zu sich heranzuziehen. Dann schiebt die Schwangere während der Wehe, wenn möglich nach eigenem Gefühl für Dauer, Häufigkeit und Intensität, mit. In der durch die Schwangere signalisierten Wehenpause lassen beide Parteien wieder los und erholen sich.

Dieses Manöver kann beliebig oft wiederholt werden, solange beide Beteiligten konditionell in der Lage dazu sind und ein Geburtsfortschritt zu erkennen ist. Eine bereits laufende Oxytocininfusion ist keine Kontraindikation.



► **Abb. 1** Handposition beim kinästhetischen Händedruck aus Sicht der Hebamme. (Foto: Alina Sühling)

Das Kreißsaalteam des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses in Speyer hat die Erfahrung gemacht, dass das Köpfchen meist sehr gut tiefertritt und die Schwangere noch einmal einen großen Motivationsschub erfährt, sobald sie dies spürt. Jedoch wurden bisher keine Studien dazu in der Praxis durchgeführt. Denn was passiert während des kinästhetischen Händedrucks und worauf ist zu achten? Ein kurzer Exkurs in die Theorie der Kinästhetik hilft, die Hintergründe besser zu verstehen.

Theorie der Kinästhetik

Dr. Lenny Maietta und Dr. Frank Hatch begründeten in den 1970er-Jahren die nach ihnen benannte Maietta-Hatch (MH) Kinaesthetics. Sie gingen dabei von der Grundannahme aus, dass die Gesundheit durch effektive Bewegungen durch den Patienten selbst gefordert und gefördert werden kann. In dieser Wahrnehmung will die Kinästhetik die Menschen bestärken. Dafür ist es wichtig, die Anatomie des Körpers und seine Bewegungsabläufe und -potenziale zu kennen, um diese optimal ausschöpfen zu können. Speziell in der Geburtshilfe lassen sich so Lösungsansätze für z.B. Einstellungsanomalien oder Geburtsstillstände finden. Mutter und/oder Kind können diese durch Bewegungen selbst lösen. Entsprechende Hilfestellungen sind dafür unabdingbar. Zusätzlich spielt die Interaktion eine große Rolle. Alle Sinne sind dafür erforderlich: sowohl die der Gebärenden als auch die der Begleitperson und der Hebamme. Denn eine Bewegung ist immer auch eine Reaktion auf eine Wahrnehmung [14].

Für jede Bewegung sind drei Dinge maßgebend: **Zeit, Raum und (Kraft-)Anstrengung**, welche jeweils in **innere und äußere Faktoren** unterteilt werden können [5][14]. Bezogen auf den kinästhetischen Händedruck lassen sich diese drei Prinzipien wie folgt aufteilen und gliedern:

- **Innere Zeit:** Die Zeit, welche die Frau benötigt, um das Manöver zu verstehen und sich auf dessen Durchführung mental und körperlich vorzubereiten.
- **Äußere Zeit:** Die maximal tolerierbare Dauer des Manövers, eingeschränkt beispielsweise durch ein auffälliges CTG.
- **Innerer Raum:** Die Anatomie jeder einzelnen Gebärenden, also der Platz, der ihrem Kind für seine Bewegung durch das Becken rotierend und tiefertretend zur Verfügung steht.
- **Äußerer Raum:** Auf welchem Untergrund befindet sich die Gebärende? Liegt sie bequem? Hat sie Platz?
- **Innere Anstrengung:** Die muskulären Kraftreserven, welche die Schwangere für die Durchführung des Manövers in der Wehe mobilisieren muss.
- **Äußere Anstrengung:** Sowohl die Gegenkraft der haltenden Person ihr gegenüber als auch die Schwerkraft.

Merke

Für die Durchführung des kinästhetischen Händedrucks sollte das Hintergrundprinzip verstanden worden sein, nämlich, dass sich die drei Grundprinzipien Zeit, Raum und (Kraft-)Anstrengung und ihre jeweiligen inneren und äußeren Faktoren gegenseitig bedingen.

Denn je weniger physischer und psychischer Druck auf die Frau ausgeübt wird, je mehr Zeit sie also bekommt, dieses Manöver selbstständig zu dirigieren und je mehr Platz ihr dafür zur Verfügung steht, desto weniger Kraftanstrengung wird sie mobilisieren müssen, um effektiv mitschieben zu können. Sie befindet sich in keinem negativen Anspannungszustand und wird deshalb lockerlassen können.

Gerade bei sehr entkräfteten Frauen zum Ende der Geburt ist dieser Gedanke hilfreich. Bemerkt die Frau selbst, dass der kinästhetische Händedruck für sie und ihr Kind funktioniert und sich der gefühlte Druck des Köpfchens für sie verändert, kann das ein sehr großer Motivationsschub sein. Die dadurch mobilisierten Kräfte der Gebärenden können während des kinästhetischen Händedrucks optimal aufgenommen und in die richtige Richtung gelenkt werden. Esther Göbel schreibt: „Je stärker das Gewicht über knöcherne Strukturen an die Unterstützungsfäche abgegeben werden kann, desto niedriger ist die Anstrengung im Körper.“ [5]

Kinästhetischer Händedruck – Einsatz in der Praxis

Während des kinästhetischen Händedrucks liegt das Kreuzbein der Schwangeren auf der Unterlage auf, gibt ihr Halt und ermöglicht ihr, leicht das Gleichgewicht zu halten.

CAVE: Die Frau sollte nicht auf dem beweglichen Steißbein sitzen, also nicht zu aufrecht. Denn dieses würde durch den Druck der Unterlage den Beckenraum verkleinern und ein Tiefertreten des Köpfchens erschweren [3].

Praxistipp: Dazu hilft es, der werdenden Mutter zu erklären, dass sie sich an den Händen des Gegenübers nicht aufrichten soll, sondern vielmehr versuchen soll, ihr Gegenüber, an sich heranzuziehen, wie beim Tauziehen.

Die Füße der Schwangeren liegen auf der Unterlage auf, übernehmen also dieselbe Funktion wie das Kreuzbein und ermöglichen eine effektivere Bauchpresse. Sollte die Zeit es zulassen, ist es ideal, z.B. Handtuchrollen unter den Füßen zu platzieren und wenn nötig und möglich von einer dritten Person festhalten zu lassen. Gegen diese Handtücher kann die Frau ihre Füße stemmen und erreicht den optimaleren Winkel von 45 Grad zur Unterlage. [8].

Greift die Schwangere in die überkreuzten Hände ihres Gegenübers, ist keine Flexion oder Extension der Handgelenke nötig. Ein Kraftaufbau fällt leichter und die Kraftwirkung kann der durch die Platzierung der Knochen vorgegebenen Richtung folgen. Somit ist die niedrige Kraftanstrengung der Frau in den Armen nur zweckmäßig und nicht hinderlich. Sie hilft ihr, eine Grundspannung aufzubauen und in Richtung des Beckenbodens arbeiten zu können.

CAVE: Da ein Zug immer Gegenzug verursacht, ist es wichtig, dass die Schwangere mit Beginn der Wehe die Leitung des Manövers und dadurch den aktiven Teil übernimmt. Dadurch reguliert sie ihre eigenen Kräfte. Zieht ihr Gegenpart zuerst, reagiert die Schwangere mit dem nötigen Gegenzug und mobilisiert ihre Kräfte nicht zu ihrer Zeit und in ihrer Stärke [5][8][3].

Für die Praxis ist es außerdem wichtig, dass die Hebamme auf rückenschonendes Arbeiten achtet. Dafür sind ein fester Stand mit beiden Füßen auf dem Boden und ein weitestgehend gerader Rücken essenziell (► **Abb. 2**). Vor allem Letzteres kann durch das Hochfahren des Bettes auf eine geeignete Höhe erreicht werden. Die Hebamme kann die Oberschenkel gegen das Fußteil des Bettes stemmen und dadurch Stabilität erreichen. Bei beginnendem Zug der Schwangeren kann die Hebamme dann leicht in die Knie gehen, um dem Druck standzuhalten.



► **Abb. 2** Richtige Anwendung des kinästhetischen Händedrucks: Schonender für den Rücken ist es, diesen möglichst gerade zu lassen. Die Füße nehmen einen festen Stand auf dem Boden ein. (Foto: Alina Sühling)



► **Abb. 3** Falsche Anwendung des kinästhetischen Händedrucks: In dieser Position ist der Rücken der Hebamme gebeugt und wird belastet. (Foto: Alina Sühling)

Außerdem sollte die Kraft der Schwangeren nicht unterschätzt werden. Deshalb sollte bei Bedarf in den Wehenpausen zwischen dem medizinischen Personal gewechselt werden – spätestens jedoch für einen eventuell erforderlichen Dammschutz. Am nächsten Tag treten manchmal Muskelschmerzen aufgrund der körperlichen Anstrengung auf. Kurzzeitig können sich an den Daumen Petechien bilden.

Eine externe CTG-Ableitung ist während der Wehe meist nicht mehr durchgehend möglich, was jedoch auch dem eventuell raschen Geburtsfortschritt bzw. dem Zeitpunkt in der Geburtsphase geschuldet ist und sich nicht anders als bei vielen anderen Positionen (z. B. der tiefen Hocke) verhält.

FAZIT

Der kinästhetische Händedruck hat sich aufgrund subjektiver Erfolgserlebnisse des geburtshilflichen Teams im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer etabliert, auch wenn es zurzeit keine Evidenzen zur Wirksamkeit desselben gibt. Möglicherweise kann der physiologische Gedanke dahinter aber auch andere Kolleginnen motivieren, den kinästhetischen Händedruck auszuprobieren, wenn sich damit

andere, z. T. ebenfalls nicht evidenzbasierte, jedoch invasivere Methoden umgehen ließen. Viele Schwangere haben am Ende der Geburt zunehmend das Gefühl, dass sie erschöpft sind und keine Kraft mehr haben. Die Hebamme kann der Frau noch einmal helfen, sich ihrer vorhandenen Reserven bewusst zu werden und diese zu mobilisieren, indem sie die Schwangere unterstützt, ihr die Arbeit jedoch nicht abnimmt oder sie in die Passivität drängt. Der kinästhetische Händedruck als nicht invasive Methode kann dazu genutzt werden, Frauen selbstbestimmter gebären zu lassen.

Autorinnen / Autoren



Alina Sühling ist Hebamme im geburtshilflichen Team im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer und studiert Hebammenwesen an der Hochschule Ludwigshafen.

Korrespondenzadresse

E-Mail: suehlingalina@hotmail.com

Literatur

- [1] Beyerlin Rechtsanwälte. Kristellern (24.01.2020). Im Internet: <https://fachanwaeltemedizinrecht.de/glossary/kristellern/>
- [2] Dick-Read G. Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt. 20. Aufl. Hamburg: Hoffmann und Campe; 1977
- [3] Fischer, Hanna. Atlas der Gebärlagen. 2. aktualisierte Aufl. Stuttgart: Hippokrates
- [4] Gardosi J, Sylvester S Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. In: British journal of obstetrics and gynaecology 1989; 96(11):1290–1296; DOI: 10.1111/j.1471-0528.1989.tb03226.x
- [5] Göbel E. Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt. 2. aktualisierte Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 2013
- [6] Grieschat M. Gewalt in der Geburtshilfe (24.01.2020). Im Internet: <http://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/>; Stand: 02/2019
- [7] Gupta JK, Sood A et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art.No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
- [8] Harder U. Verzögerte Kopfgeburt – Alternativen zum Kristeller-Handgriff. In: Die Hebamme 2016; 29(6):373–380; DOI: 10.1055/s-0042-120077
- [9] Haseeb YA, Alkunaizi AN et al. The impact of valsalva's versus spontaneous pushing techniques during second stage of

labor on postpartum maternal fatigue and neonatal outcome. In: Saudi J Med Med Sci 2014 2(2): 101, DOI: 10.4103/1658-631X.137000

- [10] Hofmeyr GJ, Vogel JP et al. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art.No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3
- [11] Hofmeyr GJ, Vogel JP et al. Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa. In: BMJ Global Health 2018 3(3), DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000906
- [12] Hösl I, Büchel J. Intrapartales Kardiotokogramm. In: Der Gynäkologe 2017 50(9):695–709; DOI: 10.1007/s00129-017-4114-3
- [13] Malvasi A, Zaami S et al. Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. In: The journal of maternal-fetal & neonatal medicine 2019 32(15):2598–2607, DOI: 10.1080/14767058.2018.1441278
- [14] Mora A. MH Kinaesthetics: Schmerzlinderung durch gezielte Bewegungen. In: Die Hebamme 2010; 23(1):16–20; DOI: 10.1055/s-0030-1248874
- [15] Mother Hood e.V. Spendenaufruf: Roses Revolution! (24.01.2020). Im Internet: <https://www.mother-hood.de/roses-revolution.html>
- [16] Roses Revolution. The Roses Revolution. A global movement against obstetric violence (24.01.2020). Im Internet: <https://jesusaricoy.wixsite.com/rosesrevolution>; Stand: 2013
- [17] Rubashkin N, Torres C et al. "Just a little help": A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. In: Birth 2019; 46(3):517–522, DOI: 10.1111/birt.12424
- [18] Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr.349 vom 17. September 2018. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html; Stand: 17.09.2018
- [19] Wie S-Q, Luo Z-C et al. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. In: Obstetrics and gynecology 2009; 114 (3): 641–649; DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b11cb8
- [20] World Health Organisation (WHO). WHO recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth (24.01.2020). Im Internet: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-child-birth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitate-childbirth>; Stand: 17.02.2018
- [21] Yildirim G; Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. In: Birth 2008; 35(1):25–30, DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x
- [22] Youssef A, Salsi G et al. Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. In: Ultrasound in obstetrics & gynecology 2019; 53(1):95–100; DOI: 10.1002/uog.19085

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1159-4934>
 Die Hebamme 2020; 33: 54–58
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 0932-8122