

Professionelles Notfallmanagement in der Geburtshilfe

Prof. Dr. Sven Hildebrandt, Gynäkologe, Esther Göbel, Hebamme, Dresden

Ob in der Schwangerschaft, während der Geburt oder im Wochenbett: Eine plötzlich auftretende geburtshilfliche Komplikation ist eine besondere Herausforderung für Hebammen. Sven Hildebrandt und Esther Göbel schlagen in ihrem Buch „Geburtshilfliche Notfälle“ allgemeine Handlungsrichtlinien für das professionelle Notfallmanagement vor. Diese seien auszugsweise nachfolgend vorgestellt.

Beim Auftreten einer geburtshilflichen Komplikation sollte – unabhängig von der Natur des Notfalles – ein ritualhaftes Handlungsprotokoll in Hebammen und Geburtshelfern ablaufen. Auf den ersten Blick mögen einige der hier genannten Prinzipien banal erscheinen. In Notfallsituationen im Kreißsaal kann jedoch die strenge Einhaltung des Protokolls die Zeit bis zur adäquaten Versorgung einer lebensbedrohlichen Komplikation dramatisch verkürzen.

Es kann nicht oft genug betont werden: Eine professionelle Geburtshilfe ist immer eine optimistische Geburtshilfe. Sie vertraut auf das archaische Grundprogramm, das die meisten Frauen zum Gebären befähigt. Die Kunst von Hebammen und Geburtshelfern besteht darin, diese Zuversicht zu verinnerlichen und auf die Gebärende, ihren Partner und das Kind auszustrahlen.

Professionelle Geburtshilfe beinhaltet aber auch das Wissen um die denkbaren Gefahren der Geburt und sie bedeutet, sich davon nicht erschüttern zu lassen, sondern mit großer Nüchternheit und Sorgfalt Vorkehrungen für den Komplikationsfall zu treffen.

Innere Ruhe als wichtigstes Handlungsprinzip im Notfall

Regel 1: Ruhe, Besonnenheit und Souveränität bewahren

- Atmen Sie tief durch und bemühen Sie sich dann um eine ruhige Atmung.
- Versuchen Sie, emotional kurz aus der Situation herauszugehen, um sich zu sammeln.
- Aktivieren Sie Ihr Selbstvertrauen.

Diese so einfach klingende Forderung ist beim Auftreten einer geburtshilflichen Komplikation zugleich die wichtigste – und kann leider meist auch am schwersten realisiert werden. Unsere innere Panik stellt unter Umständen

die größte Gefahr dar. Und unser ruhiges, besonnenes Handeln ist zugleich der Schlüssel zu einer kompetenten Meisterung des Notfalls. Deshalb hat die Ermahnung, auch in der größten Katastrophe ruhig zu bleiben, höchste Priorität.

Ruhe und Besonnenheit auch in kritischen Situationen zu bewahren, ist eine Geistesgabe, die nicht vom Himmel fällt. Sie muss erlernt und immer wieder trainiert werden. Zum Beispiel mit diesen drei Schritten:

- **Schritt 1 – Paniksituationen definieren und identifizieren:** Zunächst müssen wir für uns klarstellen, von welchen Situationen wir sprechen. Aus dem Blickwinkel der Physiologie betrachtet handelt es sich um Momente, die wir als bedrohlich erleben und die in uns eine komplexe psychovegetative Reaktion der Aktivierung des Sympathikus mit Tachykardie, kaltem Schweiß, Kreislaufzentralisation und Fluchreflexen auslösen. Dieses Phänomen erleben wir als Angst oder Panik.
Der erste Schritt unseres Lernprogramms ist erfolgreich absolviert, wenn wir in diesem Moment unsere Angst und Panik bewusst wahrnehmen und sagen: „Das jetzt eben war eine Panikreaktion.“
- **Schritt 2 – Beruhigungsprotokoll erarbeiten:** Mit dem Begriff *Protokoll* werden theoretisch fixierte Handlungs- oder Reaktionsabläufe bezeichnet. Im vorliegenden Fall muss ein Protokoll in Paniksituationen abrufbar sein und innerlich ablaufen, um uns zu beruhigen – als würden wir auf den roten Notknopf der Rolltreppe schlagen, um diese zu stoppen.
Am wichtigsten ist die Atmung – mit ihr lässt sich äußerst eindrucksvoll auf die vegetative Balance einwirken: Eine ruhige, gleichmäßige Atmung vermag in der Panik Wunder zu bewirken.
Als Nächstes sollten wir versuchen, kurz *aus der Situation herauszugehen* und uns zu sammeln. Natürlich müssen wir im geburtshilflichen Notfall in der Regel bei der Frau und beim Kind bleiben. Wenn es jedoch die Situation erlaubt, kann ein tiefes Durchatmen am offenen Fenster oder ein kalter Wasserstrahl

äußerst beruhigend sein. Wenn nicht, muss ein wunderbares psychotherapeutisches Werkzeug dieses *Herausgehen aus der Situation* ersetzen: Wir sollten einen Wohlfühlort haben, an den wir in kritischen Momenten für einen Augenblick fliehen können. Ein Ritual des Selbstvertrauens kann zudem unsere emotionale Stabilität festigen. Es genügt dabei, eine einfache Formel für solche Situationen zu verinnerlichen: „Ich schaffe das! Ich bin der Aufgabe gewachsen!“ Wenn wir uns dabei Mut machend leicht auf die Brust klopfen, werden wir die Wirkung auch körperlich spüren.

- **Schritt 3: Üben:** Nun müssen nur noch die ersten beiden Schritte des Protokolls trainiert werden. Das funktioniert wie bei der Therapie eines Tics: Will man sich beispielsweise abtrainieren, jeden Satz mit dem sächsischen Wort für „nicht wahr?“ (sprich: „nor?“) zu beenden, muss man zunächst die entsprechenden Momente identifizieren und dann versuchen, auf den roten Notfallknopf zu schlagen, bevor die unschöne Floskel den Mund verlässt. Dies gelingt anfangs nur selten, aber immerhin: Man hat sich bei der Unart ertappt. Das gilt in der Psychotherapie bereits als Durchbruch. Es wird von Mal zu Mal besser gelingen, den Tic einzudämmen. Genauso ergeht es uns mit unserem Beruhigungsprotokoll. Erst werden wir im Nachhinein merken, dass dies eine Paniksituation war, auf die wir mit Selbstberuhigung hätten reagieren müssen. Aber mit jeder Lektion werden wir stabiler und ruhiger.

Regel 2: Ruhe ausstrahlen

- Sorgen Sie für eine *kollektive* Beruhigung bei allen Anwesenden.
- Zeigen Sie möglichst wenig von der Dramatik der Situation.
- Vermeiden Sie unbedingt jedes hektische Herumrennen, Herumkramen, Herumrufen.

- Erledigen Sie ruhig und besonnen die notwendigen Handgriffe.
- Beruhigen Sie die Gebärende und sorgen Sie dafür, dass sie ruhig und tief atmet.
- Sorgen Sie für eine gute Verbindung zwischen Mutter und Kind.
- Behalten Sie den Mann im Auge: Beziehen Sie ihn ein und beschäftigen Sie ihn, aber stets im Raum!

Ebenso wichtig wie unsere eigene besondere Besonnenheit ist die Beruhigung aller im Raum anwesenden Personen, von deren Panik die gleiche Gefahr ausgeht wie von unserer eigenen Angst. Bei Panik gilt leider die Regel, dass ein schwaches Glied die sonst stabile Kette zum Zerreißen bringen kann. Dies betrifft zunächst einmal die anderen beteiligten Ärzte und Hebammen, die wir stets im Blick haben sollten. Unsere Ruhe und Gelassenheit wird zwingend auf sie ausstrahlen. Und doch brauchen sie manchmal Mut machenden Zuspruch, um sich emotional zu stabilisieren. Eine kleine Geste, ein herzlicher Blick, das Auflegen der Hand, ein Wort des Mutmachens können wie Zauberformeln die Ruhe auf unsere Kolleginnen übertragen. Natürlich wird die Hebammenschülerin nicht ihrem vor Angst flatternden Chefarzt die Hand streicheln können. Aber prinzipiell sind im Chaos die Dienstgrade aufgehoben: Wenn die Panik das Kompetenzgefüge zerrüttet, darf und muss jeder unabhängig von seiner Stellung dazu beitragen, dass alle ihren Platz wieder einnehmen und ihrer Verantwortung gerecht handeln können.

Auch hier gilt: Die Fähigkeit zur kollektiven Selbstberuhigung muss vom gesamten geburtshilflichen Team erarbeitet und geübt werden. Wir halten ein regelmäßiges Notfalltraining für obligat. Dabei geht es nur in zweiter Linie um die konkreten Handlungsabläufe in simulierten Notfallsituationen. Viel wichtiger sind die Absprachen zur Vermeidung einer unkontrollierten Panik im

Geburtsraum, besonders auch zwischen den Dienstgraden. Meist paaren sich Berufserfahrung mit Kompetenz und Besonnenheit. Und doch gibt es erhebliche charakterliche Nuancen, die in der Krise durchaus das klassische Kompetenzgefälle kippen lassen können.

Diagnose und Differenzialdiagnose

Regel 3: Eine klare Diagnose stellen

- Was ist passiert?
- Liegt das Bild einer typischen Komplikation vor (innere Checkliste)?

Das Benennen einer klaren Diagnose ist von größter Bedeutung für ein professionelles, geordnetes Komplikationsmanagement. Es ist ein Unterschied, ob wir zu uns sagen: „Es blutet gewaltig“ oder: „Das ist eine atonische Nachblutung!“ Während wir im ersten Fall diffus bleiben („Tupfen?“), aktivieren wir mit der klaren Diagnosestellung ein vorbereitetes Handlungsprotokoll. Wir müssen einen im Gedächtnis gespeicherten Algorithmus für die jeweilige Notfallsituation ablaufen lassen. Dazu ist eine Liste der häufigsten Komplikationen zu verinnerlichen und beim Auftreten einer Komplikation gedanklich durchzugehen. Mit allergrößter Wahrscheinlichkeit trifft die den jeweiligen Haupt- und Leitsymptomen zugeordnete Diagnose in der vorliegenden Situation zu.

CHECKLISTE

Verinnerlichen Sie eine innere Checkliste mit den wichtigsten geburtshilflichen Komplikationen, anhand derer Sie ausgehend von dem auftretenden Hauptsymptom und den jeweiligen Leitsymptomen die wahrscheinlichste Diagnose benennen können, z. B.:

Hauptsymptom: Schmerz

Leitsymptom: beängstigende Zunahme des Wehenschmerzes + Wehenanomalie → drohende Uterusruptur

Leitsymptom: Schmerz und / oder Blutung + CTG-Anomalie → vorzeitige Plazentalösung

Hauptsymptom: Krampfanfall

Leitsymptom: tonisch-klonischer Krampf mit hypertoner Krise und Anurie → Eklampsie

Leitsymptom: zeitlich begrenzter Krampfanfall mit Urinabgang → Epilepsie

Nachdem die wahrscheinliche Diagnose erarbeitet wurde, ist diese sofort wieder in Frage zu stellen. Denn es wäre fatal, wenn das Durchgehen der inneren Checkliste dazu führen würde, dass das falsche Programm ablaufen würde. Deshalb hat das kritische Hinterfragen

der gefundenen Diagnose und das Benennen möglicher Differenzialdiagnosen größte Bedeutung.

Regel 4: Differenzialdiagnose abwägen

- Kann ich mich irren?
- Gibt es evtl. eine andere Ursache für den Notfall?
- Was ist das Leitsymptom, von dem die meiste Information und / oder die größte Gefahr ausgeht?
- Denken Sie an „Läuse und Flöhe“ – zwei Krankheitsbilder können auch zufällig gleichzeitig vorkommen.

Merke

Die Differenzialdiagnostik ist eine der bedeutsamsten Aufgaben medizinischer Handlungsweisen. Dabei gilt es, Komplikationsbilder mit ähnlicher Symptomatik mit zu berücksichtigen und mit der vorliegenden Situation zu vergleichen. Dabei sind die markantesten oder auch die gefährlichsten Befunde herauszulösen und abwägend in das Diagnoseraster einzuordnen:

Symptom → Verdachtsdiagnose → Differenzialdiagnose → ggf. Zusatzkriterien → Anamnese → Abwägung → Diagnose → Handlungsschema

BEISPIEL

Differenzialdiagnostik

Während der Geburt tritt ein Symptom auf, z. B. ein akut zunehmender, wehensynchroner Schmerz im unteren Uterinsegment. Blitzschnell muss die Beobachtung mit den Informationen aus der Schwangerschaft und dem bisherigen Geburtsverlauf abgeglichen werden. Lautet die Anamnese beispielsweise „Prostaglandin-Einleitung bei Zustand nach Sectio“, dann liegt die Verdachtsdiagnose auf der Hand: drohende Uterusruptur. Die klassische Differenzialdiagnose dieses Notfalls ist die vorzeitige Plazentalösung. Anhand von Zusatzkriterien muss nun ein Abwägungsprozess stattfinden. Im Beispiel liegt eine heftige Uterusaktivität bei stark protrahiertem Geburtsfortschritt vor, was die bisherige Verdachtsdiagnose bekräftigt und das bei drohender Uterusruptur notwendige Handlungsschema aktiviert.

Nur eine kleine Abweichung der anamnestischen Angaben oder der Zusatzkriterien würde zu einer ganz anderen Entscheidung führen: Bei einer vorliegenden Präeklampsie und bei pathologischen Herztonmustern müsste die Differenzialdiagnose die bisherige Verdachtsdiagnose ersetzen und das Handlungsprotokoll „vorzeitige Plazentalösung“ aktivieren.

Der Abwägungsprozess zwischen Verdachts- und Differenzialdiagnose wird von zwei Faktoren bestimmt:

- Von der Wahrscheinlichkeit, dass das vorliegende Bild einem Notfall zugeordnet werden kann: Eine Atonie ist z. B. bei gut kontrahiertem Uterus unwahrscheinlich, ein Zervixriss wahrscheinlich.
- Von der Gefahr, die von den jeweiligen Diagnosen ausgeht. Zur Veranschaulichung: Bei einem kollabierten Manager ist solange von einem Herzinfarkt auszugehen, bis ein EKG diese Verdachtsdiagnose eindeutig widerlegt, selbst wenn er am Vorabend im Übermaß Alkohol konsumiert hätte. In der Geburtshilfe haben zwei Diagnosen einen ähnlich hohen Stellenwert wie der Herzinfarkt: das HELLP-Syndrom und die Fruchtwasserembolie. Bis zum Beweis des Gegenteils gelten diese als Leitdiagnosen.

Zudem ist zu bedenken, dass zwei Krankheitsbilder zufällig gleichzeitig vorkommen können. Wenn z. B. bei einem Zervixriss die Uteruskontraktion nachlässt oder sich bei einer Fruchtwasserembolie die Plazenta vorzeitig und stark blutend löst, besteht die Gefahr, dass das eine Bild vom anderen überdeckt und dadurch übersehen wird. Deshalb spielt der Gedanke an „Läuse und Flöhe“ am Ende des differenzialdiagnostischen Prozesses eine wichtige Rolle.

Klare Handlungsprotokolle

Nach Festlegen der Diagnose muss ein gedanklich eindeutig fixiertes und hoffentlich regelmäßig trainiertes Handlungsprotokoll bereitstehen, das nun nahezu automatisiert ablaufen kann.

Regel 5: Venösen Zugang legen

Viele geburtshilfliche Notfälle gehen mit dem Symptom des Schocks einher. Der Schock ist eine komplexe vegetative Reaktion des Organismus auf eine lebensbedrohliche Störung seiner Homöostase. Der Körper schaltet auf eine sympathikotone Reaktionslage seines vegetativen Nervensystems um, der eine Art Notfallplan zur Selbstrettung darstellt.

Die durch den Sympathikus getriggerten Reaktionen haben zwei Ziele:

- **Kreislaufzentralisation** zur Sicherung der Perfusion überlebenswichtiger Organe (Koronargefäße, Gehirn, Niere, Leber, Lunge)
- **Kreislaufstabilisierung** durch Verstärkung der Herzleistung (Symptom: Tachykardie), Vergrößerung des peripheren Widerstandes (Symptom: blasse, kalte Haut) und Verstärkung des venösen Rückstroms (Symptom: Anurie)

Mit diesen Maßnahmen kann der Körper eine gewisse Zeit die wichtigsten Körperfunktionen aufrechterhalten – sog. kompensierter Schock. Unsere Aufgabe ist es, den kompensierten Schock als wichtigen

Selbstrettungsmechanismus des Körpers zu begreifen und effizient zu unterstützen.

Merke

Das Leitsymptom des Schocks ist die Tachykardie. Der Blutdruckabfall zeigt die Dekompensation der Schockmechanismen an und bedeutet das Versagen des Selbstrettungssystems. Die Frau ist in absoluter Lebensgefahr!

Die Dekompensation des Schocks hat eine andere, sehr problematische Auswirkung: Durch den Zusammenbruch des Kreislaufes kollabieren die Venen. Es wird uns nun kaum noch gelingen, einen venösen Zugang zu legen und damit die u.U. lebensrettende Zufuhr von Medikamenten und Volumen sicherzustellen. Aus diesem Grunde muss die Forderung nach dem Legen eines venösen Zugangs so stark hervorgehoben und an die erste Stelle der medizinischen Maßnahmen gesetzt werden.

Natürlich ist diese Priorität nur bei Komplikationen angezeigt, die mit einem Schock einhergehen. Hier aber ist sie von größter Bedeutung.

Regel 6: Hilfe holen

- Prüfen Sie, ob Sie die Komplikation allein bewältigen können bzw. dürfen!
- Sorgen Sie für eine professionelle Kommunikation unter allen beteiligten Helfern!
- Der nächste Schritt ist ein besonders verantwortungsvoller Teil des Notfallmanagements, denn hier geht es um die eigenen Grenzen, die zu erkennen leider oft schwerfällt.

Die eigenen Grenzen des Personals in der Geburtshilfe sind z. B.:

- organisatorische Grenzen: Habe ich genügend Ressourcen, genügend *Hände*, um die Situation zu bewältigen?
- fachliche Grenzen: Habe ich das Wissen, die Erfahrung und die Fertigkeiten, um die jetzt notwendigen Handlungsschritte zu gehen?
- berufsrechtliche Grenzen: Darf ich die beabsichtigten Maßnahmen ausführen?
- emotionale Grenzen: Brauche ich den Beistand anderer Kolleginnen und Kollegen, um die Verantwortung nicht allein tragen zu müssen?

Der Hilferuf kann je nach vorliegender Situation so erfolgen:

- auf gleicher Kompetenzebene (eine Hebamme ruft eine zweite Hebamme hinzu)
- auf eine höhere Kompetenzebene (der Assistenzarzt ruft den Oberarzt)
- auf eine niedrigere Kompetenzebene (Einbeziehung des Vaters)

- interprofessionell (die Hebamme ruft den Arzt)
- interdisziplinär (Ruf des Neonatologen)

Jede dieser Varianten birgt eigene Anforderungen an die Art und Weise des Notrufs. Generell sollten sich alle Mitarbeiter einer Einrichtung, die sich potenziell gegenseitig zur Hilfe rufen könnten, auf einen einheitlichen Notruf-Standard verständigen, um nicht kostbare Zeit mit sinnlosen Floskeln zu verschwenden. Dies gilt analog auch für Außendienste wie die Rettungsleitstelle oder den kinderärztlichen Notdienst. In vielen Einrichtungen gibt es keine oder völlig unzureichende diesbezügliche Absprachen.

Merke

Für Notfallsituationen muss ein verbindliches Rufregime zwischen den Partnern vereinbart, schriftlich fixiert und dann konsequent durchgesetzt werden. Ein kompetenter Notruf muss in knapper Form alle relevanten Informationen enthalten und vom Empfänger begriffen werden, egal in welcher Lebens- oder Schlafphase er sich gerade befindet.

CHECKLISTE

Rufregime für Notfallsituationen

Ein verbindliches Rufregime sollte folgende Punkte für alle Partner verbindlich festlegen:

- In welchen Situationen wird gerufen? Zu definieren sind konkrete Situationen (z. B. „im Falle einer Akuttokolyse“) und allgemeine Zustände (z. B. Unruhe oder „schlechtes Gefühl“ der Hebamme).
- Wer muss wann wen wie rufen? Hier ist ein eindeutiger und schriftlich fixierter Plan der Rufmodalitäten zu vereinbaren. Er sollte klare Zeitkorridore dafür enthalten, wann Vorinformationen gewünscht werden und wann nur im Notfall zu rufen ist. Er sollte zudem die Zielrufnummern und ggf. individuelle Besonderheiten auflisten.
- Was wird gerufen? Der Inhalt und die sprachliche Form des Notrufes werden oft zum Schlüssel für das koordinierte Anlaufen der Hilfe.

Gerade in Notfallsituationen im Kreißaal ist bei jeder Art der Kommunikation – auch mit den hinzugerufenen Helfern – die Perspektive der Eltern zu berücksichtigen. Die Gebärende und ihr Mann sind einzubeziehen, ohne sie zu überfordern. Prinzipiell sind wir zu Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit verpflichtet. Gleichzeitig sollten die Auskünfte die Situation nicht verschärfen. Und diese Gefahr besteht beim geburtshilflichen Notfall hochgradig: Das Paar registriert jedes Wort, jeden Blick, jede Geste und ordnet alles in das Raster des eigenen

Katastrophenszenarios ein. Banale Bemerkungen können bei dem Paar fatale Folgen hinterlassen. Daher ist jedes Wort, jede Geste sorgfältigst abzuwägen.

Wie soll aber in diesen einfühlsam umsichtigen Umgang mit dem Paar eine kompetente Unterrichtung der eintreffenden Kollegen passen? Hier ist in jeder einzelnen Situation die Balance zwischen Transparenz und Schonung zu finden. Diese Vorschläge können dabei helfen:

- „ante portas“: Treffen Sie – wenn irgend möglich – Absprachen nicht vor dem Paar, sondern außerhalb des Raumes. Es ist legitim und ehrlich, dem Paar offen zu sagen: „Ich möchte mich mit Dr. X kurz im Dienstzimmer besprechen.“ Das ist für das Paar weniger beunruhigend, als wenn beide das Zimmer mit hochtrabenden lateinischen Begriffen verlassen, die vom Paar ggf. verstanden, zumindest gedeutet werden können.
- Für Situationen, in denen sich die Helfer diskret besprechen müssen, sollten unverfängliche Codes verwendet werden, z. B.: „Das CTG-Papier ist gleich alle“ (bedeutet: „Geh schon mal ins Dienstzimmer, ich komme, sobald es geht, nach.“)
- Codewörter: Wie in diesem Beispiel können Codewörter vielfältige Informationen transportieren, ohne potenziell beunruhigend zu sein. „Wir warten auf die nächste Wehe“ strahlt z. B. als Code für eine Schulterdystokie für alle Beteiligten die Gelassenheit aus, die wir in einem solchen Moment brauchen. Auch der Grad der Beunruhigung könnte unter den Helfern kodiert erfragt bzw. mitgeteilt werden. Hier bietet sich das Raumklima als Schlüssel an: „Ich finde es hier extrem stickig“, stünde beispielsweise für größte Sorge.

Regel 7: Kompetent handeln

Ähnlich wie bei einem Verkehrsunfall sind auch beim geburtshilflichen Notfall die Handlungsspielräume unerwartet gering. Die Kunst besteht vor allem im Erkennen und Verstehen der Situation. Für das konkrete Handeln sind meist nur wenige und relativ simple Schritte notwendig. Doch diese müssen sicher beherrscht werden.

Für jeden Notfall sollte ein Handlungsprotokoll ausgearbeitet und schriftlich fixiert werden, das wir in der jeweiligen Situation ablaufen lassen. Sowohl im Geburtsraum als auch im Koffer der Hausgeburtshebamme sollte es eine Notfallmappe geben, die diese Protokolle enthält. Gut bewährt hat sich in vielen Einrichtungen die Vorbereitung kleiner Notfallkästchen: In einem Schrank liegen deutlich beschriftete Boxen, z. B. mit der Aufschrift ATONIE, EKLAMPSIE, ASPHYXIE usw. Im Deckel wird die schriftliche Handlungsrichtlinie des jeweiligen Notfalls fixiert. Das Kästchen beinhaltet zudem alle für die

jeweilige Situation notwendigen Utensilien, die somit ohne jedes Herumsuchen sofort bereitliegen.

Ähnlich wie bei den Leitsymptomen sollten wir uns für jeden Notfall eine Generalmaßnahme einprägen. Sie besteht in der Regel nur aus einzelnen Stichworten, diese aber müssen sofort und in jeder Lebenslage abrufbar sein, z. B.:

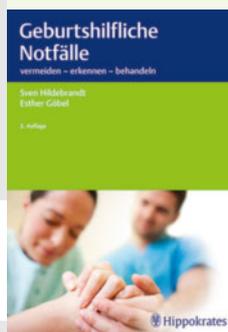
- drohende Uterusruptur → Akuttokolyse, Notkaiserschnitt
- vorzeitige Plazentalösung → Infusion, Notkaiserschnitt
- Amnioninfektion → Antibiotikatherapie, Geburtsbeendigung
- Fruchtwasserembolie → Reanimation
- Eklampsie → Magnesium, Blutdrucksenkung
- Epilepsie → Schutz vor Verletzung
- Nabelschnurvorfall → Akuttokolyse, Notkaiserschnitt
- Kindliche Not → Entlastung, ggf. Akut-Tokolyse
- Atonie → Blase entleeren, Uteruskontraktion, Infusion
- Zervixriss → Naht, Infusion

Regel 8: Sorgfältig dokumentieren

Ein oft vernachlässigter, aber immer bedeutsamer werdender Teil des Notfallmanagements ist die Dokumentation. Denn ein Notfall ist nicht mit der hoffentlich erfolgten Rettung von Mutter oder Kind abgeschlossen. Fast immer hat er in irgendeiner Form ein Nachspiel: Im günstigsten Fall bei der Dienstübergabe am nächsten Morgen oder im Rahmen der Dienstbesprechung, obligat beim Nachgespräch mit dem Paar und im ungünstigsten Fall in Form eines Haftpflicht- oder Strafverfolgungsverfahrens, das u. U. Jahre später erst kommt. Immer ist es notwendig, präzise und detailliert die Notfallsituation nachvollziehen zu können und das eigene Handeln darzustellen. Eine vollständige und gute Dokumentation ist daher von allergrößter Bedeutung.

BUCHTIPP

Geburtshilfliche Notfälle



Die hier beschriebenen Handlungsempfehlungen sind der 2017 erschienenen Neuauflage des bei Hippokrates erschienenen Fachbuchs „Geburtshilfliche Notfälle“ von Sven Hildebrandt und Esther Göbel entnommen. Neben weiteren Tipps für das professionelle Management geburtshilflicher Komplikationen werden darin auch konkrete Beispiele für ein besonnenes und kompetentes Vorgehen bei mütterlichen und kindlichen Notfällen umfassend beschrieben.

Literatur

- [1] Hildebrandt S. Göbel E. Geburtshilfliche Notfälle, vermeiden - erkennen - behandeln. Stuttgart: Thieme; 2017(2) 65-79



Esther Göbel ist Hebamme im Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden mit Zusatzausbildungen, u. a. in Homöopathie, Akupunktur und Kraniosakraltherapie.

Autorinnen / Autoren



Prof. Dr. Sven Hildebrandt ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda; Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin; Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung und arbeitet im Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Sven Hildebrandt
Grundstraße 174
01324 Dresden
Email: info@prof-hildebrandt.de

