

»Vergessene Handgriffe«

Cordula Ahrendt, Hebamme und Dipl.-Medizinpädagogin, Magdeburg

Zum Thema

In der technisierten Geburtsmedizin von heute besteht die große Gefahr, dass immer mehr originäres Hebammenwissen und „Handwerkszeug“ verloren geht und vergessen wird. Deshalb ist es wichtig, sich „altes“ manuelles geburtshilfliches Wissen gezielt anzusehen und ggf. für die heutige Zeit neu zu bewerten oder neu zu entdecken.

Die Verfeinerung der technischen diagnostischen Möglichkeiten lässt die Notwendigkeit der manuellen Diagnostik in den Hintergrund treten. Neben dem Beobachten und Befragen der Klientin sind die **Untersuchungsergebnisse manueller Handgriffe** jedoch wichtige Puzzlesteine bei der professionellen Geburtsbegleitung durch Hebammen. Die frühzeitige Erkennung von auffälligen Befunden, wie z.B. Haltungs- und Einstellungsanomalien oder ein Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, können hebammenspezifische therapeutische Maßnahmen bzw. weitere diagnostische Möglichkeiten durch den Arzt einleiten.

Hebammenschülerinnen sollen während der Ausbildung „Schwangerenberatung mit mindestens 100 Untersuchungen vor der Geburt“ (1) leisten, deren exakten Anforderungen bleiben jedoch offen. Der **Bundeshebammschülerinnenrat** beklagt in seinem offenen Brief an die Aufsichtsbehörden der Hebammenausbildung in den Ländern (3), dass die Anleitung der Schülerinnen durch Hebammen erfolgt, „die nach eigenen Aussagen grundlegende Hebammenhandgriffe und -werkzeuge nicht mehr anwenden, weil „es doch Ultraschall gibt“ oder sie „das gar nicht mehr können“. Die Qualität der Lehre an den Hebammenschulen ist abhängig vom in-

dividuellen Engagement der Lehrerinnen und Praxisanleiterinnen/ Mentorinnen vor Ort.

Dieser Beitrag stellt „alte“ äußerliche Handgriffe, deren Durchführung, Indikationen und Möglichkeiten der Diagnostik im Überblick vor und möchte zum Austausch über das Erfahrungswissen der Hebammen zur manuellen Diagnostik einladen.

Handgriffe zur Beckendiagnostik



Abb. 1: Baum-Handgriff

Baum-Handgriff

Benannt nach Paul Baumm, Gynäkologe, Breslau, 1860–1921 (7, 10, 11).

Ziel der Untersuchung: plastisches Bild von der Ausladung der Beckenkämme und der Weite des Beckens erhalten

Durchführung:

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage (cave: Vena-cava-Kompressionssyndrom). Dabei ist darauf zu achten, dass ihr Körper an der Längsachse ausgerichtet ist und die Lendenwirbelsäule fest auf der Unterlage liegt.
- Die Hebamme legt die Endglieder der beiden Daumen auf die Spinae iliacae anteriores superiores und die Zeige- und Mittelfinger auf die jeweiligen Cristae iliacae. Dort ertastet sie die am weitesten voneinander entfernt liegenden Punkte der Darmbeinkämme.

Spreizhandgriff

Ziel der Untersuchung: Eindruck über die Weite des Beckens gewinnen (7, 11)

Durchführung:

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage.
- Die Hebamme spreizt eine Hand und legt den Daumen auf eine Spina iliaca anterior superior und versucht, mit dem kleinen Finger die gegenüberliegende Spina zu erreichen.
- Eine mittlere Männerhand hat eine Spanne von 23–24 cm (11), jede Hebamme sollte die Entfernung zwischen dem Daumenendglied und dem Kleinfingerendglied der eigenen gespreizten Hand kennen.

Auswertung der Untersuchungsbefunde:

Zusätzlich kann die Form des Schambeinwinkels und der Michaelischen Raute zur Diagnostik hinzugezogen werden (Tab. 1) (5, 6, 11).

Diagnostische Anwendung:

- bei Vorsorgeuntersuchungen
- bei einer stationären Aufnahme der Schwangeren
- bei Geburtsbeginn

Beide Handgriffe sind einfach durchzuführen und benötigen keine weiteren Hilfsmittel. Die Untersuchungsbefunde dienen als wertvolle Hinweiszeichen zum Erkennen von Beckenanomalien.

Die Form des Schambeinwinkels und der Michaelischen Raute sowie die Ermittlung der Beckenmaße mittels Beckenzirkel können eine Verdachtsdiagnose bestätigen.

Handgriffe zur geburts-hilflichen Diagnostik

Für die **Diagnose eines Missverhältnisses** zwischen mütterlichem Becken und vorangehendem Teil sind weitere Handgriffe, insbesondere der 3. und 4. Leopoldsche Handgriff sowie der Zusatzhandgriff nach Zangemeister bedeutsam.

3. Leopoldscher Handgriff

Benannt nach Christian G. Leopold, Gynäkologe, Dresden, 1846–1911 (2, 4, 5, 7–12).

Ziele der Untersuchung: Art des vorangehenden Teils (vgT) und das Verhältnis zwischen vgT und Becken ermitteln

Durchführung

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage, dabei ist darauf zu achten, dass ihr Körper an der Längsachse ausgerichtet ist und die Lendenwirbelsäule fest auf der Unterlage liegt.
- Die Schwangere wird gebeten, zur Verminderung der Bauchdeckenspannung tief durchzuatmen.



Abb. 2: Spreizhandgriff

Tab. 1: Auswertung der Handgriffe zur Beckendiagnostik

| | | normales Becken | plattes Becken | allgemein verengtes Becken |
|-----------------------|--|------------------------|------------------------|----------------------------|
| Baum-Handgriff | Abstand zwischen Spina und Crista iliaca | 3 cm | > 3 cm | < 3 cm |
| | Winkel zwischen Daumen und Zeigefinger | 45° | steiler > 45° | abgeflacht < 45° |
| Spreizhandgriff am ET | Spanne zwischen den Spinae | 28 cm Spanne + 5 QF | 25 cm Spanne + 3 QF | 22 cm Spanne + 1 QF |
| Schambogenwinkel | | 90° | > 90° | < 90° |
| Michaelische Raute | | rautenförmig | drachenförmig | abgeflacht (schmal) |

- Beim Ausatmen umfasst die Hebamme den vgT zwischen Daumen und abgespreizten Mittel- und Zeigefinger, dabei drückt sie die Bauchdecke vorsichtig oberhalb der Symphyse ein.
- Zunächst tastet die Hebamme den vgT ab.
- Anschließend untersucht sie das Ballotement des vgT, indem sie den vgT mit der Hand ruckartig, aber behutsam hin und her bewegt.
- Die zeitgleiche Berührung des Fundus uteri erleichtert die Diagnostik, da das Kind häufig mit heftigen Bewegungen reagiert.

4. Leopoldscher Handgriff

Ziele der Untersuchung: Eintreten und Tiefertreten des vorangehenden Teils von außen fühlen und ein Missverhältnis zwischen vgT und Becken erkennen

Durchführung

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage.
- Die Schwangere wird gebeten, zur Verminderung der Bauchdeckenspannung tief durchzuatmen.
- Die Hebamme steht mit dem Rücken zur Schwangeren und schiebt beim Ausatmen der Frau seitlich des vgTs

beide Hände mit den Fingerspitzen über den Schambeinästen in die Tiefe des Beckens.

- Lässt die Bauchdeckenspannung der Frau nach, werden die beiden Hände mehrmals behutsam in die Tiefe bewegt, um den vgT abzutasten.

Auswertung der Untersuchungsbefunde (Tab. 2)

- Ist kein vorangehender Teil im Beckeneingang zu tasten, ist an eine Schräg- oder Querlage zu denken oder der vgT könnte schon in die Beckenmitte vollständig eingetreten sein.
- Ist ein großes Kindsteil zu tasten, stellt sich zunächst die Frage nach der Art des vgT.

Eine geübte Hebamme kann sogar mit Hilfe des **4. Leopoldschen Handgriffes** die Diagnose einer asynklitischen Einstellung des Kopfes stellen (6).

Mit beiden Handgriffen können weiterhin Aussagen zum **Höhenstand des vgT** in Bezug zum Beckeneingang (8) getroffen werden (Tab. 3).

Pschyrembel (11) betont, dass in dem Maße wie der vgT Beziehung zum Becken aufnimmt, die Aussagekraft des 3. Leopoldschen Handgriffes abnimmt und die des 4. Leopoldschen Handgriffes zunimmt.



Abb. 3: 3. Leopoldscher Handgriff (aus: Geist/Harder/Stiefel: Hebammenkunde, 3. Auflage Hippokrates Verlag 2005)

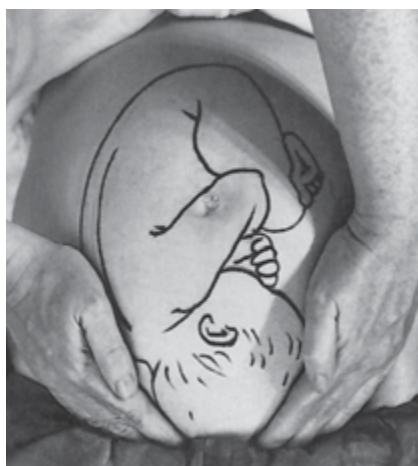


Abb. 4: 4. Leopoldscher Handgriff (aus: Geist/Harder/Stiefel: Hebammenkunde, 3. Auflage Hippokrates Verlag 2005)

Tab. 2: Auswertung der Untersuchungsbefunde des 3. und 4. Leopoldschen Handgriffs

| | vgT | Schädel | Steiß |
|--------------------------|------------------------------|--|---|
| 3. und 4. Leopold | Art | groß gleichmäßig rund, hart | kleiner unregelmäßig weich |
| | Einstellung im Beckeneingang | Kopfgefühl - Kopfgefühl schmal (hoher Geradstand?) - Kopfgefühl breit (Hinterhauptslage mit transversaler Einstellung) - Kopfgefühl sehr breit (Deflexionshaltung) | |
| | Haltung | - Übergang zwischen kindlichem Kopf und Rumpf tastbar (vordere oder hintere HHL?) - Unterschied zwischen gewölbter Stirnfläche und Hinterhaupt (Flexion oder Grad der Deflexion?) | |
| 3. Leopold | Art | Ballotement vorhanden Kopf pendelt durch freie bewegliche Halsverbindung, wie eine schwingende Kugel | kein Ballotement Steiß kaum beweglich, da ihm der ganze Körper folgt |
| | Haltung | - ausgeprägtes Ballotement (Kopf indifferent) - geringes oder kein Ballotement (Kopf flektiert/deflektiert) | |

Somit ist der 4. Leopoldsche Handgriff für die Anwendung während der Geburt der allerwichtigste, um ohne innere Untersuchung das Tiefertreten des Kopfes zu beurteilen (4).

Diagnostische Anwendung

- bei Vorsorgeuntersuchungen
- vor der Auskultation der kindlichen Herztöne bzw. vor dem Anlegen des CTGs
- bei einer stationären Aufnahme der Schwangeren
- vor und nach geburtshilflichen Maßnahmen, z.B. äußere Wendung bei Beckenendlage
- bei Geburtsbeginn
- nach Blasensprung oder vor bzw. nach einer Amniotomie

- vor jeder inneren Untersuchung während der Geburt

Kontraindikationen: Bei vorzeitigem Wehen und vorzeitiger Plazentalösung sollten die Handgriffe sehr vorsichtig ausgeführt werden, da bei der Untersuchung Kontraktionen ausgelöst werden können (8).

Kopfnickerhandgriff nach Knebel und Halsfurchenhandgriff

Ziel der Untersuchung: den Steiß vom Kopf als vgT sicher unterscheiden (11, 12)

Durchführung des Kopfnickerhandgriffes

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage.
- Die äußere Hand der Hebamme umfasst den Fundus und drückt behutsam das Kind in das Becken.
- Die zweite Hand tippt bei der vaginalen Untersuchung kreisförmig gegen den vgT.

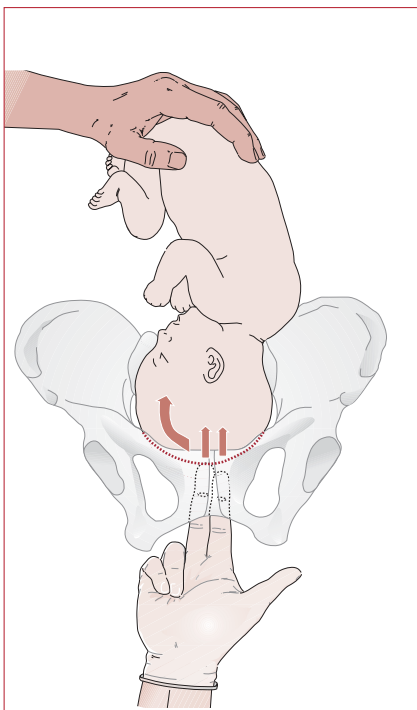


Abb. 5: Kopfnickerhandgriff nach Knebel (Zeichnung: A. Kramer)

Tab. 3: Auswertung der Handgriffe zum Höhenstand des vorangehenden Teils

| vgT im Verhältnis zum Beckeneingang (BE) | vgT ist oberhalb der Symphyse tastbar zu | vgT ist in das Becken eingetreten zu | Ballotement des Kopfes |
|---|--|--------------------------------------|------------------------|
| frei beweglich über BE | 5/5 | | ausgeprägt |
| beweglich über BE, Bezug zum Becken aufgenommen | 4/5 | 1/5 | gut vorhanden |
| schwer beweglich in BE | 3/5 | 2/5 | gering |
| fest in BE | 2/5 | 3/5 | kein Ballotement |
| tief und fest im BE | 1/5 | 4/5 | kein Ballotement |
| zur Beckenmitte | | 5/5 | kein vgT zu tasten |

Durchführung des Halsfurchenhandgriffes

- Die Schwangere befindet sich in Rückenlage.
- Die Hebamme tastet mit beiden nebeneinander gehaltenen Händen den Unterbauch von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse angefangen von oben nach unten ab.

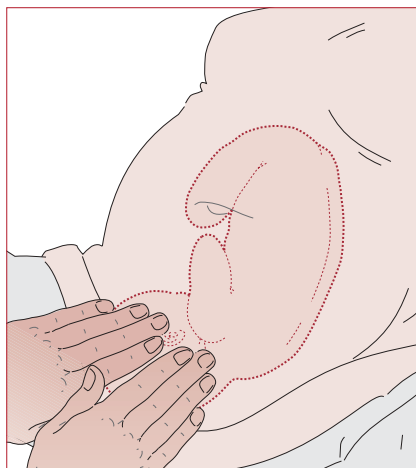


Abb. 6: Halsfurchenhandgriff (Zeichnung: A. Kramer)

Diagnostische Anwendung

- Halsfurchenhandgriff bei Vorsorgeuntersuchungen
- Kopfnickerhandgriff bei Geburtsbeginn

Auswertung der Untersuchungsergebnisse (Tab. 4)

Handgriff nach Schwarzenbach/ nach de Lee

Ziel der Untersuchung: den Höhenstand „Kopf auf Beckenboden“ von außen feststellen (2, 5, 7, 10–12)

Diagnostische Anwendung: in der Austreibungsperiode bei Schädellage (Abb.7)

Durchführung des Schwarzenbach-Handgriffes

- Die Kreißende befindet sich in Seitenlage oder im Vierfüßlerstand.
- Die Hebamme tastet mit 4 Fingern einer Hand zwischen Steißbeinspitze und After.

Durchführung des Handgriffes nach de Lee

- Der Handgriff kann in jeder Gebärposition angewendet werden.
- Die Hebamme tastet neben einer großen Schamlippe in die Tiefe.

Auswertung der Befunde: Ist der kindliche Kopf mit seiner Leitstelle auf Beckenboden angekommen, tastet die Hebamme diesen als harten breiten Widerstand.

Fazit

- Für eine eindeutige Bestimmung des vorangehenden Teils sind der 3. und 4. Leopoldsche Handgriff, der Halsfurchengriff und der Kopfnickerhandgriff im Sinne einer manuellen geburtshilflichen Diagnostik zu empfehlen.
- Hinweiszeichen für eine Haltungs- oder Einstellungsanomalie können durch den 3. und 4. Leopoldschen Handgriff gesammelt werden.
- Zu Beginn der Geburt ist der 3. Leopoldsche Handgriff ein wichtiges Instrument für die Höhenstandsdiagnostik.
- Im fortgeschrittenen Verlauf der Geburt nimmt hier die Bedeutung des 4. Leopoldschen Handgriffes zu.
- Durch die Handgriffe nach Schwarzenbach und de Lee kann festgestellt werden, ob der kindliche Kopf Beckenboden steht.

Die während der abdominalen Untersuchung gesammelten Erkenntnisse können in eine gezielte vaginale Befunderhebung einfließen.

Die sichere Durchführung aller Handgriffe hat einerseits große Bedeutung für die **Beurteilung des Geburtsverlaufes** sowie andererseits für eine **professionelle Beziehungsarbeit** zwischen der Schwangeren und der Hebamme. Die Frau erhält Informationen über ihr Kind und ihren Körper, wird in ihrem Körpergefühl bestärkt und fühlt sich beruhigt. Die diagnostische Berührung in entspannter Atmosphäre und im Einverständnis der Frau ist eine wertvolle Erfahrung für die Schwangere und bereitet auf weitere intensive Berührungen während der Geburt vor. Das Vertrauensverhältnis zwischen Klientin und Fachfrau wird gestärkt. Die Schwangere fühlt sich individuell und kompetent betreut.

Hebammen können durch eine umfangreiche manuelle Diagnostik ohne technische Hilfsmittel ihre Profession ausbauen. Dabei ist wichtig, alle zur Verfügung stehenden Methoden sicher anzuwen-

Tab. 4: Auswertung des Knebelzeichens und des Halsfurchengriffs

| | vgT Kopf | vgT Steiß |
|-------------------------|--|--|
| Knebelzeichen | positiv: Tippt der untersuchende Finger gegen die Stirnpartie, »nickt« der noch bewegliche Kopf aufgrund der Beweglichkeit der HWS gegen den Rumpf | negativ: Die Nickbewegung bleibt aus |
| Halsfurchengriff | positiv: Tasten einer schräg verlaufenden Einsenkung, die der Halsfurche entspricht | negativ: keine Einsenkung zu tasten |

den, deren Ergebnisse als Puzzle zusammensetzen und als Grundlage für das therapeutische Handeln zu nutzen.

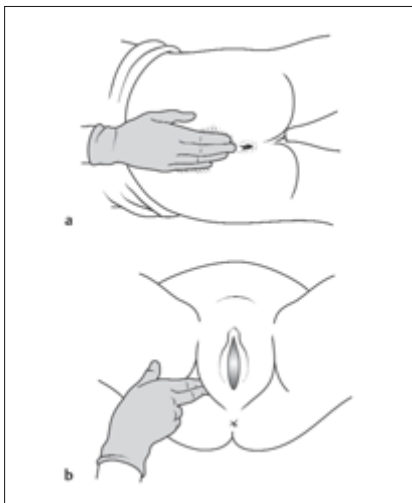


Abb. 7:
a) Schwarzenbach-Handgriff
b) Handgriff nach de Lee

(aus Geist/Harder/Stiefel: Hebammenkunde, 3. Auflage Hippokrates Verlag 2005)

Literatur

- 1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebAPrV) vom 3.9.1981 (BGBl.I 923), in Kraft getreten am 1.1.1983, zuletzt geändert am 27.4.1993 (BGBl.I S 512).
- 2 Bilek, K. et. al. (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1985.
- 3 Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR): offener Brief an die Aufsichts-

behörden der Hebammenausbildung der Länder, vom 13.03. 2006.

4 Bumm, E.: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. München: Verlag von J.F.Bergmann, 14. und 15. verbesserte Auflage, 1922.

5 Geist, C., Harder, U., Stiefel, A.: Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 3. Auflage, 2005.

6 Hähnlein, Kirstin: Erfassungsbogen TaKE®, Stand 23.10.2006.

7 Hammerschlag, S., Langstein, L., Ostermann: Hebammenlehrbuch. Berlin: Verlag von Julius Springer, 5. Auflage, 1928.

8 Johnson, R., Taylor, W.: Lehrbuch der Hebammenfertigkeiten. Bern: Verlag Hans Huber, 2005.

9 Kyank, H. et. al. (Hrsg.): Geburtshilfe. Leipzig: VEB Thieme, 4. Auflage, 1981.

10 Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., Wehling, A. (Hrsg.): Das Hebammenbuch. Stuttgart: Schattauer Verlag, 4. Auflage, 2003.

11 Pschyrembel, W.: Praktische Geburtshilfe und geburtshilfliche Operationen, Berlin: Walter de Gruyter Verlag, 14. Auflage, 1973.

12 Stoeckel, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena: Verlag von Gustav Fischer, 8. unveränderte Auflage, 1945.

Anschrift der Autorin:

Cordula Ahrendt
Ausbildungszentrum für
Gesundheitsfachberufe des
Universitätsklinikums Magdeburg
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
E-Mail: C.Ahrendt@freenet.de